

200.2020.453.AI
N° AVS
NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 3 septembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 12 mai 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1972, marié et père de deux enfants nés en 2001 et 2003, ne dispose d'aucune formation certifiée et est entré en Suisse en 1999. Le 16 décembre 2003, après qu'une incapacité de travail (totale, puis partielle) a été médicalement attestée suite au licenciement de l'assuré, ce dernier a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne (qui l'a reçue le même jour), en invoquant souffrir de dépression. Ledit office a alors recueilli des rapports médicaux, mis en œuvre une première expertise psychiatrique et organisé une mesure d'observation professionnelle ainsi qu'un entraînement au travail. Il a ensuite alloué rétroactivement une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} juillet 2003 au 28 février 2005, en se fondant sur les conclusions d'une deuxième expertise psychiatrique diligentée dans l'intervalle et au terme d'une décision du 24 août 2007, notifiée nonobstant les objections soulevées par l'assuré le 5 mai 2007 contre une préorientation similaire du 10 avril 2007.

B.

Par un formulaire du 22 mars 2016, l'assuré, agissant avec le soutien du service social de sa commune de domicile, a adressé une nouvelle demande de prestations (soit des mesures professionnelles), en indiquant avoir subi une atteinte à sa santé psychique et fait l'objet d'une dépression suite à son licenciement. Après avoir tout d'abord rendu une préorientation datée du 20 octobre 2016, d'après laquelle l'Office AI Berne n'entendait pas entrer en matière sur cette demande, puis consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à propos d'un certificat médical produit par l'assuré à l'appui de ses objections du 21 novembre 2016 contre la préorientation précitée, l'Office AI Berne a exclu tout droit à des prestations par décision du 17 mai 2017, confirmant une préorientation au contenu identique du 21 mars 2017. Le recours formé contre cet acte le 19 juin 2017 par l'assuré, défendu par un avocat, a été admis par le

Tribunal administratif du canton de Berne (TA) dans un jugement du 1^{er} octobre 2018 (JTA AI/2017/582), la cause ayant été renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire (par la réalisation d'une expertise).

C.

A nouveau saisi de la cause, l'Office AI Berne a requis des informations de l'assuré, puis complété le dossier médical par un nouveau rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant l'assuré, ainsi que par un nouvel avis du SMR. L'Office AI Berne a ensuite organisé une expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de même qu'en neurologie, dont les conclusions ont été rédigées le 21 octobre 2019. L'Office AI Berne a alors consulté une fois encore le SMR, s'est procuré deux rapports médicaux d'une médecin généraliste ayant pris en charge l'assuré au sein d'un centre hospitalier et a obtenu des documents médicaux du psychiatre traitant. Il a finalement confirmé le contenu de sa préorientation du 2 décembre 2019 au terme d'une décision du 12 mai 2020.

D.

Par mémoire du 12 juin 2020, l'assuré, toujours représenté, a recouru contre la décision du 12 mai 2020 auprès du TA, en concluant à l'annulation de celle-ci, de même qu'au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 24 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le mandataire professionnel du recourant a encore fait parvenir sa note d'honoraires le 18 août 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision du 12 mai 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et exclut tout droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiquée par le recourant la force probante de l'expertise du 21 octobre 2019.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, dès lors en effet que la notion légale d'invalidité distingue

clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

Dans son premier jugement, le TA avait déjà relevé que l'intimé était entré en matière sur la demande de prestations de mars 2016, après s'être vu remettre un certificat médical du psychiatre traitant, de sorte que la question (non litigieuse) de l'entrée en matière sur cette nouvelle demande n'avait pas à être examinée (JTA AI/2017/582 du 1^{er} octobre 2018 c. 6.2). Ce raisonnement reste valable (voir ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2, 2008 IV n° 35 c. 2.1). Partant, le droit à la prestation doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant ce droit, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

4.

