

200.2021.151.AI
N° AVS
BCE/REN

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

Jugement du 10 octobre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

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 22 janvier 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1963, marié et père de quatre enfants, est au bénéfice d'un diplôme fédéral de médecin, d'un doctorat en médecine ainsi que de deux formations post grades. Depuis 1989, l'assuré a exercé différents postes dans cette profession et notamment celui de co-médecin chef d'un service de médecine d'un hôpital régional dès 2004 avant de démissionner de cette fonction en 2013 et d'exercer en tant que médecin interniste généraliste dès 2014 à 100% dans son cabinet privé. En incapacité de travail totale depuis le 1^{er} décembre 2015 jusqu'au 31 août 2016, puis à 75% du 1^{er} septembre au 31 octobre 2016 et à 50% depuis le 1^{er} novembre 2016, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes le 1^{er} mai 2017 en faisant valoir un épuisement physique et psychique (burnout) existant depuis 2013. L'Office AI Berne, saisi de cette demande, a recueilli des rapports médicaux auprès du médecin généraliste et psychiatre traitant de l'assuré, ainsi que les dossiers, et leur suivi, constitués par la caisse-maladie C. _____, ainsi que l'assureur-maladie perte de gain du cabinet privé de l'assuré. Après avoir encore recueilli l'avis du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport médical du 19 février 2018), l'Office AI Berne a accordé à l'assuré différentes mesures d'intervention précoce et d'ordre professionnel (notamment formation de coaching). Il a requis des rapports médicaux d'un spécialiste en pneumologie ainsi que d'un spécialiste en neurologie, puis, sur conseils de son SMR, il a soumis l'assuré à des tests toxicologiques qui se sont déroulés le 27 mars 2019 avant de transmettre à nouveau le dossier à son SMR en mai 2019. Par communication du 11 juillet 2019, un terme a été mis aux mesures de réadaptation professionnelle au motif que l'assuré avait trouvé un emploi depuis le 15 février 2019 à un taux d'occupation de 50%.

B.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR en février 2020, puis l'Office AI Berne a organisé la tenue d'une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été rédigées dans un rapport du 13 juillet 2020. Sur cette base, l'Office AI Berne, par préorientation du 2 décembre 2020, a nié à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections de l'assuré, formulées dans des courriers des 21 et 31 décembre 2020, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 22 janvier 2021.

C.

L'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 16 février 2021 en concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour nouvelle expertise. Dans son mémoire de réponse du 17 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la mise des frais à la charge du recourant sans lui allouer de dépens. Par mémoire de réplique du 10 mai 2021, l'assuré, nouvellement représenté par un mandataire professionnel, a complété son recours et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2017, ainsi qu'au renvoi à l'intimé pour calcul de ladite rente et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'intimé a renoncé à prendre position sur le mémoire de réponse. Par courrier du 10 juin 2021, le mandataire de l'assuré a déposé sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 22 janvier 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui, principalement, sur l'octroi d'une rente entière de l'AI depuis novembre 2017, ainsi que subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiqué par le recourant le refus par l'Office AI Berne de lui reconnaître une atteinte à la santé invalidante, refus, qui, selon lui, est contredit tant par l'appréciation de l'expert psychiatre mandaté par l'intimé que celle des autres avis médicaux au dossier.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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 Dans un premier grief, qu'il convient d'examiner à titre liminaire (ATF 141 V 495 c. 2.2, 127 V 431 c. 3d/aa; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2), le requérant reproche à l'Office AI Berne de n'avoir pas tenu compte de ses objections du 31 décembre 2020. Il semble ainsi faire valoir une violation de son droit d'être entendu.

2.2 Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101]) est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique. La jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, apparaissent pertinents (ATF 143 III 65 c. 5.2 et les références, 142 II 154 c. 4.2 et les références). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 141 V 557 c. 3.2.1 et les références).

2.3 En l'espèce, la motivation de la décision attaquée permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été. En particulier, il ressort des considérations de l'Office AI Berne que celui-ci a retenu, après analyse de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020 sous l'angle juridique des indicateurs (notamment examen du degré de gravité

fonctionnel et de la cohérence), que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante. Force est par ailleurs de constater que l'intimé a expressément répondu au reproche de l'assuré quant au traitement médicamenteux, de même que s'agissant de la comorbidité. Référence a également été faite à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), afin d'expliquer, certes de manière implicite, la procédure à suivre par l'organe d'application du droit en cas de troubles psychiques. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait invoquer une violation de son droit d'être entendu sur ce point, si bien que son grief doit être écarté.

3.

3.1 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021, voir art. 82a LPGA *a contrario*: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019; FF 2018 1631).

