

200.2021.269.AI
N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 16 janvier 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, 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 26 février 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1972, célibataire, sans enfant et au bénéfice d'un CFC de mécanicien de précision, a travaillé en dernier lieu en cette qualité à 100% jusqu'au 31 janvier 2018. Par un formulaire du 14 mars 2018 (reçu le lendemain par l'Office AI Berne) et suite à une période d'incapacité de travail à 100% ayant débuté le 8 janvier 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir de dépressions chroniques depuis 1992.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a essentiellement requis des informations de l'employeur de l'assuré, de même que des rapports du psychiatre/psychothérapeute et du médecin généraliste traitants, avant de solliciter le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Il a alors alloué diverses mesures d'intervention précoce et de réadaptation. Suite à l'échec de ces mesures, l'Office AI Berne, après avoir encore consulté son SMR, a organisé une expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a délivré ses conclusions le 25 novembre 2020. En possession de ce rapport, il a nié tout droit à une rente par décision du 26 février 2021, confirmant une préorientation identique du 7 janvier 2021.

C.

Par mémoire de son avocat du 15 avril 2021, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en demandant en substance, sous suite de frais et dépens, outre l'assistance judiciaire limitée aux frais, l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 26 février 2021, ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de mesures professionnelles; subsidiairement, il a requis l'annulation de la décision

précitée et le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Dans sa réponse du 28 mai 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'assuré, après avoir maintenu ses conclusions, a encore produit la note d'honoraires de son avocat.

En droit:

1.

1.1 La décision du 26 février 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et à des mesures professionnelles, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée l'appréciation de l'état de santé de l'assuré par l'intimé.

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 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).

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 (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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).

Ainsi, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste 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 (ATF 127 V 294 c. 5a). 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 phr. 1 LPGA). 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).

2.3 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) 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.

2.4 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). 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).

2.5 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).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise de novembre 2020, qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé psychique invalidante. Il a constaté que le recourant présentait un trouble de l'adaptation très modéré, mais que le suivi psychiatrique avait permis la reprise d'une activité, qu'il n'existait aucune comorbidité et que les ressources personnelles étaient bonnes. L'intimé a aussi notamment relevé que l'intéressé avait des contacts sociaux et que les souffrances ressenties étaient faibles au vu des loisirs et des tâches menés en parallèle à l'activité professionnelle. Enfin, l'intimé a encore constaté que l'expert avait conclu que les limitations fonctionnelles n'étaient pas rédhibitoires pour la pratique d'une activité professionnelle.

3.2 Le recourant, se fondant sur une attestation médicale du 14 avril 2021 du centre médio-psychologique pour adultes l'ayant pris en charge, est d'avis que les conclusions de l'expertise ne sont pas probantes. Il relève que les médecins de ce centre ont mis en relief des éléments nouveaux remettant en cause les diagnostics retenus par l'expert, tels en particulier la survenance d'un épisode dépressif sévère accompagné d'une perte d'intérêt/du plaisir et des idées suicidaires scénarisées. Il en conclut que ces nouveaux éléments justifient une capacité de travail de seulement 30 à 40% dans une activité protégée. Il rappelle à ce propos que les

organes d'observation professionnelle sont pour leur part parvenus au constat qu'il ne présentait qu'une capacité de travail limitée et un rendement largement inférieur aux exigences du marché de l'emploi. Le recourant reproche ainsi à l'intimé de s'être écarté de l'avis des organes précités et, à tout le moins, de n'avoir pas instruit davantage la question du rendement.

4.

Il ressort du dossier les éléments pertinents suivants.

4.1 Dans un rapport médical du 3 avril 2018, le psychiatre et psychothérapeute traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (ch. F33.11 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé) et de trouble de la personnalité borderline (ch. F60.3 CIM-10). Il a notamment indiqué que son patient avait été hospitalisé en milieu psychiatrique en raison d'idées suicidaires, après avoir commencé un nouvel emploi, dans lequel il se sentait dévalorisé et stressé. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 1^{er} janvier 2018, pour une durée indéterminée et des mesures de réinsertion professionnelle ont été recommandées. A ce rapport était annexé un document du 15 février 2018, dans lequel des médecins d'un réseau de santé mentale avaient posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), en expliquant que l'intéressé avait été hospitalisé du 10 janvier au 5 février 2018, dans le contexte d'une mesure de placement à des fins d'assistance (PAFA), après une tentative de suicide.