4.1 Dans la décision attaquée et sa réponse, l'intimé a retenu que le recourant ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante mais d'une dysthymie ainsi que d'une accentuation de certains traits de la personnalité, soit des diagnostics dont il a rappelé qu'ils n'étaient pas invalidants en principe selon la jurisprudence, si bien qu'aucun examen des indicateurs standards découlant de cette dernière n'aurait d'ailleurs été nécessaire. De surcroît, selon lui, les perspectives incertaines et plutôt maigres du recourant sur le marché de l'emploi, de même que ses problèmes privés (besoin de sécurité financière et de reconnaissance des souffrances) constituaient des facteurs sociaux sans lien avec la maladie mais ayant influencé l'état de santé. L'intimé a encore indiqué que même si l'on procédait à un examen des indicateurs, il n'était pas établi au degré de preuve requis que les atteintes psychiques du recourant étaient accompagnées de conséquences fonctionnelles. Il a expliqué qu'aucun nouvel élément médical ne ressortait de l'expertise du 21 octobre 2019. L'intimé a encore déclaré que l'appréciation de l'expert psychiatre consulté était plus probante que celle du psychiatre traitant le recourant, vu la relation de confiance unissant ces deux derniers. Il a précisé que l'expertise du 21 octobre 2019 était claire et complète, si bien qu'il fallait donc y accorder une pleine valeur probante.

4.2 Dans son mémoire du 12 juin 2020, le recourant souligne pour sa part essentiellement que, dans son écrit du 17 février 2020, son psychiatre a retenu les diagnostics de troubles psychiques chronifiés et a fortement réservé son pronostic, attestant d'une incapacité de travail à 100% depuis de très nombreux mois et pour une période encore très longue. Aussi, en citant les diagnostics posés par son psychiatre, il affirme que son état de santé s'est dégradé. Le recourant insiste encore sur le fait qu'alors qu'il a fait l'objet d'un traitement constant suivi de façon sérieuse, son état n'a connu aucune amélioration mais s'est au contraire régulièrement aggravé. Par ailleurs, il critique la valeur probante de l'expertise du 21 octobre 2019, en faisant valoir qu'elle minimise sans justification son état psychique, le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert s'opposant aux diagnostics posés par tous les spécialistes consultés par le passé, à savoir un état

dépressif récurrent. Enfin, le recourant soutient qu'une aggravation a été constatée quelques mois plus tôt par son psychiatre traitant, celle-ci ayant nécessité une hospitalisation en mai 2020, aggravation qui n'a nullement été prise en compte par l'intimé.

5.

En l'espèce, le dossier permet de constater les faits médicaux suivants.

5.1 Pour prononcer la décision du 24 août 2007, l'intimé s'était surtout fondé sur les résultats des expertises psychiatriques des 9 novembre 2004 et 18 octobre 2006. Dans le premier de ces écrits, les diagnostics (impactant la capacité de travail) d'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10), ainsi que de trouble des impulsions (ch. F63.8 CIM-10) et de la personnalité (en l'occurrence: personnalité narcissique; ch. F60.8 CIM-10) avaient été retenus, de même que ceux (sans effet sur la capacité de travail) de difficultés liées à la situation familiale (ch. Z63 CIM-10), aux conditions économiques (ch. Z59 CIM-10) et à l'emploi, en relation avec le précédent employeur (ch. Z56 CIM-10). Il avait été conclu que la capacité de travail du recourant était réduite d'en tout cas 50% depuis juin 2002. Dans le second rapport d'expertise, les diagnostics suivants (sans effet sur la capacité de travail) avaient été posés: trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10) dans le cadre de difficultés liées à l'emploi et au chômage (ch. Z56 CIM-10), de même que d'une utilisation nocive pour la santé d'alcool (ch. F10.1 CIM-10) ainsi que de cannabis (ch. F12.1 CIM-10). Selon ce rapport, le recourant disposait cependant d'une capacité de travail totale à partir de novembre 2004 dans une activité solitaire.

5.2 Après avoir déposé sa seconde demande de prestations en mars 2016, le recourant a produit un document de son psychiatre, du 10 janvier 2017, dans lequel celui-ci a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen, sans syndrome somatique; ch. F33.1 CIM-10), de troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (ch. F43.23 CIM-10), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (ch. Z63.0 CIM-10) et d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (ch. Z63.7 CIM-10).