3.2 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle

ressent, et si cela n'apparaît pas¹ insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

3.3 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.

3.4 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).

3.5 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).

4.

4.1 A l'appui de sa décision du 22 janvier 2021, l'Office AI Berne a considéré qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante. S'écartant des résultats de l'expertise psychiatrique qu'il a lui-même diligentée et qui retient une incapacité de travail entière dans l'ancienne activité de médecin, ainsi qu'une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée, il est d'avis, après un examen de ladite expertise sous l'angle des indicateurs standards (degré de gravité fonctionnel et cohérence), que la probabilité prépondérante de conséquences fonctionnelles des atteintes psychiatriques n'est pas avérée. S'agissant des objections dirigées contre le préavis, l'intimé a tout d'abord rappelé qu'il s'était appuyé sur l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020 pour apprécier et examiner les indicateurs comme l'impose la jurisprudence du TF. Il a par ailleurs maintenu l'argument selon lequel le traitement médicamenteux prescrit à l'assuré n'était pas d'une grande intensité (seul un médicament sur les trois administrés constitue un psychotrope). L'intimé a ajouté que, faute pour l'expert d'avoir qualifié d'incapacitant le diagnostic de trouble de déficit d'attention-hyperactivité (TDA-H) mentionné par un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie, aucune comorbidité ne pouvait être retenue sur le plan psychique, pas plus que sur le plan somatique. Dans son mémoire de réponse du 17 mars 2021, l'Office AI Berne a en substance maintenu les arguments développés dans la décision contestée et a défendu le caractère probant, sous l'angle médico-théorique, de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020. Après analyse des indicateurs standards, l'intimé a considéré qu'il ne pouvait suivre, sous l'angle juridique, l'appréciation de l'expert aboutissant à une capacité de travail de 60% sur la seule base de l'accentuation de certains traits de personnalité (et sans qu'un réel diagnostic de trouble de la personnalité ne puisse être retenu).

4.2 Le recourant reproche pour sa part à l'intimé de s'être éloigné de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020, qu'il juge probante, et ce, malgré le fait que tous les médecins consultés par l'assuré aient confirmé l'appréciation de l'incapacité de travail émise par l'expert psychiatre. Il reproche en particulier à l'Office AI Berne de n'avoir pas tenu compte de

l'évolution des atteintes à la santé invalidantes pourtant documentées dans le dossier. Après analyse des indicateurs, le recourant parvient à la conclusion que le taux d'invalidité est supérieur à 70% et qu'il a donc droit à une rente entière d'invalidité.

5.

Il ressort du dossier les éléments médicaux suivants:

5.1 Le médecin généraliste traitant du recourant a établi des certificats maladie attestant d'une incapacité de travail dès le 1^{er} décembre 2015 jusqu'au 31 août 2016 à 100% (dos. AI 4/18), à 75% entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre 2016 (dos. AI 4/7 et 4/6), ainsi qu'à 50% dès le 1^{er} novembre 2016 (dos. AI 4/1). Le même médecin s'est également prononcé sur l'état de santé de son patient dans des rapports des 21 février, 10 juillet et 18 décembre 2016, ainsi que 19 mars et 8 juillet 2017 adressés à la caisse-maladie C. _____ et dans lesquels il a posé le diagnostic d'épuisement physique et psychique de type burnout avec état dépressif consécutif (dos. AI 13.2/25; 13.2/18, 13.2/8, 13.2/2; 27.2/4). Le 20 mars 2017, le généraliste a noté une légère amélioration de l'état de santé du patient tout en précisant que l'état psychique était encore labile et nécessitait un traitement antidépresseur ainsi qu'une prise en charge psychologique intensive (dos. AI 14.2/2; courrier du 20 mars 2017). Il a par la suite également relevé que la capacité de concentration et d'adaptation de l'assuré, de même que la résistance de celui-ci étaient limitées (épuisement rapide, rapport du 18 juin 2017; dos. AI 18/6).

5.2 La psychiatre traitante de l'assuré a également rendu des rapports adressés à la caisse-maladie de médecins suisses dans lesquels elle a en substance retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique avec irritabilité, colère et agitation, ainsi qu'avec évitement, depuis décembre 2015 (rapport du 19 août 2016 [dos. AI 13.2/16], rapport du 16 novembre 2016 [dos. AI 13.2/11], rapport du 15 février 2017 [dos. AI 13.2/4]).

