

**200.2021.476.AI**  
N° AVS  
NIG/EGC

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

**Jugement du 18 avril 2022**

Droit des assurances sociales

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

**A.** \_\_\_\_\_

recourant

contre

**Office AI Berne**

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 27 mai 2021



**En fait:**

**A.** \_\_\_\_\_, né en 1983, marié et sans enfant, est entré en Suisse en 2004. Titulaire d'attestations de formation professionnelle dans le domaine de l'audiovisuel et en tant que chercheur/documentaliste, il a travaillé en dernier lieu comme livreur jusqu'en juin 2013, puis brièvement comme transporteur/déménageur indépendant. Il a par ailleurs obtenu l'assistance des services sociaux à partir de juin 2010. Par un formulaire du 22 août 2011, transmis par le service social de sa commune de domicile à l'Office AI Berne, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (AI), en se prévalant d'une déformation de la cornée. Sur la base de rapports ophtalmologiques et de l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a exclu un droit à une rente par décision du 11 janvier 2013. L'assuré a demandé une deuxième fois des prestations de l'AI, au moyen d'un formulaire daté du 10 juin 2018. Il a alors indiqué qu'il souffrait d'une maladie psychique depuis 2013. En se fondant sur des informations médicales actualisées, de même que sur un nouveau rapport du SMR, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI, par le biais d'une décision du 12 juin 2019.

**B.**

Le 1<sup>er</sup> juillet 2020, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. Il s'y est prévalu d'insomnies continues, de crises d'angoisse et de paranoïa, en affirmant que son état de santé avait empiré en 2020. L'Office AI Berne a diligenté une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été rédigées le 5 janvier 2021. Sur ce fondement, dans une préorientation du 28 janvier 2021, l'Office AI Berne a fait savoir qu'il entendait nier tout droit à des prestations. En dépit des objections formées par l'assuré le 18 mai 2021, dans le délai prolongé accordé pour ce faire, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation, au terme d'une décision du 27 mai 2021.

## **C.**

Par envoi du 22 juin 2021, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 27 mai 2021 et, implicitement, à l'octroi de prestations de l'AI. Le 8 juillet 2021, il a encore déposé un formulaire de requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, accompagné de cinq pièces justificatives. Dans sa réponse du 20 juillet 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'assuré a répliqué le 11 août 2021, en confirmant ses conclusions et en produisant de nouveaux rapports médicaux. L'Office AI Berne a également maintenu ses conclusions, au terme d'une duplique du 19 août 2021.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 27 mai 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 cet acte et sur l'octroi des prestations de cette assurance. Est particulièrement critiquée la force probante du rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2021, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision attaquée.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 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 (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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) 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**

**2.4.1** Lors d'une nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.4.2** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

**2.5** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

**2.6** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve 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, en se fondant en particulier sur le rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2021, l'intimé a nié tout droit aux prestations de l'AI. Il a retenu que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas changé depuis la décision prononcée le 12 juin 2019. Il a par ailleurs considéré qu'il fallait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise précitée et a ajouté que, dans la mesure où celle-ci excluait toute atteinte invalidante à la santé psychique, aucune rente, ni d'ailleurs aucune mesure de réinsertion professionnelle, ne pouvaient être accordées.

**3.2** Dans son recours du 22 juin 2021, le recourant se plaint d'abord du fait que son droit à des mesures professionnelles a été exclu avant que l'expertise psychiatrique n'ait été réalisée. Or, il souligne que celle-ci préconise justement l'octroi de mesures de réintégration professionnelle. Il affirme en outre que l'expertise est incohérente et truffée d'inexactitudes, si bien qu'il en remet en cause le caractère probant. Il critique par ailleurs le déroulement de l'examen mené par l'expert et fait notamment valoir qu'il n'a pas pu s'exprimer librement.

### **4.**

A titre liminaire, il faut souligner que l'intimé est entré en matière sur la troisième demande du recourant, après avoir reçu un courrier de la psychiatre et psychothérapeute traitante du 29 juillet 2020. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5). Dans ce contexte, il y a toutefois lieu de prendre en considération que, puisque les décisions des 11 janvier 2013 et 12 juin 2019 sont entrées en force et qu'elles ont réglé le droit à la rente au terme d'une appréciation des preuves conforme au droit, fondée sur l'ensemble des examens médicaux pertinents, le recourant ne peut les remettre en cause (voir c. 2.4.2 in fine).