Le psychiatre a en particulier évoqué la stabilisation de l'état psychique, soulignant néanmoins que le recourant ne pouvait être réinséré dans le circuit économique, sa situation psycho-socio-professionnelle l'excluant. Il a ajouté que, pour autant que son patient bénéficie d'un cadre et d'une structure lui permettant d'être entouré ainsi que de réaliser une formation adaptée, la capacité de travail de ce dernier était de 50%. Dans son envoi du 29 juin 2017, après avoir confirmé ses diagnostics, le psychiatre du recourant a encore pris position au sujet de l'avis formulé le 14 mars 2017 par une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR. Selon celle-ci, les diagnostics posés par le psychiatre traitant permettaient d'établir, d'une part, que l'état du recourant était influencé par des facteurs psychosociaux entraînant seulement temporairement des troubles de l'adaptation et, d'autre part, que rien ne permettait d'admettre l'existence d'une dépression moyennement grave, une telle affection étant quoi qu'il en soit curable. Dans son écrit, le psychiatre traitant a contesté cette appréciation en insistant notamment sur le fait qu'il suivait son patient depuis plus de 15 ans et que l'absence de reconnaissance de ses troubles avait un effet néfaste sur sa constitution psychique.

5.3

5.3.1 Suite au jugement du TA du 1^{er} octobre 2018, l'intimé a recueilli un nouveau rapport du psychiatre traitant le recourant, du 29 mai 2019. Dans cet écrit, ce spécialiste a confirmé ses diagnostics, de même que son évaluation de la capacité de travail de son patient (y compris les conditions liées à celle-ci, voir c. 4.2). Il a de plus indiqué que le recourant avait repris ses consultations à partir du 15 mai 2019, après avoir interrompu ses rendez-vous depuis la fin de l'année 2018. Le psychiatre a de plus répété que l'état de santé psychiatrique était stabilisé (les troubles diagnostiqués étant sous contrôle) et précisé que son patient ne prenait plus de médicaments. Le pronostic a été jugé favorable. Ce document a été remis au SMR qui, par sa psychiatre et psychothérapeute, en a déduit, le 6 juin 2019, que le recourant ne présentait plus de souffrance psychique, puisqu'il n'avait pas consulté durant près d'une année, que, depuis mai 2019, il ne voyait son psychiatre qu'une fois par mois et qu'il ne prenait plus de médicaments. La spécialiste du SMR a conclu que ce rapport présentait un

tableau clinique incohérent et a confirmé l'utilité d'organiser une expertise psychiatrique.

5.3.2 Le 21 octobre 2019, un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en neurologie mandaté par l'intimé afin de réaliser une expertise psychiatrique, a rédigé ses conclusions et a posé les diagnostics de dysthymie (ch. F34.1 CIM-10; au moins depuis 2006), de même que de personnalité avec traits émotionnels immatures accentués, impulsifs, tendant à éviter l'anxiété, narcissiques et sensibles (ch. F73.1 [recte: Z73, voir dos. AI 26] CIM-10; présente depuis l'adolescence). Il a toutefois écarté les diagnostics de trouble de l'adaptation, d'épisode dépressif, de trouble anxieux et dépressif mixte, de trouble dépressif récurrent, ainsi que de trouble panique et d'agoraphobie. L'expert a précisé que le recourant se plaignait d'une symptomatique anxio-dépressive avec fluctuations et baisses de l'humeur, ainsi qu'avec des sentiments d'angoisse, une tension intérieure et des troubles du sommeil, dont les symptômes se seraient développés après son licenciement et accentués en raison des déceptions et contraintes vécues durant les années suivantes (p. ex. le refus de l'intimé de prendre en charge des mesures professionnelles en 2007, la détérioration de la vie conjugale ainsi que de ses rapports familiaux, la maladie de sa fille aînée en 2016, les inquiétudes liées à la perte de son garage automobile). L'expert a notamment expliqué que le diagnostic de dysthymie s'imposait (en particulier par rapport à celui de trouble dépressif récurrent) parce que l'état psychique était fluctuant et influencé de façon variable par différents facteurs (extérieurs et psychosociaux), ainsi que du fait qu'il était marqué par une symptomatique anxio-dépressive résiduelle (légère, voire moyenne) présente depuis 2006. Il a ajouté qu'à mesure que le recourant suivait un certain horaire journalier, qu'il travaillait depuis deux ans dans un garage automobile, qu'il avait pu entreprendre un voyage en été et qu'il avait interrompu ses traitements d'octobre 2018 à mai 2019, la gravité de la symptomatique ne pouvait être que légère. Quant au diagnostic de trouble de la personnalité, l'expert a signalé principalement qu'en dépit de ses problèmes et de ses difficultés, de même que de ses comportements et réactions partiellement affectés, le recourant avait pu maintenir un niveau de fonctionnement social stable. L'expert a donc privilégié le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité.