5.3 L'Office AI Berne a soumis le cas à son SMR, par sa psychiatre, en décembre 2017 (dos. AI 33/5). Un examen personnel s'est déroulé le 15 février 2018 dont le rapport a été rédigé le 19 février 2018 (dos. AI 37/1). Dans ce document, la psychiatre du SMR a retenu le diagnostic de status post épisode dépressif, développé à partir d'un burnout initial et actuellement en rémission (F32, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). D'un point de vue rétrospectif, la spécialiste a jugé que les épisodes dépressifs étaient au moins de gravité moyenne. Au moment de l'examen, elle a estimé que l'assuré ne souffrait plus de dépression. Toujours dans le contexte des diagnostics, la psychiatre a mis en avant l'existence de symptômes partiels de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) tout en précisant qu'il n'existait pas de tableau complet permettant un tel diagnostic. Elle a également mentionné des signes de traits perfectionnistes dans la personnalité et de répercussions fonctionnelles au niveau de la personnalité en lien avec une crise identitaire (dos. AI 37/10). La médecin du SMR a estimé, d'une part, que l'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne son ancienne activité de médecin et, d'autre part, que la nouvelle activité de coaching apprise était adaptée et pouvait être exercée à 50% dans un premier temps, puis pouvait être étendue à 70% (dos. AI 37/12).

5.4 En raison d'une hyper somnolence diurne du recourant, celui-ci a consulté une spécialiste en pneumologie en août 2017 qui a posé les diagnostics d'hyper somnolence diurne avec absence d'apnées obstructives du sommeil, syndrome des jambes sans repos, status après état d'épuisement (burnout) ainsi qu'excès pondéral (dos. AI 57/13).

5.5 L'assuré a consulté différents spécialistes en raison de troubles sensitifs et paresthésies par intermittence au niveau des trois premiers doigts des deux mains. Dans un rapport du 5 juin 2018, une spécialiste en neurologie a retenu un syndrome du tunnel carpien documenté par un électro-neuro-myographie (ENMG). Cette médecin a par ailleurs suspecté une radiculopathie C5-C6 droite associé (dos. AI 57/9) de sorte qu'elle a recommandé à son patient de consulter un confrère, à savoir un spécialiste en neurochirurgie, lequel a posé le diagnostic de hernie discale de C5-C6 à

droite avec déplacement du neuroforamen et compression de la racine nerveuse de C6 à droite (dos. AI 57/7). S'agissant du syndrome du canal carpien à droite, le recourant a finalement subi une opération visant une décompression du nerf médian dans le canal carpien droit le 18 octobre 2018 (dos. AI 57/3).

5.6 Il ressort d'un rapport du 6 novembre 2018 d'un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie d'un hôpital universitaire le diagnostic de TDA-H, de même qu'un trouble bipolaire de type 2 ainsi qu'un état dépressif dans le contexte du trouble bipolaire. Le médecin a également mis en évidence des difficultés attentionnelles, des difficultés d'organisation et de planification des tâches, des difficultés de concentration avec une thymie très fragile et avec des difficultés de projection dans l'avenir, dues selon lui à la fois à la persistance de symptômes TDA-H mais également de symptômes résiduels d'un état dépressif (dos. AI 57/2).

5.7 L'Office AI Berne a une nouvelle fois soumis le dossier à son SMR, par sa psychiatre. Dans son rapport du 30 janvier 2019 la spécialiste en psychiatrie a relevé que l'assuré consommait de l'alcool le soir et a souligné les effets néfastes de l'alcool sur la qualité du sommeil et donc la capacité de concentration et de rendement. Elle a ainsi estimé qu'il était nécessaire que l'assuré cesse sa consommation d'alcool. A des fins de vérification, elle a demandé à ce que le recourant soit soumis à une analyse capillaire pour vérifier la concentration en éthylglucuronide (ETG). La psychiatre a finalement conclu que si l'absence de consommation nocive d'alcool était garantie, il serait possible pour le recourant d'exercer une activité dans un domaine médical administratif (p. ex. comme médecin SMR auprès de l'Office AI Berne; dos. AI 60/4). Suite au rapport toxicologique du 16 avril 2019 (dos. AI 77.1/1), la médecin du SMR a fait une note au dossier le 1^{er} mai 2019 dans laquelle elle a relevé que la quantité d'alcool consommée par l'assuré (consommation modérée) n'altérerait en rien la capacité de concentration de ce dernier (dos. AI 78/1).

