

200.2021.424.AI

N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 15 mars 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 10 mai 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1966, est célibataire et sans enfant. Il a travaillé en dernier lieu à plein temps en tant qu'aide-mécanicien (sans formation certifiée) jusqu'au 8 septembre 2009 (fin de son engagement de durée déterminée). Il a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, puis de l'aide sociale. Le 22 avril 2009, une curatelle a été instituée en sa faveur. Par un formulaire du 27 avril 2009, l'assuré, par l'entremise d'un service hospitalier psychiatrique, a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir de dépression et de troubles psychiques depuis 2008.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des informations du dernier employeur et divers rapports médicaux. Il a aussi consulté le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et a alloué une mesure d'observation. Après une sommation (obligation de collaborer) et sur la base du rapport relatif à la mesure précitée, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI par décision du 9 décembre 2011. Cette décision a été annulée le 19 novembre 2012 par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), qui a renvoyé la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision (JTA AI/2012/66). A nouveau saisi de la cause, l'Office AI Berne s'est procuré d'autres rapports médicaux, notamment psychiatriques, et a sollicité un nouvel avis du SMR. Il a ensuite mis en œuvre une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été délivrées le 9 janvier 2014, ainsi qu'une expertise neuropsychologique, dont le rapport a été remis le 12 novembre 2014. L'Office AI Berne, qui a en particulier octroyé une mesure d'observation professionnelle et un entraînement au travail en faveur de l'assuré, puis complété la documentation médicale, a encore diligenté une expertise bidisciplinaire (en neurologie, ainsi qu'en psychiatrie/psychothérapie), qui s'est tenue le 25 octobre 2017. Sur cette base, il a indiqué, dans une

préorientation du 19 avril 2018, qu'il entendait nier le droit à une rente. En raison des objections formées par l'assuré contre cette préorientation, il a finalement ordonné une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne générale, neurologie, pneumologie et psychiatrie/psychothérapie), dont les conclusions ont été rédigées le 2 septembre 2020. Du fait de nouvelles objections de l'assuré contre une préorientation du 15 septembre 2020, l'Office AI Berne a sollicité une dernière fois le SMR, puis a confirmé le contenu de sa préorientation au terme d'une décision du 10 mai 2021. Il a ainsi rejeté la demande de l'assuré en raison d'un degré d'invalidité de 35%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

C.

Par acte du 9 juin 2021, l'assuré, agissant par sa curatrice et représenté par une avocate, a porté le litige devant le TA, en concluant, sous suite de frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 10 mai 2021 et au renvoi de la cause à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Dans sa réponse du 18 juin 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'avocate de l'assuré a produit sa note d'honoraires le 12 juillet 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision du 10 mai 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie un droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Sont particulièrement critiqués la force probante de l'expertise pluridisciplinaire de 2020, de même que l'avis de

l'intimé, selon lequel le recourant serait en mesure de mettre à profit sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail.

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 une mandataire dûment constituée, 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). 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 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'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129; voir ATF 146 V 364 c. 7.1), 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 contestée, l'intimé, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire de 2020 qu'il a considérée comme probante, a retenu que le recourant était en mesure d'exercer son activité antérieure à 100%, avec une diminution de rendement de 30%. Il a déterminé le taux d'invalidité en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir, malgré l'atteinte à la santé, dans la profession d'aide-mécanicien, avec celui qui pourrait être perçu dans cette profession, mais sans atteinte à la santé (le tout d'après des données statistiques). Il est ainsi parvenu à un taux d'invalidité de 35%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

3.2 Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de 2020, l'estimant notamment contradictoire. Il constate qu'aucune affection n'a été

admise sur le plan neurologique, alors qu'une telle atteinte avait été retenue à l'issue des deux précédentes expertises. Il conteste aussi le volet psychiatrique de l'expertise, en tant que celui-ci évoque de nombreuses restrictions fonctionnelles, mais reconnaît seulement une diminution de rendement de 30%. Le recourant mentionne par ailleurs qu'une chronicisation d'un état anxio-dépressif a été constatée, mais qu'aucun diagnostic correspondant n'a été retenu. De même, il estime que l'interaction entre les problèmes pneumologiques et psychiques a été ignorée. Il ajoute que l'expertise omet de tenir compte qu'il est sous curatelle et ne discute pas des raisons pour lesquelles elle diverge des résultats des mesures professionnelles. Enfin, il affirme qu'au vu du profil d'exigibilité posé, il n'est pas possible de mettre en valeur sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail.