Dans ses conclusions, il a retenu que le recourant présentait de longue date (au plus tard dès 2006) une capacité de travail entière dans ses dernières activités, avec éventuellement une légère diminution du rendement (de 10% au plus) durant quelques semaines à quelques mois, mais aucune restriction dans une activité adaptée (à savoir dans un environnement calme, avec un travail structuré et des horaires réguliers, ainsi que dépourvu d'exigences en matière d'organisation personnelle et d'interactions sociales). Le pronostic a toutefois été estimé incertain, vu la persistance des facteurs étrangers à la maladie. Enfin, l'expert a répondu que l'état de santé et la capacité de travail n'avaient pas changé depuis la dernière expertise.

5.3.3 Par écrit du 17 février 2020, le psychiatre traitant a rappelé que son patient bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique depuis le 10 mars 2004 et qu'il présentait des troubles psychiques chronifiés. Confirmant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10), il a informé que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis la "réalisation des expertises et rapports précédents", du fait d'une intensification du conflit conjugal, l'intéressé ayant en outre subi une syncope le 26 octobre 2019 en raison d'un important état de stress dû à ce conflit puis été hospitalisé jusqu'au 28 octobre 2019. Le psychiatre a relevé que le recourant avait repris sa thérapie de façon plus intensive et qu'une thérapie médicamenteuse (antidépressive et anxiolytique) avait été instaurée et permis une stabilisation (précaire) de l'état de santé. Il a également requis une prise en charge en milieu semi-stationnaire pour deux à trois mois et a conclu que l'aide de l'AI était absolument et totalement nécessaire, même indispensable.

5.3.4 La spécialiste en psychiatrie du SMR a pris position sur ce document le 6 mars 2020 et évoqué que la syncope pouvait être due à des problèmes vasculaires dus à la consommation de nicotine du recourant (ce dernier consommant près de 40 cigarettes par jour et exerçant certainement des travaux lourds dans son garage) ou s'expliquer par des motifs d'ordre psychosomatique influencés par l'aggravation de l'état de santé psychique et une diminution des ressources personnelles (le recourant présentant une structure de personnalité déficitaire). La

spécialiste du SMR a donc conseillé de recueillir tout d'abord un rapport médical au sujet de l'épisode syncopal.

5.3.5 Le 29 octobre 2019, la médecin généraliste d'un centre hospitalier a posé le diagnostic de syncope convulsivante survenue le 26 octobre 2019, visiblement liée à une hyperventilation due au stress en présence d'une situation pénible de décompensation psychosociale. Elle a écrit que le recourant s'était présenté avec ses collègues aux urgences et qu'il avait déclaré s'être frappé la tête avec les poings, de même que contre les murs après avoir perdu le contrôle. Revu le lendemain par la médecin, le recourant s'est dit aller bien mieux et avoir pu extérioriser ses émotions. Aucun indice pour une crise d'épilepsie n'a été décelé.

5.3.6 Le 15 avril 2020, le psychiatre traitant du recourant a déclaré que l'état de santé s'était dégradé et a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10), de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10), de réaction aiguë à un facteur de stress (ch. F43 CIM-10), ainsi que de troubles de l'adaptation (ch. F43.2 CIM-10). De plus, il a exposé que, bien qu'accepté par le recourant, le séjour prévu en milieu semi-hospitalier n'avait pas pu être organisé en raison de la pandémie de COVID-19. Les consultations ont été intensifiées (un à deux entretiens téléphoniques par semaine), le pronostic a été fortement réservé et une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis de très nombreux mois et pour une période très longue encore.

5.3.7 Le 20 avril 2020, la spécialiste en psychiatrie du SMR a conclu qu'aucune pathologie somatique n'avait pu causer la syncope et a dès lors retenu que le poids donné à la dernière expertise psychiatrique allait dépendre de l'examen juridique des indicateurs. Elle a ajouté qu'aucun nouvel élément médical ne s'était produit depuis cette expertise, attestant ainsi d'un état de santé inchangé.