## 5.

**5.1** 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). En l'espèce, parmi les derniers documents produits par le recourant (celui du 12 janvier 2012 figurant déjà au dossier de l'intimé, voir dossier [dos.] AI 46/8), les rapports des 18 juin et 27 juillet 2021 du médecin traitant, de même que celui du 26 juillet 2021 de la clinique ophtalmologique, sont postérieurs à la décision entreprise et se limitent essentiellement à confirmer les diagnostics posés. Ils n'influencent donc pas l'appréciation lors du prononcé du 27 mai 2021. Il en va de même de l'attestation relative à la vaccination contre le coronavirus du 8 juin 2021, qui expose que le recourant fait partie des personnes à risque, du fait de son adiposité. En effet, l'adiposité du recourant a été prise en compte par l'intimé, puisque cette atteinte a été évoquée dans le contexte de l'expertise psychiatrique (dos. AI 81.1/10). De plus, dès lors que le rapport de chirurgie viscérale du 18 juillet 2011 a été pris en considération dans le cadre de la deuxième décision du 12 juin 2019, et en tant que ce document est antérieur à la première décision du 11 janvier 2013, il ne peut non plus être examiné dans la présente procédure (voir c. 4 in fine).

**5.2** La décision du 11 janvier 2013 a surtout été fondée sur le rapport de l'ophtalmologue traitant le recourant, reçu par l'intimé le 7 septembre 2011, ainsi que sur un avis du SMR du 23 avril 2012 et sur un écrit d'une clinique ophtalmologique d'un hôpital universitaire du 11 octobre 2012. De ces écrits, il résulte qu'en raison des diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) de kératocône des deux côtés (depuis le 30 avril 2010), de status après une kératoplastie lamellaire antérieure profonde à gauche (en octobre 2010) et après une kératoplastie perforante à droite (en décembre 2011), le recourant avait subi une forte diminution de l'acuité visuelle des deux côtés,

tant de loin que de près, accompagnée de douleurs. Une incapacité de travail à 100% avait ainsi été attestée du 28 mai 2010 au 20 janvier 2012, mais une reprise du travail avait été jugée possible dès le 16 août 2012 (voir aussi dos. AI 46/8-16). Selon le SMR, toute activité légère, n'exigeant pas une acuité visuelle sans faille ou beaucoup de concentration, devait être exigible.

**5.3** L'intimé a fondé sa décision du 12 juin 2019 sur les faits suivants.

**5.3.1** Dans un rapport du 20 juin 2018, le médecin traitant a évoqué un status après une sleeve gastrique en 2007, mais n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail.

**5.3.2** Par un rapport du 26 septembre 2018, la clinique ophtalmologique a confirmé ses précédents diagnostics (voir c. 5.2). Elle a souligné que le recourant avait pu récupérer une acuité visuelle satisfaisante (0,6 à droite et 1,0 à gauche, corrigée) et qu'il était dès lors apte à travailler.

**5.3.3** Une psychiatre et psychothérapeute du SMR s'est exprimée le 11 avril 2019. Elle a d'abord rappelé les diagnostics ophtalmologiques (voir c. 5.2), puis ceux émis par la psychiatre et psychothérapeute traitante, dans un rapport du 20 juillet 2018. Cette dernière avait en effet évoqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, posé en octobre 2013 (ch. F43.22 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). La spécialiste du SMR a aussi rappelé que la psychiatre et psychothérapeute traitante avait conclu à l'absence de limitations fonctionnelles le 15 janvier 2019, en attestant néanmoins une incapacité de travail à 80% d'août 2015 à juin 2018, puis à 40% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018. De plus, la psychiatre et psychothérapeute traitante avait par la suite estimé la capacité de travail à 60%, en précisant que ce taux était réduit en raison d'un trouble de la concentration, d'une difficulté à s'organiser et d'un stress lié à l'évolution technologique dans la profession de l'intéressé, ainsi qu'aux déplacements et aux horaires variables imposés par son métier. La spécialiste du SMR a expliqué à cet égard que le diagnostic de la psychiatre et psychothérapeute traitante ne pouvait être confirmé, puisque les symptômes étaient présents depuis 2013 et que, selon la CIM-10, un trouble de l'adaptation ne pouvait être reconnu si ceux-ci avaient duré plus de six