4.2 Le 23 avril 2018, le médecin traitant a retenu les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) d'état anxieux chronique, avec crise d'hyperventilation d'origine psychogène à plusieurs reprises et multiples somatisations, ainsi que (sans effet sur la capacité de travail) de gastrite de l'antrum de l'estomac, de douleurs abdominales aiguës sur un infarctus de l'omentum et de gastroentérite à campylobacter. Il a mentionné avoir été consulté par le passé, déjà, de 2002 à 2008 pour des états d'anxiété aigus

avec crise d'hyperventilation, puis le 6 octobre 2017 en raison d'un état d'anxiété avec de multiples somatisations après un licenciement. Il a accompagné son rapport d'une lettre du 25 octobre 2005, dans laquelle il avait relaté que son patient l'avait consulté en urgence le 30 septembre 2005 pour un état réactionnel dans un conflit professionnel (deux ans après une première prise de contact pour une tétanie par hyperventilation). Le médecin traitant a aussi joint à son rapport un document d'un gastroentérologue du 14 octobre 2011, dans lequel celui-ci avait exposé que le recourant présentait une maladie de reflux gastro-œsophagien depuis des années et souffrait alors d'une gastrite de l'antrum. Il a également transmis un écrit du 5 avril 2013 du service des urgences d'un hôpital régional, qui avait retenu le diagnostic d'infarctus omental situé dans l'hypochondre droit et relevant que le recourant présentait depuis la veille, sous traitement antidépresseur, de fortes douleurs abdominales en aggravation. Enfin, le médecin traitant a encore produit un avis du service de médecine interne de l'hôpital précité du 10 janvier 2018, dans lequel était retenu le diagnostic principal de tentamen médicamenteux ayant conduit au transfert du recourant en isolement sous mesure de PAFA. Un état dépressif, une anxiété chronique et des insomnies avaient été rapportées, ainsi qu'un status après des crises d'hyperventilation et un tentamen par scarifications.

4.3 Le 5 juin 2018, une spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR a admis une dépression et un trouble de la personnalité borderline. Elle a expliqué que, du fait de ce trouble, l'intéressé présentait une personnalité vulnérable, si bien qu'une augmentation du stress pouvait entraîner des crises brutales. Elle a retenu qu'un soutien aux fins d'une réinsertion professionnelle était indiqué et a ajouté qu'en présence d'un tel trouble, la dépression avait un effet plus restrictif sur la capacité de travail et prenait plus de temps à atteindre un niveau de rémission. Elle a conseillé de commencer la mesure à 50% dans le métier appris, auprès d'un employeur bienveillant et en assurant une collaboration étroite entre l'intéressé, son psychiatre/psychothérapeute, les spécialistes de la réadaptation/de l'aide au placement et l'entreprise organisant la mesure.

4.4 Une société de consulting a mené un entraînement au travail et établi un rapport le 5 octobre 2018. Elle a écrit que le recourant avait besoin d'un cadre bienveillant et confiant, varié et stimulant, ainsi que d'un emploi lui permettant de se rendre utile. Elle a ajouté que le recourant était une personne sujette au stress, qui démontrait une fragilité émotionnelle face à celui-ci et qui avait besoin de renforcer sa confiance en lui et sa motivation au travail. Une activité présentant un degré élevé d'autonomie et de réflexion a été conseillée.

4.5 Dans des rapports des 3 et 18 décembre 2018, un centre d'intégration et de formation professionnelle a constaté en substance que le recourant, qui manquait d'autonomie, présentait un rythme de travail lent et qu'il lui était difficile de rester concentré toute la journée. Le personnel en charge du recourant a fait état d'oublis et de difficultés à retenir beaucoup de consignes en une fois et retenu une capacité de travail de 43%, jugée peu en phase avec l'économie. Le 31 janvier 2019, le centre a noté que les performances du recourant s'étaient améliorées, mais que, sous pression, il pouvait perdre ses moyens, puis, le 11 mars 2019, il a relevé qu'en entreprise, bien qu'un accompagnement était nécessaire, le rythme de travail était satisfaisant. Finalement, le 26 mars 2019, le centre a conclu qu'en dépit d'une bonne évolution, le recourant restait fragile psychologiquement, surtout face au changement. Il a ajouté que le taux de 100% avait pu être maintenu sans difficulté et que la capacité de travail se montait à 67%, taux inférieur aux exigences du métier.