4.

Le dossier permet de constater les faits principaux suivants.

4.1 Le 7 juillet 2009, les services psychiatriques du Jura bernois – Bienne-Seeland (ci-après: les services psychiatriques) ont posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère mélancoliforme (depuis 2008) selon le ch. F33.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé, ainsi que d'acathisie (dès 2009). Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines (utilisation continue), selon les ch. F10.25 et F12.25 CIM-10 (dès 2008). Evoquant deux hospitalisations entre le 23 décembre 2008 et le 11 mars 2009, puis entre le 16 mars et le 4 juin 2009 avant un transfert dans un centre hospitalier régional, ils ont estimé que le recourant était incapable d'occuper un poste de travail. Le centre hospitalier précité a pour sa part retenu, le 17 août 2009, les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de dépression et de syndrome parkinsonien médicamenteux presque guéri sous traitement. Aucune incapacité de travail n'a été attestée et aucune restriction n'a été mentionnée sur le (seul) plan physique. Le 9 novembre 2009, les services

psychiatriques ont nouvellement retenu, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique présent depuis 1987 (F33.11), et confirmé leurs diagnostics de dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, mais cette fois également avec effet sur la capacité de travail. L'activité habituelle a été jugée inexigible, le recourant présentant une vulnérabilité psychique et une faible résistance au stress. Le 7 juin 2010, ils ont posé comme seul diagnostic celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10) en notant une amélioration de l'état général à la suite d'une nette diminution de la consommation d'alcool (dos. AI 21/1).

4.2 Après avoir indiqué que l'intéressé avait interrompu de son propre chef la mesure accomplie dès le 18 avril 2011 (dos. AI 31/3 et 43/1), un centre d'intégration et de formation professionnelle a délivré ses conclusions le 20 octobre 2011. Il a relevé que le taux d'activité avait été augmenté de 50 à 100% et que le recourant disposait des aptitudes requises pour travailler dans la mécanique, le manque d'intérêt et de motivation constituant le principal frein à sa réintégration professionnelle.

4.3 Le 25 janvier 2013, les services psychiatriques ont confirmé leur dernier diagnostic (ch. F33.11 CIM-10) et maintenu leurs constatations, en notant une évolution relativement favorable. Ils ont spécifié qu'il existait un sentiment de fatigabilité et de vulnérabilité au stress, de même que des restrictions cognitives, le rendement étant réduit. Le 23 juillet 2013, ils ont ajouté que le recourant subissait une baisse de la motivation avec une tendance à l'isolement et à l'inversion du rythme jour/nuit, de sorte qu'une réinsertion a été déconseillée, au contraire d'une activité occupationnelle suivie par une période d'observation en milieu protégé.

4.4 Au terme de son expertise du 9 janvier 2014, un expert psychiatre a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent en phase de rémission (ch. F33.4 CIM-10), d'utilisation d'alcool nocive pour la santé (ch. F10.1 CIM-10) et d'accentuation de certains traits de personnalité (ch. Z73.1 CIM-10). Il a retenu que de discrètes limites psychiques avaient été constatées, mais que celles-ci n'avaient pas de répercussion sur la capacité à exercer l'ancienne activité ou une autre activité. Préconisant un travail sans

exposition à la tentation de l'alcool, il a jugé que la capacité de travail était entière, sans diminution du rendement.