5.8 Sur demande de l'Office AI Berne, le généraliste traitant s'est prononcé sur l'état de santé de son patient le 1^{er} octobre 2019. Dans ce rapport et après avoir mentionné que l'état de santé du recourant s'était

amélioré, le médecin généraliste a posé les diagnostics de burnout, troubles de l'attention et état dépressif sévère et a retenu une incapacité de travail de 40% du 15 février au 30 septembre 2019 (dos. AI 87/2 et 87/3). Une fois ce rapport en mains de l'intimé, celui-ci a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR. Dans un rapport du 13 février 2020, la psychiatre du SMR a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen associé en partie à des éléments de constatation sévère (CIM-10 F32.1) ainsi qu'une accentuation des traits de la personnalité (CIM-10 Z73 ou trouble de la personnalité dépendante léger selon la CIM-11). Selon la spécialiste, l'assuré présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis l'année 2013, moment où le burnout a débuté. Dans l'ancienne activité de médecin, la spécialiste a reconnu une incapacité de travail totale entre 2014 et 2017. Dès le 15 février 2018 et jusqu'au jour du rapport, la spécialiste a reconnu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée pour des raisons psychiatriques. La médecin a toutefois relevé une incapacité de travail totale pour des motifs somatiques entre le 18 octobre et la fin du mois de novembre 2018 (dos. AI 95/5).

5.9 Mise en œuvre par l'Office AI Berne, une expertise psychiatrique a été réalisée sur la base d'un examen personnel de l'assuré du 6 juillet 2020 ainsi que du dossier médico-asséurologique. Dans son rapport du 13 juillet 2020, l'expert psychiatre a diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis 2015, désormais en rémission complète (CIM-10 F32.11), un burnout ou syndrome d'épuisement professionnel, existant lui aussi depuis au moins 2015 et s'étant par la suite transformé en épisode dépressif caractérisé, désormais en rémission complète (CIM-10 Z73.0), ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité (traits anxieux, dépendants, obsessionnels et narcissiques) sans qu'un réel diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé (CIM-10 Z73.1). L'expert a toutefois noté que c'était la persistance de ces derniers traits encore dysfonctionnels qui était le diagnostic principal ayant un impact sur la capacité de travail et sur le rendement (dos. AI 112.1/27). Sans incidence sur la capacité de travail, l'expert a mentionné une perturbation de l'activité et de l'attention de l'adulte (CIM-10 F90.0; dos. AI 112.1/27). Selon le spécialiste, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de

médecin était nulle. Il a ensuite précisé que l'activité de coach exercée désormais par l'assuré devait être considérée comme étant adaptée et, dans cette activité, a fixé à 60% la capacité de travail de l'assuré (dos. AI 112.1/44).

5.10 A l'appui de son recours, l'assuré a déposé un rapport du 4 février 2021 rédigé par un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie d'un hôpital universitaire. Dans cet écrit, le médecin a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 F33.4) ainsi que d'un TDAH (CIM-10 F.90.0). Selon ce praticien, ces deux diagnostics psychiatriques avaient un impact sur la capacité de travail, à savoir une incapacité de travail de 40%.

6.

6.1 Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020.

6.2 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).

6.3 En l'occurrence, l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020 a été élaborée sur la base d'un examen personnel du recourant de 3 heures et 50 minutes ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséculo-logique. L'expert, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète (familiale, scolaire, professionnelle, économique et sentimentale) et les plaintes subjectives du recourant. Le contexte médical a été résumé

et clairement décrit, les conclusions de l'expert sont par ailleurs motivées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise psychiatrique satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 6.2 ci-dessus).

6.4 D'un point de vue matériel, les conclusions retenues par l'expert psychiatre s'avèrent logiques, détaillées et étayées. L'expert a scrupuleusement expliqué les raisons qui l'ont conduit à retenir les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail et pourquoi en particulier il estimait que le diagnostic principal ayant un impact sur la capacité de travail et le rendement résidait dans le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité (traits anxieux, dépendants, obsessionnels et narcissiques). En effet, selon le psychiatre, en présence d'un tel diagnostic, on doit s'attendre à une fragilité des mécanismes de défense qui, face à la contrainte, au stress et aux obligations, aurait pu amener à tout moment à un nouvel effondrement dépressif (dos. AI 112.1/28). Dans ces conditions, l'expert a indiqué avec cohérence qu'obliger l'assuré à exercer l'ancienne activité de médecin réactiverait l'angoisse d'échec, la honte et la culpabilité et cela en raison de la présence de certains traits dysfonctionnels de la personnalité, auparavant dissimulés par un aménagement défensif de type faux-self, pas encore complètement compensés au moment de l'expertise (dos. AI 112.1/29). Toujours dans le contexte des diagnostics retenus, le spécialiste en psychiatrie a exposé les raisons pour lesquelles il doutait de la pertinence du diagnostic de TDA-H posé par un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie d'un hôpital universitaire, sans toutefois s'en distancier. Il a en particulier opposé aux conclusions du médecin adjoint agrégé ses propres observations cliniques selon lesquelles il n'aurait nullement pu mettre en évidence, lors de l'examen du 6 juillet 2020, des troubles de l'attention ou de la concentration. L'expert est d'autant plus convaincant qu'il conclut que si de tels troubles étaient objectivables dans le passé, ils étaient dus aux symptômes dépressifs plutôt qu'à un réel trouble de l'attention (dos. AI 112.1/37). Par souci de complétude, l'expert s'est également positionné sur l'atteinte à la santé de l'assuré ainsi que sur l'impact de cette atteinte sur la capacité de travail de