4.6 Le 28 novembre 2019, le département de santé mentale d'un hôpital régional a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10). Il a écrit que le recourant avait été pris en charge du 10 octobre au 29 novembre 2019, du fait d'une décompensation dépressive et d'une tentative de suicide, après l'échec du programme de réinsertion professionnelle.

4.7 Le 7 janvier 2020, le psychiatre/psychothérapeute a informé que l'état de santé s'était dégradé. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère et de trouble de la personnalité, labile, type borderline (ch. F33.2 et F60.3 CIM-10). Il a attesté d'une incapacité de travail à 100% dès le 11 octobre 2019.

4.8 Le 9 mars 2020, la spécialiste du SMR a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récidivant, actuellement sévère (ch. F33.2 CIM-10) et a admis l'existence d'un trouble de la personnalité, expliquant qu'il combinait des traits anxieux et de réduction de la confiance en soi. Elle a jugé que les effets fonctionnels du trouble étaient légers car ils n'affectaient pas tous les domaines de la vie, mais uniquement les performances professionnelles. Elle a retenu qu'une incapacité de travail de 20% au moins pouvait être admise dès la tentative de suicide de janvier 2018, mais à 100% pendant/après l'hospitalisation au titre de mesure de PAFA du début de l'année 2018. Le 3 septembre 2020, elle a préconisé la tenue d'une expertise psychiatrique.

4.9 Le 25 novembre 2020, un expert en psychiatrie et psychothérapie a retenu le diagnostic (avec répercussion sur la capacité de travail) de trouble de l'adaptation, réaction prolongée (ch. F43.21 CIM-10) et ceux (sans effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de status post troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de status post somatisations (ch. F33.4, F10 et F45 CIM-10). Il a conclu qu'il était vraisemblable que le recourant, occupé à 40% dans un atelier protégé, puisse optimiser ce taux. Il a cependant ajouté qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'une reprise de l'activité habituelle était envisageable, ce qui était toutefois probable à moyen/long terme. Il a constaté qu'il ne disposait pas d'information concernant le rendement et qu'il ne pouvait donc pas se prononcer à cet égard. Il a néanmoins écrit qu'une réacclimatation au travail semblait être une étape intermédiaire requise avant un emploi sur le marché du travail.

4.10 En procédure, le recourant a produit un rapport d'un centre médico-psychologique pour adultes du 14 avril 2021, postérieur à la décision attaquée et qui ne devrait en principe pas être examiné, puisque le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Or, comme le fait valoir le recourant (p. 8 s. du recours), dès lors que cet écrit est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision litigieuse a été rendue, il convient malgré tout d'en tenir compte (SVR 2008 IV n° 8

c. 3.4). En l'occurrence, il en résulte que l'intéressé a été pris en charge par ce centre le 24 novembre 2020, du fait de symptômes d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 CIM-10). Les médecins du centre ont écrit que la limitation du taux d'activité et l'accomplissement d'un travail en milieu protégé faisaient partie du traitement. En outre, ils ont relevé que le diagnostic de l'expert ne pouvait durer plus de deux ans selon la CIM-10 et qu'il nécessitait une exposition prolongée à un facteur de stress. De plus, ils ont rappelé que l'état dépressif était récurrent depuis 1991, si bien qu'il était douteux qu'il se soit transformé durant les dernières années. Compte tenu de leurs constatations, les auteurs de cet écrit ont nié que le trouble dépressif puisse être en rémission. Ils ont encore signalé que l'expert avait fait les mêmes constats et qu'il aurait dû en tirer les diagnostics qui s'imposent. Partant, les médecins ont conclu à une capacité de travail de 30/40% en milieu protégé.

5.

La décision du 26 février 2021 se fonde sur l'expertise du 24 novembre 2020 pour refuser tout droit à des prestations de l'AI. Se pose donc en premier lieu la question de la force probante de cette expertise.

5.1 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).