4.5 Le 20 juin 2014, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a conseillé une expertise neuropsychologique pour exclure les troubles fonctionnels cérébraux induits pas la consommation de substances nocives pour la santé. Le 12 novembre 2014, un expert spécialiste dans cette discipline s'est ainsi exprimé et a posé le diagnostic d'atteinte moyenne des fonctions cognitives d'origine peu claire (préexistante, liée à une consommation de stupéfiants/d'alcool ou à une dépression). Il a expliqué que les altérations des fonctions cognitives se traduisaient sur la capacité de travail par de fréquents oublis et erreurs d'inattention, par une rapide tendance au surmenage, par un ralentissement et par une diminution de l'efficacité. Un rendement diminué de 40% a été admis, même dans une activité adaptée.

4.6 Les services psychiatriques ont confirmé leurs diagnostics le 24 août 2015. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100% depuis 2012.

4.7 Le 9 septembre 2015, le SMR a retenu qu'était exigible une activité exercée à un faible pourcentage, dans un environnement à ciel ouvert, présentant peu de stress et exempt d'une source de danger.

4.8 La fondation chargée de la mesure d'observation professionnelle a déclaré, le 5 février 2016, que l'intéressé avait travaillé à 50% en montrant peu d'engagement et qu'une lenteur d'exécution avait été constatée. Un emploi simple répétitif, sans exigence d'autonomie, d'organisation ou de prise de décision, a été jugé exigible à un taux réduit. La fondation a encore rapporté les résultats d'un entraînement au travail, le 9 août 2016, en indiquant que le rendement ne correspondait pas aux exigences du premier marché de l'emploi.

4.9 Le 26 septembre 2016, le médecin (interniste) traitant a posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de troubles dépressifs et d'autres troubles psychiques, ainsi que (sans effet sur la capacité de travail) de diabète II stabilisé sous antidiabétique oral, de dépendance à l'alcool (consommation contrôlée) et aux benzodiazépines (abstinent). Il a fait part de difficultés relationnelles et en matière de sociabilité, ainsi que de

concentration, avec des troubles du sommeil et un ralentissement cognitif. La reprise d'une activité a été jugée peu probable.

4.10 Une psychiatre et psychothérapeute nouvellement consultée par le recourant a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, symptômes dépressifs chroniques (depuis environ 2005), le 3 janvier 2017. Elle a déclaré que le recourant ne semblait pas être capable de s'adapter au milieu professionnel, du fait de ses difficultés cognitives et de ses aptitudes sociales.

4.11 Le 5 mai 2017, la psychiatre et psychothérapeute du SMR, en se fondant sur des analyses sanguines du recourant, a relevé que le recourant avait repris sa consommation d'alcool et a estimé qu'une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique devait être effectuée afin de déterminer si l'alcool avait conduit à des altérations neurologiques irréversibles ou si une abstinence de longue durée pouvait améliorer l'état de santé. Les deux experts ont rendu leurs conclusions le 29 octobre 2017. Dans le volet neurologique, l'expert a retenu le diagnostic (impactant la capacité de travail) de troubles cognitifs légers à moyens avec au premier plan des altérations permanentes des fonctions exécutives en présence d'un status après un abus d'alcool de plusieurs années et de possibles interférences psychiques. Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans l'ancienne activité, avec une réduction de rendement de 30% due au besoin accru de pauses et à la nécessité d'un contrôle. Quant à l'expert psychiatre et psychothérapeute, il n'a posé aucun diagnostic présentant des effets sur la capacité de travail, évoquant toutefois (sans effet sur la capacité de travail) les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents, actuellement légers (ch. F33 CIM-10), de dysthymie (ch. F34 CIM-10), de status après un syndrome de dépendance à l'alcool (abstinent par le passé selon des examens de laboratoire et actuellement sans consommation problématique; ch. F10.2 CIM-10), ainsi que d'abus de benzodiazépines (abstinence ou consommation continue non documentées par des examens de laboratoire; ch. F13.25 CIM-10). L'expert a conclu à une capacité de travail totale avec un rendement de 100% (après une période d'entraînement au travail de six à huit mois, le rendement étant de 80% seulement au cours de cette période) dans n'importe quelle activité et ce

depuis 2015. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leurs diagnostics et leur appréciation de la capacité de travail, ajoutant que la capacité de travail arrêtée par l'expert neurologue était déterminante.