manière rétrospective. Pour ce faire, le spécialiste a minutieusement expliqué le tableau clinique dépressif dont a souffert le recourant en définissant les critères d'un épisode dépressif et en procédant à plusieurs examens cliniques. Fort de ces informations, c'est de manière cohérente que l'expert a résumé l'évolution personnelle, professionnelle et de la santé de l'assuré et qu'il a finalement retenu que l'ensemble des symptômes résiduels décrits et leur intensité réduisait partiellement la capacité de travail et la capacité de gain dans la profession actuelle de coach ainsi que dans n'importe quelle profession adaptée, justifiant ainsi selon lui une incapacité de travail de 40% et cela, malgré une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée dans les règles de l'art (dos. AI 112.1/37). L'expert a également évalué la cohérence ainsi que la plausibilité et a apprécié les capacités, ressources et difficultés du recourant. Finalement, c'est de manière probante et détaillée que l'expert a répondu aux questions de l'Office AI Berne, notamment s'agissant de la capacité de travail dans l'ancienne activité et dans une activité raisonnablement exigible. La fixation de l'incapacité de travail de 40% résulte de l'analyse détaillée et méticuleuse des limitations fonctionnelles psychiques, soit de leur nature et de leur ampleur (dos. AI 112.1/44). Les résultats de cet examen sont logiques, compréhensibles et convaincants si bien qu'une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020.

7.

7.1 En l'occurrence l'intimé admet que l'expertise médicale du 13 juillet 2020 revêt une pleine valeur probante (voir mémoire de réponse de l'intimé du 17 mars 2021, ch. 10), mais il estime qu'il résulte de l'examen juridique des indicateurs sur la base de ladite expertise, que l'incapacité de travail de 40% attestée dans ce rapport médical ne peut être confirmée (mémoire de réponse de l'intimé du 17 mars 2021), ce que conteste fermement le recourant. Il convient par conséquent de déterminer si les appréciations de l'expert, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si l'Office AI Berne s'est à raison distancié des

conclusions de l'expertise psychiatrique pour considérer que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante, alors même que ladite expertise retient une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée.

7.2

7.2.1 Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

7.2.2 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. 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 standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

7.3

7.3.1 En l'occurrence, l'expertise psychiatrique du 13 juillet 2020 répond aux questions spécifiques au modèle du catalogue structuré posées par l'Office AI Berne (que l'expert a reçues de l'AI dans le cadre de son mandat et qui ont été communiquées à l'assuré en le rendant attentif à son droit de prendre position; dos. AI 100/1). Elle permet ainsi d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Tout d'abord, l'expert psychiatre a nié la présence d'un motif d'exclusion en observant l'absence de simulation ou de dissimulation ou encore l'absence de magnification des symptômes (dos. AI 112.1/38).

Concernant le second niveau, le spécialiste a étayé la catégorie du degré de gravité fonctionnel et en particulier l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 c. 4.3 et 4.3.1) en tenant compte des limitations fonctionnelles propres à chaque diagnostic. Il a par exemple relevé que l'assuré présentait des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec certains traits de personnalité anxieux-dépendants qui pourraient réactiver la faille narcissique et la peur de l'échec si celui-ci venait à nouveau à être soumis au stress (dos. AI 112.1/37). Si l'expert a admis que les symptômes dépressifs ayant caractérisé le tableau clinique dépressif étaient complètement estompés (c'est-à-dire plus de symptômes cognitifs tels que les troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, de la compréhension, de la planification), il a malgré tout observé que la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi persistaient (dos. AI 112.1/37). Dans ce contexte, il est vrai que l'expert n'a pas expressément indiqué que les limitations fonctionnelles lors de l'épisode dépressif moyen étaient graves (voir décision attaquée p. 2), il n'en demeure pas moins que lesdites limitations (à savoir les troubles de l'attention, de la concentration,