5.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, il faut constater que les qualifications de l'expert en psychiatrie et psychothérapie ne prêtent pas flanc à la critique. De plus, celui-ci a procédé à un examen personnel du

recourant, en prenant en compte ses plaintes subjectives, ainsi que son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle). Néanmoins, bien que les documents pertinents produits aient été énumérés par l'expert (dos. AI 110.1/4 à 110.1/8) et que celui-ci ait même pris la peine de contacter le dernier psychiatre/psychologue consulté (dos. AI 110.1/4), on ne peut passer sous silence le fait que cet expert a d'emblée émis une réserve, en reconnaissant qu'il avait possiblement mal compris ou détourné certains rapports en raison d'une maîtrise insuffisante de l'allemand (dos. AI 110.1/3), ce alors que tous les écrits du SMR ont été rédigés dans cette langue. Il a également souligné n'avoir pas eu d'informations quant aux derniers postes de travail occupés et quant au rendement de l'expertisé. Ainsi, il ne s'impose pas que les résultats d'expertise aient été arrêtés en pleine connaissance du dossier, si bien que, sur le plan formel déjà, la valeur probante de l'expertise ne saurait d'emblée être admise.

5.3 Sur le plan matériel, il faut en outre relever ce qui suit.

5.3.1 Le rapport du 25 novembre 2020 permet tout d'abord de comprendre aisément que l'expert a retenu (outre les diagnostics de status post troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ainsi que de status post somatisations, expliqués du fait que l'intéressé avait été hospitalisé dans un contexte de surconsommation alcoolique et qu'il avait été sujet à des crises d'hyperventilation; dos. AI 110.1/9 s. et 110.1/14) le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction prolongée (ch. F43.21 CIM-10), après avoir constaté que le recourant présentait un état anxieux mais peu prononcé (l'expertisé n'ayant spontanément annoncé aucune plainte psychique; dos. AI 110.1/8). En effet, l'expert a rapporté de façon probante que l'intéressé se plaignait d'une souffrance psychologique sous la forme d'inquiétudes et de soucis, mais que celui-ci était évasif et indécis pour les définir ainsi que pour les illustrer, se limitant à renvoyer à son licenciement de 2017 et à ses craintes pour son avenir, reprenant les qualificatifs proposés par l'expert (dos. AI 110.1/12). Ce dernier s'est en outre basé de manière compréhensible sur les propos du recourant, qui a fréquemment fait référence à des moments professionnels lui ayant laissé un mauvais souvenir et un sentiment d'iniquité. L'expertisé a également confié avoir

une conviction d'insuffisance dans son quotidien, de même que souffrir d'un manque de confiance en soi et présenter une appréhension de ne plus être capable de faire ce qu'il pouvait accomplir auparavant sur le plan professionnel. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction prolongée, responsable, selon l'expert, de l'essentiel de la souffrance psychique du recourant, a du reste été retenu après que cet expert a exclu de façon cohérente une claustrophobie et une agoraphobie, un trouble panique (sous la forme d'angoisses violentes avec des manifestations neurovégétatives), ainsi qu'un trouble obsessionnel (voir aussi, concernant le trouble de la personnalité borderline, admis par le premier psychiatre et psychothérapeute traitant: dos. AI 110.1/13).

5.3.2 S'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction prolongée (ch. F43.21 CIM-10), il sied de relever qu'on ne saurait suivre les auteurs du rapport du centre médico-psychologique pour adultes (PJ 3 du recours), en tant que ceux-ci ont fait valoir que ce diagnostic est exclu selon la CIM-10, si celui d'épisodes dépressifs (ch. F32 CIM-10) a été posé. En effet, nonobstant le fait que l'exclusion en cause vise le ch. F43.2 CIM-10 et non spécifiquement le ch. F43.21 (de sorte qu'il ne va pas de soi que celui-ci concerne la version du trouble de l'adaptation qui comporte une réaction prolongée), il apparaît quoi qu'il en soit que l'expert n'a de toute manière pas admis le diagnostic d'épisodes dépressifs (ch. F32 CIM-10), mais celui de trouble dépressif récurrent (ch. F33 CIM-10). Or, à l'inverse de ce qui ressort du rapport du centre médico-psycho-logique, le libellé du ch. F33 CIM-10 ne fait pas état d'une exclusion avec le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction prolongée. Au contraire, la CIM-10 précise que les troubles de l'adaptation peuvent se manifester par une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'impossibilité à faire face ou à faire des projets, à continuer dans la situation actuelle, ainsi que par une certaine altération du fonctionnement quotidien (ch. F43.2 CIM-10). De plus, en lien avec les troubles de l'adaptation, la CIM-10 ne fait pas état de la durée de deux ans évoquée par le centre médico-psychologique, au-delà duquel une telle atteinte ne pourrait pas s'étendre. C'est aussi en vain que ce centre a écrit qu'un tel diagnostic nécessite une exposition prolongée à un facteur de stress (qui n'est pas mis en exergue dans l'expertise), puisqu'il résulte de la CIM-10 qu'un changement existentiel