4.12 Le 10 avril 2018, la spécialiste du SMR a conclu que le recourant pouvait travailler à 100% en accomplissant des tâches simples auprès d'un employeur bienveillant et dans un cadre sans stress ni pression, avec une réduction de rendement de 30%. Le 21 juin 2018, elle a signifié que rien au dossier ne permettait d'attester que le recourant avait subi une restriction durable de sa capacité de travail.

4.13 La psychiatre et psychothérapeute du recourant a remis un écrit du 18 mai 2018, dans lequel elle a répété son diagnostic (voir c. 4.11) et noté une stabilisation de l'humeur et de l'autonomie, mais relevé une dégradation importante sur le plan socio-relationnel. Elle a évoqué un trouble de la personnalité de type schizoïde et jugé que son patient était incapable de travailler, ce qu'elle a répété le 28 septembre 2018. A cette occasion, elle a en plus posé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (ch. F62.1 CIM-10). Elle a ajouté que les atteintes psychiques avaient des effets négatifs tant sur le plan professionnel que personnel (voir aussi dos. AI 170/2, excluant une consommation de psychotropes).

4.14 Le 10 janvier 2019, le SMR a retenu qu'en l'absence d'une abstinence à l'alcool, aux benzodiazépines et au cannabis pendant 12 mois, confirmée en laboratoire, une dépression chronique ou une modification persistante de la personnalité ne pouvaient être attestées. Il a ajouté que l'alcool aggravait les déficits neuropsychologiques et que les benzodiazépines pouvaient causer des lésions cérébrales irréversibles.

4.15 Le 24 mai 2019, la psychiatre et psychothérapeute du recourant a remis en cause l'opportunité d'un sevrage. Après avoir répondu les 23 juillet et 5 septembre 2019, le SMR a confirmé l'utilité d'un sevrage et conseillé ensuite une expertise pluridisciplinaire.

4.16 Des experts en médecine interne générale, neurologie, pneumologie et psychiatrie ont délivré leurs conclusions le 2 septembre

2020. L'expert en médecine interne générale a retenu les diagnostics de diabète (type II) et d'hypercholestérolémie, en mentionnant que la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement. Quant à l'expert neurologue, il a nié tout diagnostic et écrit qu'il n'existait aucune pathologie relevant de sa spécialisation, la capacité de travail étant entièrement préservée. L'expert pneumologue a pour sa part posé les diagnostics de troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil (ch. G47.0 CIM-10), de syndrome des apnées nocturnes modéré de type obstructif (ch. J47.31 CIM-10), de syndrome des jambes sans repos (ch. G25.81 CIM-10) et de bronchite chronique tabagique (ch. J43 CIM-10). Il a conclu que la capacité de travail était de 100% avec une diminution de rendement de 50% dans l'ancienne activité et de 100% avec une diminution de rendement de 25% (sous traitement médicamenteux et cognitivo-comportemental) dans une activité adaptée (régulière, avec un horaire fixe rythmant les journées, permettant de rester en mouvement, physiquement éprouvante et ne demandant ni concentration ni exactitude). S'agissant de l'experte psychiatre, elle a retenu les diagnostics de dysthymie (ch. F34.1 CIM-10), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ch. F33.4 CIM-10), d'accentuation de traits de la personnalité (ch. Z73.1 CIM-10), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (ch. F10.1 CIM-10). Elle a abouti au résultat que la capacité de travail était de 100% avec une diminution de rendement de 30% depuis novembre 2014 dans toute activité (hormis durant les hospitalisations, étant précisé que la capacité de travail demeurait entière dès 2009). Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont confirmé leurs diagnostics et précisé que l'évaluation psychiatrique était déterminante, l'avis du pneumologue, s'agissant de la capacité de travail, étant intégré à l'évaluation de l'experte psychiatre.

4.17 Avec ses objections, le recourant a produit un rapport du 14 janvier 2021 d'un spécialiste en médecine de l'addiction, qui a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, d'atteinte cognitive moyenne, d'abus d'alcool, de diabète (type II), de dyslipidémie, de stéatose hépatique, de syndrome d'apnée du sommeil et de tabagisme actif.