mois (ou deux ans, en cas d'épisode dépressif prolongé). Après avoir rappelé que ce diagnostic avait été posé en lien avec des difficultés à faire face au quotidien, elle a écrit que le diagnostic correspondant, prévu au ch. Z73 CIM-10, devait plutôt être retenu (difficultés liées au mode de vie) mais que les diagnostics de la catégorie "Z" n'étaient pas invalidants. Cette spécialiste du SMR a aussi relevé que les symptômes étaient légers, ce qui résultait notamment du fait qu'aucune médication régulière n'avait été prescrite. Enfin, elle a remis en question les périodes d'incapacité de travail attestées par la psychiatre traitant l'intéressé.

**5.4** Après la troisième demande, l'intimé a réuni les éléments suivants.

**5.4.1** La psychiatre/psychothérapeute traitant le recourant a fait savoir, le 29 juillet 2020, que l'état de son patient s'était progressivement détérioré depuis environ quatre mois. Elle a posé le diagnostic de trouble délirant persistant avec des symptômes psychotiques (idées de persécution et de grandeur) avec, par moments, des symptômes dépressifs et des hallucinations tactiles. Elle a aussi expliqué que le recourant souffrait de phobies et d'angoisses de mort très importantes, ainsi que d'insomnies sévères.

**5.4.2** Sur la base d'un écrit d'une deuxième psychiatre et psychothérapeute du SMR du 7 septembre 2020, préconisant une expertise psychiatrique, un expert en neurologie, psychiatrie et psychothérapie a été mandaté par l'intimé pour mener un tel examen. Il a remis ses conclusions le 5 janvier 2021 et posé le diagnostic (avec répercussion sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10), ainsi que celui (sans répercussion sur la capacité de travail) d'accentuation de certains traits de la personnalité (ch. Z73.1 CIM-10; à savoir: émotionnellement immature, instable, impulsive, anxieuse-évitante, paranoïde et narcissique). Il a par ailleurs conclu que, depuis 2013, on pouvait exiger du recourant qu'il exerce son activité de transporteur à 60%, après une période d'entraînement de quelques mois. Il a en outre écrit qu'une activité adaptée (soit un emploi bien structuré, plutôt simple et peu contraignant, exercé dans un environnement calme et constant, sans exigences importantes en termes de compétences sociales et d'organisation individuelle) était exigible à 80% dès 2013.

**5.4.3** La psychiatre et psychothérapeute traitant le recourant a pris position sur cette expertise le 20 février 2021. Elle a alors déclaré que l'intéressé disposait de bonnes ressources, mais qu'une dépendance à long terme aux assurances sociales aurait un effet néfaste sur son état psychique. Elle a ajouté que des mesures professionnelles l'aideraient au contraire à reconstruire sa personnalité.

## **6.**

L'intimé a rendu sa décision du 27 mai 2021, en se basant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2021. Se pose la question de la force probante de cet écrit.

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

## **6.2**

**6.2.1** En l'occurrence, d'un point de vue formel, l'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications de l'expert, en neurologie, ainsi qu'en psychiatrie et en psychothérapie, ne sauraient être mises en doute. L'expert a par ailleurs procédé à un examen personnel du recourant, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que l'ensemble des documents pertinents produits (dos. AI 81.1/4-9). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. L'expert a aussi mis en relief les éléments nécessaires à l'analyse, sous l'angle de l'exigibilité, des répercussions fonctionnelles des atteintes psychiques et a proposé une évaluation qu'il a

motivée en englobant ces différents éléments. Ses conclusions sont du reste détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