important peut aussi être la cause d'un trouble de l'adaptation (alors que le recourant souffre, selon l'expert, des conséquences d'un licenciement, qu'il décrit comme une "plaie ouverte sans cicatrice"; dos. AI 110.1/11). Partant, l'avis émis dans le rapport du 14 avril 2021 ne remet pas en question le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction prolongée, posé par l'expert.

5.3.3 Quant au diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (ch. F33.4 CIM-10), on comprend de son rapport que l'expert l'a motivé en relevant que le recourant s'était exprimé durant l'expertise de façon triste et morose, avec de brefs débordements émotionnels au moment d'évoquer des épisodes douloureux, l'expert ayant aussi souligné l'aveu d'idées noires mortifères et suicidaires, de même qu'une estime de soi en errance. Il a noté que le recourant avait affirmé avoir le moral et qu'il avait constaté que son quotidien était actif, qu'il ne présentait pas de douleur morale, de ralentissement psychomoteur ou de sentiment de ruine, de honte, de culpabilité, d'indignité ou de faillite de vie, alors que son appétit et son sommeil étaient par ailleurs conservés. L'expert a retenu que, sur la base des souffrances dépressives rapportées depuis des décennies (avec anxiété et somatisations), ainsi qu'au regard de l'examen clinique et des dires de l'intéressé, une pathologie thymique autonome ne pouvait être reconnue. Cette conclusion s'avère toutefois peu convaincante, à l'instar de celle voulant que les capacités psychiques de l'expertisé étaient diminuées, mais que l'atteinte était davantage quantitative que qualitative et qu'il n'y avait ainsi pas lieu de penser que les emplois antérieurs étaient devenus inadaptés (dos. AI 110.1/15). En effet, en tant que l'expert s'est surtout fondé en la matière sur le fait que le recourant avait été en mesure de participer à un entretien de trois heures avec lui, en développant un discours fluide, sans diminution de la vigilance ni fatigue apparente, de même que sur les indications du recourant, dont il était ressorti qu'il acceptait sans réticence d'accomplir les tâches qui lui étaient demandées dans son activité en milieu protégé (dos. AI 110.1/11), son avis s'oppose aux déclarations de l'assuré. Celui-ci avait confié vivre une situation insurmontable et insupportable (ce que l'expert n'avait pas contesté, sous l'angle de la cohérence), se sentant détruit par les conséquences de son licenciement, épuisé et abandonné, de même que profondément affecté par ses échecs. Qui plus est, ainsi que cela ressort du rapport du

14 avril 2021 et dans la mesure où il résulte du ch. F33.4 CIM-10 qu'un trouble dépressif récurrent peut être retenu à l'état de rémission uniquement si aucun symptôme dépressif n'a été constaté depuis plusieurs mois, l'avis de l'expert n'est pas probant. Celui-ci ne saurait admettre un tel diagnostic de trouble dépressif alors que, dans le même temps, il a constaté la présence d'une humeur dépressive, d'une anxiété, d'un sentiment de dévalorisation, mais aussi et surtout d'une aboulie rémanente, d'idées noires mortifères et d'idées suicidaires avouées (dos. AI 110.1/11 s.). L'appréciation de l'ampleur du trouble dépressif est d'autant moins convaincante que l'expert a retenu de façon peu cohérente que l'appétit et le sommeil étaient conservés, alors que le recourant a affirmé avoir perdu près de 5 kg et relaté qu'il avait des difficultés à se rendormir, en raison de ruminations morbides (dos. AI 110.1/10). De même, l'expert semble avoir ignoré le sentiment de honte ressenti par le recourant (dos. AI 101.1/12), alors que celui-ci lui avait avoué qu'il en éprouvait depuis trois ans, de même qu'un sentiment d'infamie et de déshonneur, du fait d'avoir dû recourir à l'AI, au soutien de l'assurance-chômage, ainsi qu'à l'aide sociale (voir dos. AI 110.1/8 et 110.1/10). Dans ces circonstances, l'état de rémission du diagnostic de trouble dépressif récurrent et l'appréciation des répercussions fonctionnelles de ce dernier ne s'imposent pas au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