4.18 Le 6 mai 2021, un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie du SMR a indiqué que les éléments de l'écrit du 14 janvier 2021 s'inscrivaient dans le contexte des diagnostics "Z" de la CIM-10, que la médecine des assurances n'avait pas à prendre en compte. Il a déclaré qu'il n'était pas établi que la prise de benzodiazépines avait altéré la capacité de travail. Il a donc défendu les conclusions du dernier expert psychiatre et exclu une détérioration de l'état de santé depuis l'expertise.

5.

Se pose la question de la force probante de l'expertise du 2 septembre 2020, sur laquelle l'Office AI Berne s'est fondé pour refuser tout droit à une rente d'invalidité.

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 Au cas particulier, sur le plan formel, l'expertise du 2 septembre 2020 répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts (dont les qualifications en médecine interne générale, en neurologie, en pneumologie et en psychiatrie/psychothérapie ne sauraient être critiquées) ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que l'ensemble des pièces pertinentes produites (dos. AI 220.5). Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs motivées et compréhensibles. En outre, s'agissant du volet psychiatrique,

le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281. Partant, sous l'angle purement formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante d'un tel document.

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel, en ce qui concerne d'abord l'avis de l'expert en médecine interne générale, force est de constater que cet avis permet aisément de comprendre pourquoi l'expert a nié tout diagnostic impactant la capacité de travail relevant de sa spécialité. Il s'est en particulier fondé sur le fait que l'examen clinique n'avait révélé aucune particularité, que le diabète ainsi que l'hypercholestérolémie étaient correctement traités et que la situation était stable (dos. AI 220.1/12 s.). La conclusion de l'expert, aboutissant à une capacité de travail préservée, sans limitation, est donc convaincante, ce que le recourant ne conteste du reste pas.

5.3.2 Quant au volet pneumologique, qui n'est pas non plus remis en cause (p. 5 s. du recours), il s'appuie en particulier et de façon probante sur une polysomnographie qui a révélé un syndrome d'apnées du sommeil d'origine obstructive ainsi qu'une altération de la continuité et de la qualité du sommeil (dos. AI 220.6/6). Le raisonnement de l'expert est logique, en tant qu'il en résulte que les problèmes de sommeil causent une fatigue importante mais non pathologique (sans endormissement inopiné pendant la journée), les fonctions pulmonaires étant dans la norme (dos. AI 220.3/3 à 6). L'expert s'est aussi basé sur la polysomnographie (qui a exclu des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil), de même que sur un questionnaire rempli par l'intéressé, pour conclure que le syndrome des jambes sans repos n'était pas sévère (en dépit des résultats contraires émanant de ce document). A aussi été pris en compte le fait que le recourant n'avait jamais suivi un traitement spécifique pour cette atteinte, ni eu recours à une consultation ou à des examens spécialisés et que les symptômes ne se manifestaient que durant 30 minutes environ (dos. AI 220.3/6). Qui plus est, concernant la bronchite chronique tabagique, on comprend que ce diagnostic s'appuie sur le constat que le recourant fumait alors 20 cigarettes par jour et qu'il avait déclaré être sujet à deux bronchites par an ainsi que, quotidiennement, à une toux matinale avec expectoration

(dos. AI 220.3/3). Partant, le développement de l'expert est cohérent, à mesure qu'il a retenu que le recourant pouvait accomplir à 100%, avec une diminution de rendement de 25%, une activité régulière permettant de bouger et d'être physiquement fatigué en fin de journée, sans exigences en termes de concentration et d'exactitude.