de la mémoire, de la compréhension et de la planification; dos. AI 112.1/37) ont justifié selon l'expert une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité de médecin. Comme l'a relevé à juste titre le recourant, le fait que l'assuré ait été en mesure de suivre une formation dans le domaine du coaching avec l'aide de la caisse-maladie C._____ en vue d'une réadaptation professionnelle ne saurait constituer un argument pour nier la gravité du trouble et de ses symptômes. En effet, l'on précisera tout d'abord qu'une telle formation semble avoir été bénéfique au recourant puisque, comme l'a relevé la psychologue du travail dans le cadre d'un bilan de carrière "Il [le recourant] s'épanouira notamment dans la mesure où il se dirigera vers une optique professionnelle répondant à ses aspirations et à ses valeurs [...]" (dos. AI 43/17). Par ailleurs, l'activité de coach a été recommandée à l'unanimité par tous les professionnels ayant été consultés par l'assuré. Les différents psychiatres ont en effet admis que celle-ci était adaptée et même optimale pour le recourant (dos. AI 112.1/43 s. et 95/7), au contraire de l'activité de médecin qui a été jugée tant par l'expert que par la psychiatre du SMR comme inexigible en raison du diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité (dos. AI 112.1/43 et 95/6). L'expert a en outre relevé que l'assuré avait participé activement à des mesures de réinsertion professionnelle (dos. AI 112.1/37). Là encore, l'Office AI Berne ne peut en tirer aucun argument puisque, selon la jurisprudence, seul le refus de mesures de réadaptation, alors que celles-ci sont raisonnablement exigibles de l'assuré, constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). Par conséquent, l'on ne saurait déduire de l'accomplissement de la formation de coaching par l'assuré que la limitation fonctionnelle était de faible gravité. S'agissant de l'indicateur "succès du traitement" (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2), l'expert a certes reconnu que les symptômes dépressifs s'étaient complètement estompés au jour de l'expertise grâce à un suivi psychothérapeutique et pharmacologique et que ledit suivi avait été efficace et adapté (dos. AI 112.1/38). Il a cependant constaté que, s'agissant de la problématique principale, à savoir celle découlant de la personnalité du recourant, il était nécessaire de poursuivre une psychothérapie de type psychodynamique en parallèle au traitement pharmacologique, afin d'aider l'assuré à comprendre ce qui lui arrivait et à établir une hiérarchie des priorités dans l'organisation du travail et dans la vie (dos. AI 112.1/37). Il a de plus constaté que l'on

pouvait s'attendre à une amélioration ou une plus grande stabilité avec la poursuite dudit suivi (dos. AI 112.1/38). Or, selon la jurisprudence relative aux indicateurs, le caractère de maladie invalidante ne peut pas être dénié à des troubles psychiques du seul fait qu'ils peuvent encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance (ATF 127 V 294 c. 4c). En l'espèce, aucun succès du traitement n'a été mis en évidence par le spécialiste et ce, malgré le fait que le recourant suit un traitement psychiatrique depuis septembre 2013 à une fréquence d'une fois par mois auprès de sa psychiatre traitante, ainsi qu'une fois tous les trois mois auprès d'un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie d'un hôpital universitaire (dos. AI 112.1/26). Quant à la question du traitement médicamenteux, il convient de relever que l'expert a noté une bonne compliance médicamenteuse de l'assuré ce qui, de son avis, a permis d'adapter le traitement à la baisse (dos. AI 112.1/44). Dans ces conditions, l'absence de résistance au traitement ne peut être retenue.

L'affirmation de l'Office AI Berne niant l'existence d'une comorbidité ne convainc pas. S'il est vrai que l'expert n'a pas formellement posé de diagnostic de trouble de la personnalité, il a malgré tout souligné que l'accentuation de certains traits de personnalité (traits anxieux, dépendants, obsessionnels et narcissiques) avait un impact sur les ressources de l'assuré. Or, selon la jurisprudence, dès que des troubles (indépendamment de leur diagnostic) ont un effet limitatif sur les ressources ils sont pris en considération en tant que comorbidité (ATF 143 V 418 c. 8.1). En l'occurrence, l'expert a reconnu que l'assuré possédait des ressources internes (cognitives, affectives, émotionnelles) et externes (sociales et familiales), il a toutefois relevé que celles-ci étaient limitées par certains traits de personnalité accentués (traits anxieux, dépendants, obsessionnels et narcissiques). Ainsi, par exemple, il a mis en avant que l'assuré souffrait d'une importante blessure narcissique, ainsi que d'une carence affective de sorte qu'il était mu par un besoin de reconnaissance et faisait tout pour éviter la blessure. Il a également évoqué que la relation avec autrui était pervertie par des enjeux affectifs et a affirmé que le recourant était vulnérable à l'épuisement professionnel puisque ce dernier visait sans cesse l'excellence (dos. AI 112.1/39). L'expert a également mis en lumière les ressources sociales de l'assuré tout en précisant que celui-ci

avait le besoin de montrer ses connaissances pour se sentir légitime à entrer en lien (dos. AI 112.1/39). Force est dès lors de constater que les troubles du recourant ont un effet limitatif sur les ressources mises en évidence par l'expert, de sorte qu'ils doivent être pris en considération en tant que comorbidité.