5.3.8 La médecin généraliste a produit un rapport le 1^{er} mai 2020, dans lequel elle a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de dépression et autres diagnostics (selon le psychiatre traitant), ainsi que de syndrome lombaire douloureux chronique. Elle a précisé que le recourant ne présentait aucune limitation physique et a néanmoins fait part d'une

incapacité de travail du 11 juin au 15 juin 2018 dans la profession de mécanicien sur auto (en raison de douleurs au dos).

6.

Se pose dès lors la question de la force probante de l'expertise de 2019, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre la décision entreprise.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, l'expertise psychiatrique et psychothérapeutique du 21 octobre 2019 satisfait aux exigences posées par la jurisprudence, en ce qui concerne la valeur probante de tels documents médicaux. L'expert, dont les qualifications en psychiatrie/psychothérapie et neurologie ne sauraient être critiquées, a procédé à un examen personnel du recourant, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), de même que l'ensemble des pièces pertinentes produites (dossier [dos.] AI 133.1/2-5). Les résultats ont par conséquent été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de l'expert sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

6.3 Sur le plan matériel, il convient de constater que le rapport du 21 octobre 2019 contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281. De plus, il permet de comprendre pourquoi l'expert a posé le diagnostic de dysthymie. Celui-ci rappelle en effet que le

recourant avait présenté des symptômes anxio-dépressifs à la suite d'un licenciement brutal en 2002 et que ces symptômes s'étaient aggravés (et même chronifiés) après le refus de l'intimé d'octroyer des mesures professionnelles, ainsi qu'en raison de la survenance de conflits conjugaux et familiaux, du fait des problèmes psychiques de sa fille aînée et des inquiétudes du recourant pour son avenir professionnel. Il ressort aussi de ce document que le diagnostic de dysthymie a été retenu après que l'expert a exclu celui de trouble de l'adaptation, au motif que les symptômes étaient certes réactifs au licenciement mais qu'une telle affection était en principe guérie après 6 mois et que, selon la CIM-10, la persistance de celle-ci (due à l'influence de facteurs psychosociaux) impliquait un autre diagnostic (dos. AI 133.1/21 s.). L'expert a encore écarté l'hypothèse d'un épisode dépressif parce que la symptomatologie anxio-dépressive s'étalait sur plus de 15 ans, excluant de ce fait un tel diagnostic. Il en a fait de même d'un éventuel trouble dépressif récurrent, en écrivant que, même si les critères propres à cette atteinte étaient remplis, le fait que le psychiatre traitant le recourant ait retenu ce diagnostic se fondait sur une application stricte du principe phénoménologique primaire à la base de la CIM-10, alors que les aspects étiologiques devaient aussi être pris en compte dès lors qu'il était admis que le tableau clinique était réactif à des facteurs psychosociaux. L'expert a rappelé qu'au regard de la CIM-10, le diagnostic de dysthymie impliquait un mal-être dépressif durable et chronique d'au moins deux ans qui soit n'avait pas été accompagné d'épisodes suffisamment graves et persistants pour remplir les critères d'un trouble dépressif, soit l'avait été, alors que les symptômes actuels ne permettaient toutefois plus d'admettre un tel trouble (dos. AI 133.1/23 s.). Or, selon l'expert, le cas du recourant correspond parfaitement à cette définition, ce d'autant plus qu'une dysthymie peut survenir tardivement (entre la 30^{ème} et la 50^{ème} année) et découler d'un épisode affectif comme un trouble de l'adaptation ou un épisode dépressif. Enfin, l'expert a encore signalé que la CIM-10 désignait la dysthymie comme une "névrose dépressive" et que le rapport du psychiatre traitant du 10 février 2004 avait précisément fait état d'un "état dépressif-anxieux sur fond de personnalité névrotique" (dos. AI 12/1). De même, on comprend du rapport du 21 octobre 2019 que l'expert a nié un trouble anxieux phobique ou une agoraphobie parce que le recourant n'était pas entravé dans ses activités, dans ses contacts sociaux ainsi que dans ses déplacements en