5.3.3 En ce qui concerne la discipline psychiatrique, l'analyse de l'experte peut aussi être suivie. Il en résulte en effet que celle-ci a posé le diagnostic de dysthymie, après avoir cité les critères pertinents de la CIM-10 (dos. AI 220.4/6) et relevé que l'état psychique était stable depuis plusieurs années (avec quelques fluctuations suivant les événements). Elle a aussi noté que l'humeur était euthymique voire légèrement abaissée, que l'élan vital était généralement conservé (sauf au cours de l'examen), qu'il n'y avait pas de diminution des intérêts et du plaisir, ni de sentiment de culpabilité, d'idées suicidaires ou de vision pessimiste en l'avenir (dos. AI 220.4/3 et 220.4/6). L'experte a aussi expliqué que le trouble dépressif récurrent était en rémission, dès lors que l'état était suffisamment stabilisé depuis 2011 pour envisager des mesures de réinsertion et qu'il avait été influencé par de fortes consommations d'alcool (substance ayant des effets dépressogènes). Elle a ajouté que, depuis lors, le recourant souffrait surtout de fluctuations d'humeur (dos. AI 220.4/7). L'experte a en outre relaté de façon convaincante qu'il existait des traits dépendants et schizoïdes (du fait notamment que le recourant avait eu une relation avec une femme qui le maternait, respectivement en raison de son retrait social, justifié par sa volonté d'éviter les critiques et confrontations), mais pas de trouble de la personnalité, puisque le recourant avait pu maintenir un fonctionnement prémorbide pendant de nombreuses années. Contrairement au point de vue du recourant (p. 5 § 4 du recours), on comprend du rapport d'expertise pourquoi, alors que l'experte a mentionné une chronicisation d'un état anxio-dépressif et une accentuation de traits de la personnalité, elle a retenu ce dernier diagnostic, ainsi que ceux de dysthymie et de trouble dépressif récurrent en rémission. C'est ainsi de manière cohérente qu'elle a relevé que le recourant (qui bénéficiait aussi de certaines ressources; dos. AI 220.4/9) présentait, outre des problèmes cognitifs avec une lenteur altérant le rendement, des difficultés face aux frustrations et aux critiques, ainsi qu'un manque de confiance en soi, si bien

que seul était exigible un travail en milieu sécurisant, peu confrontant, avec un étayage anaclitique et sans travaux en équipe. En tant qu'elle a conclu que la capacité de travail était conservée mais avec une diminution de rendement de 30% depuis l'expertise de 2014 (dos. AI 220.4/9), l'experte a donc délivré des conclusions logiques.

5.3.4 Sous l'angle neurologique, l'expert a nié toute pathologie spécifique, en relatant que l'intéressé ne s'était pas plaint d'une aggravation de son potentiel neuropsychologique. Il a exposé, après s'être référé à l'expertise de 2014, que les limitations qui y étaient évoquées semblaient être présentes depuis l'adolescence et pouvaient découler d'un potentiel intellectuel limité, sans déficit (dos. AI 220.2/4). Dans cette mesure, on comprend le point de vue de l'expert, qui, d'une part, a considéré que les troubles observés en 2014 se résumaient à une discrète distractibilité, à un ralentissement ainsi qu'à une atteinte modérée des fonctions cognitives et qui, d'autre part, a relié les difficultés rencontrées au cours de la mesure professionnelle auprès de la fondation précitée par le fait que le recourant avait eu un parcours scolaire difficile et n'avait pas achevé de formation (dos. AI 220.2/4). En particulier, contrairement à ce que le recourant soutient en signalant que l'expert ne s'est basé que sur un simple entretien, celui-ci a non seulement considéré les propos du recourant, qui avait confié ne pas souffrir de troubles de la sensibilité, de la motricité, de l'équilibre et de la mémoire (dos. AI 220.2/2), mais il a aussi procédé à un examen de l'intéressé (par exemple de son comportement) et à des tests neurologiques (dos. AI 220.2/4).