Toujours dans le contexte des ressources et s'agissant plus précisément du complexe "personnalité" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2), celles-ci ont été qualifiées de "bonnes" par l'expert. En dépit de ces indicateurs positifs, l'expert n'a cependant pas retenu une pleine capacité de travail chez l'assuré. Ainsi, c'est en tenant compte de traits de caractère pouvant amener l'assuré à viser la perfection et donc à se fatiguer ou encore de difficultés s'agissant de la capacité à s'affirmer (sous la forme d'une difficulté à gérer les conflits; dos. AI 112.1/42), que l'expert a fixé une capacité de travail exigible (réduite) de 60%.

Quant au "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.3), n'en contredise l'intimé, l'expert a noté une atteinte modérée à la capacité de l'assuré à nouer des relations familiales et intimes et a observé que celui-ci ne pouvait s'engager amoureusement avec une femme qui investit affectivement la relation (soit la majorité de la population selon l'expert; dos. AI 112.1/42). Par ailleurs, la relation entre l'assuré et son fils a été décrite comme compliquée par l'expert et celui-ci a constaté que le recourant semblait projeter ses angoisses et attentes sur son fils (dos. AI 112.1/42). En d'autres termes, l'atteinte à la santé influence également le contexte social de l'assuré.

7.3.2 Ces éléments tendent à contredire l'interprétation de l'expertise du 13 juillet 2020 à laquelle l'intimé a procédé. Au vu de ce qui précède et contrairement à ce que soutient l'Office AI Berne, il n'existe pas d'incohérence (indicateur "cohérence", voir ATF 141 V 281 c. 4.4) entre les limitations dans une éventuelle activité lucrative et dans les autres domaines de la vie de l'assuré, ce que l'expert a par ailleurs confirmé en observant un discours crédible du recourant par rapport à la plausibilité des symptômes et des limitations fonctionnelles dont s'est plaint ce dernier (dos. AI 112.1/38). Il peut être renvoyé à ce qui a été mentionné ci-dessus concernant la formation suivie par l'assuré, que l'Office AI Berne utilise

pour admettre l'absence de limitation au niveau des activités dans les domaines comparables de la vie (voir c. 7.3.1 ci-dessus). Quant à la pratique du karaté, il ressort de l'expertise que l'assuré a débuté ce sport avec son fils dans le contexte d'une relation particulière dans laquelle l'assuré s'identifie fortement à son fils (dos. AI 112.1/42). On ne saurait ainsi y voir un indice d'incohérence. S'agissant finalement de la question du poids des souffrances, que l'intimé qualifie de "faible", il y a lieu de constater que le recours adéquat du recourant aux options thérapeutiques préconisées, ainsi que la motivation de ce dernier pour une réadaptation professionnelle, mises en évidences par l'expert (dos. AI 112.1/37 et 38), ne sauraient exclure un certain poids dans les souffrances subies (voir sur ce point ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Quoiqu'il en soit, le raisonnement selon lequel l'expert aboutit quand même à une restriction partielle de la capacité de travail se fonde essentiellement sur les autres indicateurs mentionnés ci-dessus et discutés par l'expert, lesquels expliquent les conclusions convaincantes de celui-ci relatives à la capacité de travail (partielle) du recourant. Le TA estime que la restriction partielle de la capacité de travail à laquelle l'expert conclut logiquement au terme de son raisonnement l'emporte, avec une vraisemblance prépondérante. L'appréciation de l'Office AI ne permet en revanche pas de mettre en doute l'existence de restrictions (partielles) à la capacité de travail.

7.3.3 L'évaluation faite par l'Office AI Berne des indicateurs est d'autant moins convaincante que les autres psychiatres consultés ont également constaté une capacité de travail restreinte à 60% (voir notamment le rapport de la psychiatre du SMR du 13 février 2020 qui mentionne au mieux une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée [dos. AI 95/6] ou encore le rapport du 4 février 2021 d'un médecin adjoint agrégé d'un département de santé mentale et psychiatrie d'un hôpital universitaire qui atteste également d'une capacité de travail de 60% [dos. AI 124/5, ce rapport médical, bien que postérieur à la décision attaquée, doit également être pris en compte pour le présent jugement, car il se réfère également à la situation médicale telle qu'elle se présentait avant la fin de la procédure administrative; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4]). On constate ainsi qu'après examen des indicateurs standards, l'Office AI Berne n'est parvenu à établir,

au degré de la vraisemblance prépondérante, ni l'absence d'atteinte invalidante chez l'assuré, ni la pleine capacité de travail de celui-ci.