voiture et en transports publics. Le rapport permet enfin de constater que l'expert a préféré le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité à celui de trouble de la personnalité essentiellement pour les mêmes raisons, ajoutant que même si le recourant éprouvait des difficultés dans sa conception des relations et un sentiment d'être incompris, qu'il présentait des traits de dépendance, un comportement très impulsif et narcissique, qu'il usait de mécanismes de défense immatures et se projetait presque de manière permanente dans un rôle de victime, il était néanmoins parvenu à terminer l'école en faisant partie des bons élèves, à obtenir une maturité et à suivre des études supérieures, de même qu'à mener une carrière dans l'horlogerie, jusqu'à son licenciement (dos. AI 133.1/26 s.). C'est d'ailleurs en insistant sur l'emploi du temps régulier conservé par le recourant, sur ses bons contacts sociaux (avec le voisinage et ses amis notamment), ainsi que sur le fait que le recourant avait fait valoir auprès de l'intimé un important désir de travailler, avant de réussir, sans disposer d'aucune formation, à exercer durant plus de deux ans une activité indépendante à plein temps en tant que mécanicien sur auto (travail impliquant en particulier aussi des tâches administratives et financières), que l'expert a retenu que les symptômes anxio-dépressifs du recourant ne pouvaient de toute manière être qualifiés que de légers à moyens par intermittence (quand bien même il faudrait les qualifier de trouble dépressif). L'expert a ajouté que cette conclusion valait d'autant plus que le recourant n'avait pas eu recours à un suivi psychopharmacologique et qu'il avait bénéficié d'un soutien psychologique et psychiatrique peu soutenu, de sorte qu'on devait retenir qu'il était en mesure de contrôler et de dominer sa symptomatique (voir dos. AI 133.1/28).

Ce faisant, force est d'admettre que l'expert s'est exprimé de façon cohérente et détaillée quant aux diagnostics qu'il a posés et qu'il a en particulier pris position de manière convaincante sur ceux retenus par le psychiatre traitant, de même que par les précédents experts consultés. Dans cette mesure, on ne saurait dès lors suivre le recourant, en tant qu'il fait valoir sans plus d'explication qu'il n'est pas concevable que l'expert parvienne à un autre diagnostic que celui retenu par les médecins impliqués jusqu'alors. Par ailleurs, bien que le recourant conteste l'appréciation de la gravité fonctionnelle par l'expert (sans toutefois apporter

de précision), il n'en demeure pas moins qu'aucun élément ne permet en l'occurrence de la critiquer. Cela vaut d'autant plus qu'à l'instar de la psychiatre du SMR (voir c. 5.3.1 in fine), l'expert a mis en relief qu'il n'était pas cohérent que le psychiatre du recourant atteste une incapacité de travail à 50%, alors même que les traitements n'avaient jamais permis une amélioration du tableau clinique et qu'ils n'avaient pas pour autant été intensifiés (à tout le moins jusqu'à la syncope qui a suivi l'expertise: dos. AI 133.1/30 et c. 4.3.1 in fine). Dans cette mesure, on ne saurait donc remettre en cause les conclusions de l'expertise du 21 octobre 2019, d'après lesquelles il n'existe aucune modification significative depuis la dernière expertise et aucune restriction durable de la capacité de travail. La force probante de ce rapport doit donc être reconnue.

6.4 Certes, comme le recourant le rappelle dans son recours (voir p. 5), il a subi une syncope le 26 octobre 2019 et a dû être hospitalisé durant trois jours suite à cette crise. De plus, après cet événement, soit le 17 février 2020, le psychiatre traitant l'intéressé a signalé que l'état de son patient s'était aggravé du fait d'une péjoration de la situation conjugale (le recourant ayant quitté le logement du couple et s'étant réfugié dans son garage, puis chez un ami), de sorte que la prise en charge psychiatrique avait été intensifiée et que des antidépresseurs ainsi que des anxiolytiques avaient été prescrits. Le 15 avril 2020, ce psychiatre a encore fait part d'une détérioration de l'état psychique, en expliquant que le recourant était toujours sous le choc de la séparation et qu'il n'arrivait presque plus à gérer son existence. Dans son mémoire du 12 juin 2020, le recourant a finalement ajouté que le traitement en milieu semi-stationnaire, préconisé par son psychiatre en février 2019, avait débuté le 24 mai 2020 (p. 8 s. du recours; voir c. 5.3.3).