5.3.5 Il n'en reste toutefois pas moins, comme le recourant l'a évoqué (p. 5 du recours), que ce neurologue n'a que peu discuté le résultat de l'expertise neuropsychologique de 2014, qu'il a pourtant remis en cause (dos. AI 220.2/4). Or, cet examen neuropsychologique avait abouti au constat que le recourant subissait des atteintes moyennes sur le plan cognitif, illustrées par une augmentation des pertes de mémoire, des erreurs d'inattention, un plus rapide surmenage, ainsi que par un ralentissement et une productivité diminuée, au point qu'une réduction de rendement de 40% avait été attestée. A l'inverse de l'expert neurologue de 2020, l'expert neurologue de 2014 avait par ailleurs signalé que les troubles

cognitifs avaient pu s'aggraver (dos. AI 83.1/11). De surcroît, dans l'expertise neurologique et psychiatrique de 2017, l'expert neurologue saisi du cas avait aussi confirmé l'existence de troubles cognitifs, qu'il avait jugés légers à moyens, en admettant une réduction de rendement de 30% motivée par un besoin de pauses accru, dû à une altération des fonctions exécutives du cerveau (dos. AI 142.1/13). Ces avis de 2014 et 2017, bien que tous deux similaires, n'ont que succinctement, respectivement aucunement été discutés au sein du rapport divergent du 2 septembre 2020. Cela s'avère d'autant plus critiquable que la conclusion qui découle de ce dernier rapport de 2020 avait déjà été formulée par le premier expert psychiatre en 2014 (qui avait écrit de façon semblable que le recourant ne souffrait que de légers troubles cognitifs, soit de difficultés d'apprentissage et de faiblesses transitoires des capacités intellectuelles; dos. AI 73.1/12 et 16). Cet avis avait cependant été contesté par le neuropsychologue saisi en 2014, lequel avait posé l'hypothèse que le premier expert en psychiatrie avait minimisé l'impact des troubles cognitifs (dos. AI 83.1/11). Les conclusions rédigées par l'expert neurologue en 2020 sont par ailleurs d'autant moins satisfaisantes que son raisonnement, consistant à expliquer les difficultés de mobilisation, de concentration et d'anticipation constatées au cours de la mesure d'entraînement au travail par le défaut de formation du recourant (dos. AI 220.2/4), n'est pas non plus étayé. Il se heurte du reste au fait que la fondation chargée d'organiser cette mesure avait expressément énoncé qu'elle suspectait une atteinte neuropsychologique (dos. AI 113/2). De même, il ressort encore du "Protokoll per 18.06.2021" que les spécialistes de la réadaptation ont aussi constaté que le recourant avait besoin de beaucoup d'instructions et de temps de réflexion, de même que d'un contrôle répété. Il a été mentionné que son potentiel ainsi que son rendement étaient insuffisants, l'intéressé n'étant notamment pas apte à transposer un plan/une indication (p. 5, ad note du 20.01.2016). On peut aussi lire dans ce document que, lors de la mesure d'entraînement au travail, le recourant avait eu besoin de pauses supplémentaires (à l'instar de ce que l'expert neurologue avait retenu en 2017), qu'il avait présenté des troubles de la concentration, qu'il ne parvenait pas à anticiper la suite de son travail ou à mémoriser plus de deux à trois consignes à la fois et qu'il avait besoin d'un contrôle ainsi que d'un suivi continu, sans quoi il finissait par s'immobiliser. A la suite du prolongement de cette mesure, il

avait même été retenu que le bilan était encore plus défavorable, au point qu'une réévaluation de la situation médicale avait été conseillée (voir p. 7 s. du "Protokoll per 18.06.2021"). Ce faisant, les conclusions de l'expert neurologue, d'après qui toute atteinte neurologique est exclue, apparaissent lacunaires et ne s'imposent pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