7.4 Il ressort de ce qui précède que l'expertise recèle plusieurs éléments d'informations relatifs aux indicateurs susmentionnés, que l'Office AI Berne s'est efforcé d'utiliser pour nier l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'AI. Toutefois, c'est en pleine connaissance de cause que l'expert a considéré qu'il existait une capacité de travail de 60% sur la base des diagnostics posés dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, on ne peut suivre l'Office AI Berne en tant qu'il retient qu'il n'existe aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI sur la base de l'examen des indicateurs. Il convient dès lors de se fonder sur les conclusions de l'expertise et d'admettre que, dans l'ancienne activité de médecin, la capacité de travail est nulle depuis 2013 et que dans une activité adaptée (à savoir une activité de coaching telle qu'exercée par l'assuré au jour de l'expertise), l'assuré possède une capacité de travail de 60% depuis 2015. En d'autres termes, l'incapacité de travail de 40% établie sur la base de l'appréciation médico-théorique de l'expert psychiatre pleinement probante, ainsi qu'après examen des indicateurs doit donc être confirmée.

8.

Il découle de l'appréciation d'absence de toute incapacité de travail opérée par l'Office AI Berne qu'il n'a nullement procédé au calcul du degré d'invalidité du recourant. La décision contestée doit donc être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour que, sur la base de la capacité de travail partielle et du profil exigibles définis par l'expertise (capacité de travail de 60%, soit 24 heures par semaine, dans une activité adaptée comme l'activité de coach actuellement exercée par le recourant; voir notamment c. 5.9 ci-dessus), l'Office AI Berne procède au calcul de l'invalidité. En particulier, l'Office AI Berne fixera précisément le revenu de valide déterminant après avoir apprécié quel revenu l'assuré aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé (en qualité de médecin-chef en milieu hospitalier ou en tant que

médecin interniste généraliste). Par ailleurs, l'Office AI Berne complétera le dossier de façon à ce que le revenu d'invalidé puisse, lui aussi, être fixé, pièces à l'appui (et non seulement eu égard aux déclarations de l'assuré, comme cela ressort du rapport d'enquête d'activité professionnelle indépendante du 8 mars 2019 [dos. AI 70/3]). Il conviendra donc, pour l'intimé, de requérir les compléments d'informations nécessaires et d'effectuer une comparaison de revenus en en fixant les modalités. Dans la mesure où toutes ces questions n'ont pas été abordées par l'intimé dans la décision litigieuse, il convient de lui renvoyer la cause (ATF 139 V 99 c. 1.1, 137 V 210 c. 4.4.1.4; SVR 2016 IV n° 4 c. 3.1). Il n'appartient pas au TA de réunir les informations qui manquent et d'apprécier tous les aspects énumérés ci-dessus de la comparaison des revenus, pour toute la période couverte par l'objet de la contestation, en dernière instance cantonale.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

9.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

9.3 Le recourant, qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. L'avocat de ce dernier a produit une note d'honoraires datée du 10 juin 2021 portant sur un montant total de Fr. 11'752.30 (Fr. 10'000.- d'honoraires [25 heures à Fr. 400.-], Fr. 912.- de débours et Fr. 840.30 de TVA [taux de 7.7%]). Par rapport à la note d'honoraires du 10 juin 2021, les honoraires de l'avocat (requis à hauteur de Fr. 10'000.- pour 25 heures de travail) doivent être réduits et fixés à Fr. 3'000.- compte tenu de la nature

du litige (absence de complexité [seule la question des indicateurs étant litigieuse; voir sur ce point art. 41 al. 3 let. b de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates; LA, RSB 168.11]) et de la pratique du Tribunal dans des cas semblables (voir également art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]), en particulier compte tenu du fait que l'avocat n'est intervenu dans la présente procédure qu'au stade de la réplique (cf. JTA AI/2012/934 du 25 mars 2014 c. 6.3). A ces honoraires s'ajoutent les débours par Fr. 912.- et la TVA de Fr. 301.20, soit un montant total de Fr. 4'213.20.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 4'213.20 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'Office AI Berne,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse-Maladie C. _____,
 - à D. _____,
 - à E. _____ SA.

Le président:

La greffière:

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).