Néanmoins, malgré ces éléments, on ne saurait pour autant en déduire que le rapport d'expertise du 21 octobre 2019 n'est plus actuel, comme le recourant le prétend (voir p. 6 du recours). En effet, non seulement le recourant a été entendu par l'expert moins de deux semaines avant la survenance de la syncope (dos. AI 133.1/1 et 150/2), mais l'existence et l'intensité du conflit conjugal ont été pris en compte dans le rapport d'expertise (dans lequel il a notamment été relevé que les disputes étaient

de plus en plus fréquentes, au point que le couple ne se parlait plus et qu'une séparation était envisagée; voir dos. AI 133.1/9). En outre, dans son écrit du 29 mai 2019, le psychiatre traitant le recourant avait déjà mentionné que le climat familial était déplorable et que ses relations avec son épouse ainsi qu'avec ses enfants étaient devenues quasi inexistantes et il avait même expliqué que son patient s'était malgré tout fait une raison et qu'il avait compris les origines de ses différents facteurs de stress, d'anxiété et de dépression, si bien qu'il s'en était quelque peu distancié (voir dos. AI 118/4). De même, il ressort du rapport de la médecin généraliste ayant pris en charge le recourant après la syncope du 26 octobre 2019, que cette dernière avait contacté le psychiatre de l'intéressé à cette même date et qu'en plus de lui confirmer que la situation conjugale se dégradait depuis plusieurs mois, le psychiatre avait précisé que le recourant avait (déjà) dormi à répétition dans son garage et chez un ami (dos. AI 150/3 in fine). De surcroît, le constat du psychiatre du recourant, selon lequel son patient aurait subi une dégradation de son état psychique et n'arriverait "pratiquement plus à gérer son existence" (dos. AI 152/2) a été signalé pour la première fois après la réception du rapport d'expertise (dans lequel la gravité de la symptomatologie du recourant a principalement été relativisée du fait des activités effectuées par le recourant, voir c. 5.3). Enfin, l'aggravation de l'état psychique a été attestée par le psychiatre du recourant dans deux documents postérieurs à la notification de la préorientation du 2 décembre 2019. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'aggravation d'un état dépressif en relation avec un refus de prestations, respectivement la menace d'un tel refus, n'est, en tant que telle, pas invalidante (TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 c. 6, 9C_668/2015 du 17 février 2016 c. 3). Quoi qu'il en soit, la détérioration de l'état psychique avait déjà été anticipée par l'expert, qui a en effet évoqué dans son rapport du 21 octobre 2019, que l'état maladif dans lequel le recourant se sentait allait être renforcé par la décision de l'intimé, si celle-ci ne répondait pas au désir de rente de l'intéressé (dos. AI 133.1/33; voir dans le même sens: c. 4.2 in fine, s'agissant du SMR). Partant, au vu de l'ensemble des circonstances et bien qu'on ne puisse en l'espèce suivre l'intimé, en tant que ce dernier a affirmé, dans la décision entreprise (voir p. 2) et dans sa réponse (voir ch. 7), qu'il convenait d'accorder plus de crédit à l'avis de l'expert qu'à celui du psychiatre traitant

le recourant en raison de la relation de confiance qui lie ce médecin à son patient (voir à cet égard: ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 c. 5.3; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), force est d'admettre que les rapports du psychiatre du recourant, des 17 février et 15 avril 2020, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du dernier expert consulté.

7.

Il s'agit encore d'examiner si les conclusions de l'expert peuvent être suivies d'un point de vue juridique.

7.1

7.1.1 Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une

atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

7.1.2 Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

7.2 En l'espèce, il y a d'abord lieu de signaler que même si, comme l'a correctement fait valoir l'intimé dans sa réponse, les diagnostics retenus par l'expert (une dysthymie et une accentuation de certains traits de la personnalité) ne sont généralement pas invalidants (TF 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 c. 3.2, 9C_98/2010 du 28 avril 2010 c. 2.2.2, in: SVR 2011 IV n° 17; voir aussi TF 9C_599/2019 du 24 août 2020 c. 5.1), l'expert consulté a tout de même procédé à un examen concret des répercussions de ces pathologies sur la capacité de travail du recourant et néanmoins