5.3.6 A cela s'ajoute, comme le recourant l'a aussi évoqué (p. 5 § 3 du recours), que la discussion consensuelle des différents experts ne permet pas d'appréhender pourquoi, alors que l'expert neurologue a nié toute atteinte relevant de sa discipline, les experts en pneumologie et en psychiatrie/psychothérapie (dont les avis ont été jugés déterminants pour évaluer la capacité de travail) ont motivé leurs conclusions en admettant l'existence de troubles neurologiques. En effet, le pneumologue a reconnu que l'intéressé souffrait d'importants troubles de la concentration, de même que d'une lenteur présente depuis l'enfance (dos. AI 220.3/7) et il a spécifié que les apnées nocturnes contribuaient à aggraver les troubles cognitifs. Quant à la psychiatre et psychothérapeute, elle a déclaré que les restrictions psychiques incluaient des difficultés cognitives et elle a par ailleurs arrêté la validité de son appréciation à la date de l'expertise neuropsychologique de 2014, en rappelant que cette dernière avait révélé des problèmes cognitifs d'intensité moyenne (dos. AI 220.4/9). On peut aussi s'étonner du fait que, dans leur discussion consensuelle, les experts ont admis une réduction de rendement de 30%, en précisant que cette diminution était non seulement due aux atteintes psychiques mais aussi, en partie, aux troubles pneumologiques (dos. AI 220.1/7). D'une part, l'experte psychiatre avait à elle seule conclu à une réduction de rendement de 30%, alors que, d'autre part, l'expert pneumologue avait pour sa part retenu que le rendement était réduit de 25% du point de vue de sa discipline. L'expertise, bien qu'elle mentionne que la réduction de rendement psychiatrique intègre celle relevant de la pneumologie, n'en explique toutefois pas les raisons et n'évoque ainsi aucunement la problématique des interactions pouvant exister en la matière. Enfin, on ne saurait ignorer que, dans le contexte des objections du recourant contre la préorientation du 15 septembre 2020 et suite au dépôt, par celui-ci, du rapport de son

spécialiste en médecine de l'addiction (qui, comme l'a évoqué le SMR, n'a pas apporté d'éléments nouveaux que les experts n'auraient pas pris en compte; dos. AI 230/3 et 237/2), l'intimé a néanmoins jugé nécessaire de requérir en premier lieu un complément d'expertise. Les experts ont toutefois fait savoir qu'ils n'entendaient pas donner suite à cette demande (dos. AI 233/1). Au vu de l'ensemble des circonstances, force est donc de retenir que l'expertise de 2020, qui n'est en l'état pas dénuée de certaines contradictions, ne convainc guère. Elle ne saurait donc servir de base pour l'appréciation de l'invalidité du recourant.

5.4 Force est dès lors de constater que le dossier ne contient pas les éléments suffisants pour pouvoir se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. En rendant une décision en l'état du dossier, sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du 2 septembre 2020, l'intimé a par conséquent violé le devoir d'instruction qui lui incombe (voir art. 43 LPG).

6.

En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle nie tout droit à des prestations. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour une instruction médicale complémentaire (sur la possibilité pour le TA d'opérer un tel renvoi en lieu et place de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, voir ATF 139 V 99 c. 1.1, 137 V 210 c. 4.4.1.4). Les mesures d'instruction viseront à combler les lacunes du volet neurologique de l'expertise de 2020 par une discussion détaillée des conclusions prises au terme des expertises neuropsychologique et neurologique du 12 novembre 2017, respectivement du 29 octobre 2017. L'expert consulté devra en particulier s'exprimer de manière circonstanciée au sujet des divergences existant entre, d'une part, l'appréciation formulée dans le rapport du 2 septembre 2020 ainsi que, d'autre part, celle découlant des expertises précitées de 2014/2017 et des mesures professionnelles. L'intimé veillera en outre à obtenir des éclaircissements de la part des experts consultés en dernier lieu, à propos de leur évaluation consensuelle quant à la réduction globale du rendement, basée sur les conclusions de la psychiatre et psychothérapeute ainsi que du pneumologue. Sur la base

médico-théorique ainsi précisée, l'intimé procédera ensuite à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa nouvelle décision.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

7.2 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).

7.3 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 LPG (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). En l'espèce, assisté d'une avocate agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Après examen de la note d'honoraires du 12 juillet 2021, qui 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 fixés à Fr. 1'260.10 (honoraires de Fr. 1'170.- [au tarif horaire de Fr. 130.-, puisque le recourant est représenté par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique] et TVA de Fr. 90.10 [taux de 7.7%], aucun débours n'étant réclamé; voir également 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").

7.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé 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. 1'260.10 (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):
 - à la 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).