**6.2.2** En particulier, c'est en vain que le recourant critique l'indépendance de l'expert, en prétendant que l'examen aurait dû être effectué par une personne neutre. En effet, tout d'abord, le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Au cas particulier, le recourant a écrit qu'il avait eu l'impression de subir un interrogatoire de police, lors duquel il n'avait pas pu terminer ses phrases et avait été interrompu ou forcé de changer de sujet. Il a ajouté qu'il avait eu le sentiment d'être accusé et que tout était joué d'avance. Il a aussi relevé qu'un malaise était survenu dès le départ avec l'expert, du fait que ce dernier lui avait demandé de retirer son masque, ce qu'il avait refusé de faire (p. 1 du recours et p. 1 s. de la réplique). A l'inverse, il ressort du rapport d'expertise que l'entretien s'est déroulé dans une atmosphère détendue et harmonieuse, pendant 1h15 (dos. AI 81.1/2 s.), que le recourant s'est montré ouvert, aimable et courtois, qu'il s'est exprimé spontanément, à haute voix et qu'il était difficile à interrompre (dos. AI 81.1/19 s.). Partant, bien qu'on puisse effectivement imaginer que le recourant a pu être coupé durant l'expertise et qu'il a ainsi eu l'impression de ne pas pouvoir s'exprimer librement, voire de ne pas être entendu, son sentiment ne permet pas pour autant de douter de l'impartialité de l'expert. Rien au dossier ne suggère le contraire. De plus, quand bien même il critique le déroulement de l'expertise dans son recours, l'intéressé ne s'est manifesté pour la première fois en ce sens que dans ses objections du 18 mai 2021, c'est-à-dire bien après l'examen litigieux. Il n'a notamment formulé aucun grief à cet égard dans sa demande en vue de recevoir une traduction du rapport du 5 janvier 2021 (dos. AI 84), de même qu'après avoir reçu ce document, lors de ses contacts subséquents avec l'intimé (voir dos. AI 89 à 99). Dans ces circonstances, on ne saurait dès lors suivre le recourant, en tant qu'il remet en question l'objectivité et l'indépendance de l'expert.

## 6.3

**6.3.1** Du point de vue matériel, le rapport du 5 janvier 2021 permet de saisir aisément que l'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique, sur la base des critères de la CIM-10. Il a en effet considéré de façon probante que le recourant présentait un dynamisme réduit, une anhédonie, une fatigabilité et une perte de confiance, un sentiment d'insuffisance, de l'anxiété, des troubles de la concentration, une tendance au repli social, un pessimisme pour l'avenir, une nette tendance à la rumination, ainsi que des sentiments de désespoir. Il a en outre expliqué cette atteinte de manière compréhensible, à savoir par des facteurs de stress psychosociaux. En effet, il a rappelé que les parents de l'assuré avaient été emprisonnés lorsqu'il était enfant (ce qui avait suscité des représailles de ses enseignants durant sa scolarité dans son pays d'origine) et qu'il avait dû fréquenter des centres de requérants d'asile durant plusieurs années avant d'obtenir un titre de séjour en Suisse. L'expert a aussi relevé que le recourant n'avait pas pu mener à bien ses études en Suisse, qu'il avait dû abandonner son activité indépendante du fait de ses problèmes somatiques, puis qu'il n'était plus parvenu à retrouver un emploi, ce qui avait engendré beaucoup de frustration. Il a aussi fait état de difficultés financières (dépendance à l'aide sociale et dettes à hauteur de Fr. 25'000.-; dos. AI 81.1/38), qui avaient en particulier empêché l'épouse du recourant de pouvoir le retrouver en Suisse. La crise due à la pandémie de la COVID-19 a aussi été évoquée, ayant également affecté l'assuré, qui était persuadé qu'il allait mourir s'il tombait malade et évitait de sortir de chez lui (dos. AI 81.1/10). L'expert a en outre retenu le diagnostic de trouble dépressif après avoir discuté de celui de dysthymie, en indiquant qu'il pouvait être retenu à titre de diagnostic différentiel, dans la mesure où l'état psychique du recourant était changeant et qu'il était apparu en raison d'événements psychosociaux difficiles et cela tardivement, entre les 30/50 ans du recourant (dos. AI 81.1/26). De surcroît, l'expert a également discuté et exclu de façon convaincante le diagnostic de trouble de l'adaptation. Pour ce faire, il s'est à nouveau basé de manière probante sur la CIM-10 et a écrit que le recourant était atteint par des facteurs de stress multiples et durables (ou sans cesse renouvelés), qui l'avaient conduit à mobiliser tous ses mécanismes de défense et à affaiblir ses