confirmé que ses diagnostics étaient sans effet sur cette dernière (dos. AI 133.1/28 s.). Il en résulte, comme l'a aussi justement fait remarquer l'intimé, qu'un examen des indicateurs standards issus de la jurisprudence du TF s'avère dès lors superflu, le droit à la rente devant déjà être nié, faute de pouvoir admettre l'existence d'une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action (voir c. 2.2). De surcroît, il découle de l'analyse des limitations fonctionnelles faite par l'expert, que même si ce dernier n'a pas remis en question que le recourant présentait une souffrance psychique, il a néanmoins illustré que ce dernier faisait preuve d'une évidente tendance à l'aggravation, tant dans ses récits que dans sa gestique et sa mimique (dos. AI 133.1/29, voir aussi dos. AI 133.1/17). Ce faisant, s'il fallait malgré tout procéder à un examen des indicateurs, force serait alors de constater qu'il existe un motif d'exclusion et, partant, qu'un droit à la rente devrait également être exclu dès l'examen au premier niveau (voir c. 6.1.1). Enfin, quand bien même tel ne serait pas le cas, un résultat identique devrait toutefois aussi être retenu à l'aune de l'examen à un second niveau (voir c. 6.1.2). En effet, à ce propos, même si l'expert a insisté sur le fait que la gravité des atteintes subies par le recourant ne pouvait être que faible, voire moyenne par intermittence (comme déjà évoqué, voir c. 5.3), il faut encore constater que l'expert a relaté que le recourant vivait une importante crise conjugale, qu'il ne parlait pas beaucoup avec ses filles et qu'il s'était disputé avec ses frères et sœurs lors de son dernier voyage dans son pays d'origine (dos. AI 133.1/10), il a aussi précisé que le recourant entretenait de bonnes relations avec ses voisins ainsi qu'avec ses collègues (qui l'ont d'ailleurs amené à l'hôpital le jour de la syncope; dos. AI 150/2), qu'il rencontrait régulièrement ses amis (l'un d'eux lui ayant mis un logement à disposition en raison de ses problèmes conjugaux; voir dos. AI 150/3) et qu'il téléphonait fréquemment à son père. Dès lors, malgré une situation familiale certes difficile, on ne saurait pour autant nier que le recourant jouit d'un soutien dans son réseau social. Aussi, il appert de l'expertise que le recourant bénéficie de ressources certaines, disposant d'un bon niveau linguistique et intellectuel (dos. AI 133.1/17) et demeurant motivé et volontaire (dos. AI 133.1/31). Par ailleurs, le rapport démontre que le recourant travaille dans son garage aussi le week-end et qu'il a pour habitude de réaliser de longs tours à vélo durant son temps libre (dos. AI 133.1/10-13-15). De surcroît, le recourant a été capable d'effectuer un

voyage dans son pays d'origine en 2019 (dos. AI 133.1/13). Ce faisant, c'est donc à raison que l'intimé a souligné que l'atteinte à la santé n'avait pas eu pour effet que le recourant doive renoncer à certaines de ses activités (voir ch. 10 de la réponse). Enfin, en ce qui concerne les thérapies, il faut relever que l'expert a insisté sur le fait que le recourant avait interrompu le suivi psychiatrique d'octobre 2018 à mai 2019 et qu'il ne prenait alors plus aucun médicament depuis longtemps (hormis un somnifère; dos. AI 133.1/11). Il a ajouté que la motivation du recourant à sa prise en charge, en dépit de ses fortes plaintes, semblait plutôt faible (voir dos. AI 133.1/30). L'expert a encore écrit que le traitement pouvait être intensifié par la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, par une faible médication neuroleptique ou encore par le suivi d'un programme en clinique de jour (voir dos. AI 133.1/30). Ce faisant, les constatations pouvant être faites en lien avec les options thérapeutiques plaident également à l'encontre de l'existence d'une atteinte invalidante.

7.3 Par conséquent et au vu de tout ce qui précède, on ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'intimé, selon laquelle les atteintes du recourant ne revêtent pas un caractère invalidant et qu'elles sont influencées par des facteurs psychosociaux (perspectives incertaines et plutôt faibles sur le marché de l'emploi, problèmes familiaux, désir de sécurité financière et de reconnaissance des souffrances) sans rapport avec la maladie. Il convient aussi d'admettre que c'est à juste titre que l'intimé a retenu qu'il n'existait pas d'élément médical nouveau depuis la dernière expertise du 21 octobre 2019, l'assuré demeurant sous le choc de sa séparation et la syncope subie par celui-ci n'impliquant pas pour autant que l'état de santé se soit aggravé. En conséquence, c'est à bon droit que ce dernier a nié un droit à des prestations de l'AI.

8.

8.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

8.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).