5.3.4 Cette conclusion s'impose d'autant plus qu'il n'est aucunement possible de suivre le raisonnement de l'expert, par lequel celui-ci est parvenu à la conclusion qu'il était envisageable que la capacité de travail du recourant puisse à terme être augmentée à 100%. En effet, non seulement cette assertion est formulée avec réserve et de façon vague (pour ce qui est du délai dans lequel un tel résultat devrait pouvoir être attendu), mais elle a par ailleurs été avancée sans connaissance des postes de travail antérieurs occupés par le recourant, alors que, dans ce contexte, l'expert a fait remarquer qu'il regrettait de ne pas disposer d'un descriptif de ceux-ci, en particulier s'agissant de l'emploi assumé en atelier protégé (dos. AI 110.1/4). En outre, l'expert a concédé que le taux d'incapacité de travail, lors de l'expertise, était mal défini. On ne parvient donc pas à saisir sur quelle base cet expert a pu se prononcer, quant à

l'évolution de la capacité de travail. Enfin, l'expert a expressément mis en exergue qu'il ne disposait d'aucune information à propos du rendement, de sorte qu'il ne lui était pas possible de formuler une réponse à ce sujet. Par conséquent, force est de constater que l'expertise est incomplète et qu'elle ne permet pas de déduire de façon probante un profil d'exigibilité, de même que d'arrêter de manière cohérente et convaincante la capacité de travail du recourant. Ce faisant, l'expertise ne pouvait servir de base à un examen fondé sur les indicateurs standards prévus par la jurisprudence (voir c. 2.2 s.).

6.

6.1 Compte tenu du fait que la décision entreprise se fonde sur une expertise qui ne saurait être considérée comme étant probante, le recours doit être admis. La décision du 26 février 2021 est ainsi annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'intimé mettra à tout le moins en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique comprenant une évaluation concrète de la capacité de travail et de son évolution, de même que du rendement pouvant être attendu du recourant. Au préalable, l'intimé veillera à remettre à l'expert un descriptif détaillé des postes de travail antérieurs (en particulier complétant le questionnaire pour l'employeur, voir dos. AI 110.1/4) et de celui accompli en atelier protégé. Il fournira aussi à l'expert tout document utile permettant à celui-ci de se prononcer sur le rendement et clarifiera, si besoin après avoir fait actualiser la documentation médicale, la question du taux d'incapacité de travail au moment et depuis la date de l'expertise (dos. AI 110.1/16).

6.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

6.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle

s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Toutefois, si une prétention à une indemnité de dépens existe pour la procédure de recours cantonale, celle-ci ne couvre pas les actes et frais relatifs à la procédure administrative non contentieuse jusqu'à la décision (ATF 114 V 83 c. 4b, 228 c. 3b). Or, après examen de la note d'honoraires du 28 juin 2021, on constate que des activités antérieures à la décision du 26 février 2021 ont été facturées pour un montant total de Fr. 156.-, si bien que ce montant doit être retranché de la note d'honoraires. Pour le surplus, celle-ci ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Les dépens sont ainsi fixés à Fr. 1'295.10 (honoraires: Fr. 1'202.50, TVA: Fr. 92.60 [7.7%], pas de débours réclamés; le tarif horaire de Fr. 130.- est appliqué en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique [voir la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site internet du TA: www.justice.be.ch/ta, rubriques "Thèmes", "Frais", "Assistance judiciaire").

6.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice, devient sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 26 février 2021 est annulée. La cause est renvoyée à cette autorité 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.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'295.10 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. 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).