ressources, de sorte que les symptômes étaient devenus chroniques. L'expert en a conclu que les critères (temporels) de diagnostic d'un trouble de l'adaptation étaient ainsi dépassés (comme l'avait déjà indiqué le SMR en ce sens, voir dos. AI 54/3).

**6.3.2** De même, on comprend facilement que l'expert a posé le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité, après avoir constaté que l'intéressé se plaignait d'avoir toujours été traité injustement (par les institutions de son pays, les organes des assurances sociales suisses, ainsi que ceux de l'aide sociale) et qu'il se projetait presque en permanence dans un rôle de victime, s'attendant à une grande reconnaissance de ses souffrances. Il a aussi avancé que l'intéressé avait tendance à employer des mécanismes de défense principalement immatures (dos. AI 81.1/28) et lui avait confié qu'il évitait la compagnie, puisqu'il ne supportait que difficilement les autres et avait tendance à se montrer désagréable et irritable, se sentant menacé et persécuté (dos. AI 81.1/11). Cependant, l'expert a précisé qu'il n'avait pas observé de traits agoraphobes ou sociophobes (dos. AI 81.1/20). En outre, il a signifié que l'assuré se réveillait parfois la nuit, en pensant avoir entendu frapper à la porte, en apercevant des ombres ou encore en voyant et en entendant parler sa grand-mère (dos. AI 81.1/24). Toutefois, l'expert a insisté sur le fait que les phénomènes psychotiques allégués n'étaient que des pseudo-hallucinations qui n'étaient pas objectivables (dos. AI 81.1/20), qu'elles n'avaient jamais déterminé les actions de l'intéressé et qu'elles étaient au contraire instrumentalisées par celui-ci (dos. AI 81.1/34). L'expert a du reste admis le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité après avoir exclu celui de trouble de la personnalité. Pour fonder ce diagnostic, il a expliqué que le recourant disposait de bonnes ressources, puisqu'il avait pu suivre sa scolarité normalement, et que, bon élève, il avait obtenu un baccalauréat dans son pays d'origine, puis une maturité en Suisse, avant d'étudier trois ans à l'université. Il a aussi mis en exergue que le recourant avait été en mesure de constituer sa propre entreprise. Il a encore ajouté que la psychiatre et psychothérapeute traitante n'avait jamais retenu, ni même envisagé ce dernier diagnostic, même à titre différentiel (dos. AI 81.1/28 et 81.1/32).

**6.3.3** Quant à la gravité et aux restrictions fonctionnelles, l'expert a estimé que l'énergie vitale était conservée (avec des mimiques et une gestuelle très vive), que la motricité était normale, qu'il n'y avait pas (ou en tout cas plus) de comportement suicidaire et que l'atteinte dépressive était globalement légère à moyenne. Ce raisonnement est crédible, puisqu'il repose sur les diagnostics retenus. En outre, il a été exprimé sur la base de l'impression clinique et de tests standardisés (dos. AI 81.1/19 s), de même qu'après avoir souligné que l'humeur était tout au plus légèrement déprimée. Il a ainsi expliqué de façon convaincante que les symptômes psychiques affectaient la résistance et la performance du recourant, qui se fatiguait plus rapidement et présentait une capacité de concentration légèrement réduite (dos. AI 81.1/31). A cet égard, il a ajouté que cette conclusion s'imposait d'autant plus que les examens de laboratoire avaient révélé que l'assuré ne prenait aucun antidépresseur, ni aucun neuroleptique. L'expert a par ailleurs indiqué que le diagnostic d'accentuation de certains traits de la personnalité n'avait pas valeur de maladie et que ces derniers pourraient être contrôlés volontairement. L'expert a cependant précisé que cette atteinte avait néanmoins pu contribuer à la constitution de l'état psychique et à l'évolution vers une chronicité des symptômes (dos. AI 81.1/29). Ce faisant, en tant que l'expert a retenu qu'un emploi simple, calme et bien structuré était adapté et que, dans une telle activité, le recourant était en mesure de travailler à 80% depuis au moins l'année 2013 (année de la prise en charge psychiatrique; voir dos. AI 81.1/35 et 81.1/49), il a donc formulé des conclusions logiques et convaincantes. Celles-ci correspondent du reste grandement à l'avis que la psychiatre et psychothérapeute traitante avait formulé dans son rapport du 15 janvier 2019 (voir c. 5.3.4 in fine). Par conséquent, on ne voit rien à redire à l'expertise psychiatrique du 5 janvier 2021, à laquelle il faut donc accorder une pleine valeur probante.

**6.4** En particulier, même si le recourant avance que l'expertise est incohérente et qu'elle est truffée d'inexactitudes graves, cet argument ne résiste pas à l'examen. En effet, le recourant soutient qu'il n'a jamais déclaré se sentir maltraité par l'intimé et par les organes de l'aide sociale. Il ajoute qu'il n'a pas non plus affirmé ne pas accepter une décision lui refusant une rente, ni avoir été malmené par ses enseignants durant sa scolarité, ou encore avoir séjourné pendant cinq ans dans des centres d'accueil. Or,

même s'il fallait suivre le recourant, on ne voit de toute manière pas en quoi ces différents éléments pourraient impacter le résultat de l'expertise psychiatrique. Cela vaut aussi, s'agissant de l'inexactitude dont l'intéressé se prévaut quant à la date de son opération gastrique, relevée par l'expert (dos. AI 81.1/10), à propos des explications sur le parcours scolaire et sur les modalités de l'arrivée au centre d'expertise. C'est également en vain que le recourant conteste le montant de son salaire de transporteur, l'expert n'ayant fait que reprendre les chiffres émanant de l'expertisé (dos. AI 28/6). Le non-respect du traitement médicamenteux est quant à lui étayé par des résultats de laboratoire. Enfin, lorsque le recourant fait encore référence à son manque de sommeil, à ses hallucinations et tentatives de suicide, il omet que ces aspects n'ont pas échappé à l'expert (dos. AI 81.1/19 et 81.1/21). Partant, les affirmations du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause la force probante de l'expertise. Cette conclusion s'impose d'autant plus que si le recourant laisse entendre que le rapport d'expertise ne restitue pas fidèlement ses propos, rien au dossier ne permet de corroborer une telle thèse. De plus, ce point de vue se heurte au fait que le rapport souligne expressément que l'entretien a été mené en français et que la communication n'a posé aucun problème (dos. AI 81.1/19).

## **7.**

Dans la décision entreprise, l'intimé a retenu que la situation n'avait pas changé depuis la décision du 12 juin 2019, puisque l'expertise n'ait toute invalidité (de sorte que même des mesures professionnelles ne pouvaient être accordées). L'expertise conclut toutefois à une incapacité de travail de 20% dans une activité adaptée. Il faut en déduire que l'intimé s'est écarté de cette appréciation pour des motifs juridiques, celui-ci évoquant d'ailleurs une évaluation différente d'une situation inchangée. Reste ainsi à examiner si ce raisonnement peut être confirmé.

**7.1** Une atteinte à la santé 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 (voir art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

**7.2** En l'espèce, l'expert a répété à plusieurs reprises que le recourant présentait une nette tendance à l'exagération (dos. AI 81.1/30 s.). Il ressort en effet du rapport du 5 janvier 2021 que le recourant a insisté en permanence sur le fait qu'il allait très mal depuis des années et qu'il était épuisé, anxieux, privé de joie et d'énergie, au point de ne plus pouvoir faire quoi que ce soit. Cependant, l'expert a noté que l'assuré était manifestement capable, en faisant preuve d'un effort de volonté nécessaire, de conserver une structure quotidienne, notamment de sortir de chez lui, de faire ses courses et d'avoir des contacts sociaux (dos. AI 81.1/32). Il a aussi observé que la psychomotricité était préservée, avec des mimiques et une gestuelle très vives, parfois même un peu théâtrales (dos. AI 81.1/20). En outre, il a signalé que les phénomènes psychotiques allégués par l'intéressé étaient

clairement instrumentalisés et que celui-ci avait une tendance certaine et même très prononcée à la dramatisation, ainsi qu'à l'ostentation (dos. AI 81.1/30). Par conséquent, force est d'admettre que l'expertise met en évidence un comportement d'exagération, si bien que l'examen au premier niveau (voir c. 7.1) aboutit d'emblée à la conclusion qu'il existe un motif d'exclusion. Quoi qu'il en soit, même si tel n'était pas le cas, il faudrait alors constater que l'expert a aussi énuméré les facteurs de contrainte (à savoir les problèmes gastriques, de poids et de vue, les troubles du sommeil, les difficultés professionnelles et financières empêchant notamment de vivre une vie de couple en Suisse, l'angoisse face à la pandémie, la conviction d'être incapable de travailler depuis longtemps et de ne plus pouvoir compter que sur une rente de l'AI, de même que la diminution de la concentration, des performances et de la résistance). Il les a par ailleurs mis en balance avec les ressources du recourant, c'est-à-dire que celui-ci peut en particulier compter sur le soutien de ses parents, de sa sœur et de son épouse (qu'il appelle fréquemment), qu'il bénéficie d'une intelligence et de facultés qui lui ont permis d'étudier et de créer sa propre entreprise, qu'il est en mesure de faire les courses et d'emprunter les transports en commun, présentant aussi une grande motivation pour retrouver du travail et ayant le contact facile, de même qu'aucune difficulté à accepter de l'aide ou à en demander. De surcroît, l'absence de gravité de l'atteinte, retenue par l'expert, a aussi été évaluée en tenant compte des tâches assumées par le recourant (à savoir notamment se préparer à manger, regarder la télévision, surfer sur internet ou lire). Aussi, même s'il prétend, dans son recours, qu'il souhaitait surtout bénéficier de mesures professionnelles (alors que l'expert a signalé qu'il était fixé sur son désir d'obtenir une rente), on ne saurait ignorer que le recourant a également rapporté à l'expert qu'il ne se sentait quasiment pas capable de participer à de telles mesures (dos. AI 81.1/12). Or, la renonciation à participer à des mesures de réadaptation constitue un indice sérieux d'atteinte non invalidante, selon la jurisprudence (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2). On peut ajouter que toutes les options thérapeutiques n'ont pas été épuisées (voir à cet égard: ATF 141 V 281 c. 4.4.2), puisque la compliance médicamenteuse est mauvaise et qu'une prise en charge en clinique de jour serait encore envisageable d'après l'expert (dos. AI 81.1/47). Ces éléments plaident cependant aussi à l'encontre d'un degré de gravité des atteintes psychiques. Enfin, l'examen de la cohérence vient encore appuyer ce

résultat, puisque, comme mentionné ci-avant, l'expert a révélé que le comportement du recourant était incohérent et exagéré, ce autant dans ses descriptions, que dans ses mimiques et ses gestuelles. Partant, même sans tenir compte des motifs d'exclusion, qui conduiraient déjà à nier l'existence d'une atteinte invalidante, il faudrait de toute manière admettre que l'appréciation des troubles invoqués par le recourant, d'après les indicateurs standards énoncés par la jurisprudence, conduiraient à un résultat semblable. Même si l'expertise admet une incapacité de travail de 20% dans une activité adaptée et qu'elle suggère d'organiser des mesures professionnelles, c'est dès lors à bon droit que l'intimé a nié la présence d'une atteinte invalidante et qu'il a rejeté la demande de prestations du 21 juin 2020.

## **8.**

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

**8.1** Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. En l'occurrence, tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**8.2** Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (limitée aux frais de procédure).

**8.2.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances et des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de chances de succès (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] et art. 61 LPGA en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

**8.2.2** En l'espèce, le recourant perçoit des prestations de l'aide sociale (voir les pièces jointes à sa requête d'assistance judiciaire). Il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle posée pour une dispense des frais judiciaires, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Partant, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

**8.2.3** Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au 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).