

**200.2022.288.AI**  
N° AVS  
BEP/EGC

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

**Jugement du 15 mars 2023**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges  
Ph. Berberat, 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 22 mars 2022



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1975, célibataire et sans enfant, sans activité lucrative, bénéficie de l'aide sociale depuis 2006. Par un formulaire du 27 novembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'AI auprès de l'Office AI Berne, en évoquant des dépressions chroniques présentes depuis 2005. Après avoir obtenu un rapport du médecin (interniste) traitant, accompagné de la documentation médicale en sa possession, puis consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure, l'Office AI Berne a diligenté une expertise en psychiatrie et psychothérapie. Il a alors ordonné le suivi d'un traitement psychiatrique (obligation de réduire le dommage) et alloué une mesure de formation professionnelle initiale du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 décembre 2015 dans une école de cinéma. Du fait de l'interruption de cette formation par l'assuré et nonobstant les objections de celui-ci, agissant par un avocat d'une association en faveur des personnes handicapées, contre des préorientations similaires de l'Office AI Berne, ce dernier a mis fin aux mesures professionnelles et au versement des indemnités journalières y afférentes. Les décisions rendues en ce sens par l'Office AI Berne les 12 octobre 2015 et 25 février 2016 ont été confirmées par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) dans un jugement du 25 septembre 2017 (VGE IV/2015/1002 et IV/2016/348), prononcé après que les procédures aient été jointes. Le recours de l'assuré contre ce jugement a été déclaré irrecevable par arrêt du Tribunal fédéral (TF) du 8 novembre 2017 (TF 8C\_762/2017). Suite à ce prononcé, l'Office AI Berne a nié tout droit à une rente par décision du 7 février 2018, rendue après une préorientation identique du 12 décembre 2017.

**B.**

Au moyen d'un formulaire du 7 septembre 2021 (reçu le lendemain par l'Office AI Berne), l'assuré a une nouvelle fois sollicité des prestations de l'AI (mesures professionnelles/rente). Il s'est alors prévalu d'une rechute

d'un syndrome post-traumatique en janvier 2020 et d'une dépression chronique. Le 22 septembre 2021, il a en outre indiqué avoir subi une contamination bactériologique, puis été victime d'une blessure au genou gauche. Il a ajouté qu'il souffrait également de fatigue chronique, de diarrhée chronique et de douleurs thoraciques chroniques, mais aussi de douleurs au genou gauche, au dos et à l'épaule gauche. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a actualisé le dossier médical en réunissant des rapports gastroentérologique, radiologique et orthopédique, de même que des écrits d'un centre pour la chirurgie du genou, d'un service des urgences d'un hôpital universitaire et d'un centre universitaire de médecine générale. Il a aussi recueilli des rapports du nouveau médecin (interniste) traitant, d'une spécialiste en psychiatrie/psychothérapie et d'un spécialiste en rhumatologie. En suivant l'avis du SMR, il a alors diligenté une expertise bidisciplinaire (en psychiatrie/psychothérapie et rhumatologie), dont les conclusions ont été rédigées le 1<sup>er</sup> février 2022. Sur ce fondement et par acte du 22 mars 2022, confirmant une préorientation identique du 7 février 2022, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations.

### **C.**

Par envoi du 9 mai 2022, l'assuré, défendu par un nouvel avocat, a porté le litige devant le TA, en concluant à l'annulation de la décision du 22 mars 2022 et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Dans le délai qui lui a été imparti par ordonnance du 11 mai 2022 pour compléter la requête d'assistance judiciaire déposée à l'appui de son recours, le recourant a fait savoir, le 1<sup>er</sup> juin 2022, qu'il la retirait. Cette requête a donc été radiée du rôle du TA par ordonnance du 2 juin 2022. Le recourant a alors produit de nouvelles pièces justificatives (PJ) le 23 juin 2022. De son côté, l'intimé a transmis sa réponse et a conclu au rejet du recours. Le 12 août 2022, le recourant a encore versé deux nouveaux rapports médicaux au dossier et annoncé qu'il renonçait à déposer une note d'honoraires. Dans sa duplique du 22 août 2022, l'intimé a maintenu ses conclusions. Le 3 novembre 2022, le recourant a encore remis de nouveaux documents.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 22 mars 2022 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 sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est en particulier critiquée la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> février 2022.

**1.2** Interjeté en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 38 al. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), 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 LPGA; 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de

la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

## **2.4**

**2.4.1** Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, 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 (ATF 130 V 64 c. 5.2.5). 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 LPGA (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) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – 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

omparaison 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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

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

### **3.**

**3.1** Dans sa décision, l'intimé a exclu tout droit à des prestations, en indiquant qu'aucun diagnostic présentant des répercussions sur la capacité de travail n'avait été retenu au terme de l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2022 et qu'il résultait de celle-ci que le recourant était en mesure d'assumer un emploi à 100%. Avec son mémoire de réponse, l'intimé a ajouté qu'il y avait par ailleurs lieu d'accorder une pleine valeur probante à cette expertise. En particulier, il a relevé que le rapport médical du 23 décembre 2021, produit par l'intéressé devant le TA, avait déjà été soumis aux experts et avait par conséquent été pris en considération par ceux-ci. En outre, l'intimé a

souligné que l'expert rhumatologue s'était prononcé sur la problématique des douleurs thoraciques et qu'il avait expliqué pourquoi d'autres investigations n'étaient pas indiquées en la matière. Enfin, en duplique, l'intimé s'est exprimé sur deux documents encore déposés par le recourant dans la présente procédure. Il a écrit que le premier ne faisait qu'attester d'un syndrome thoraco-vertébral alors que le second n'évoquait pas de diagnostic invalidant et ne préconisant aucun examen.

**3.2** Dans son recours du 9 mai 2022, le recourant déclare qu'il présente diverses atteintes à la santé et motive sa dernière demande de prestations par une péjoration de celles-ci. Il critique essentiellement les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> février 2022 et fait savoir que ce document est dénué de valeur probante. En premier lieu, il reproche à l'expert psychiatre/psychothérapeute de ne pas avoir retenu le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, au motif qu'il n'avait pas été confronté à un événement menaçant ou catastrophique. Le recourant rappelle pourtant qu'il avait été enlevé durant son enfance, puis circoncis sans anesthésie, circonstances que l'expert n'aurait pas discutées. Quant au volet rhumatologique, le recourant souligne que l'expert de cette discipline aurait dû effectuer des investigations au sujet de ses douleurs thoraciques, pourtant documentées au dossier mais ignorées par l'expert. Le recourant est aussi d'avis que, si cette question ne relevait pas du volet rhumatologique, celle-ci aurait dû être examinée d'un point de vue pneumologique. L'intéressé soutient ainsi que l'instruction de l'intimé a été lacunaire.

#### **4.**

En préambule, il faut relever que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du recourant du 7 septembre 2021. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors plutôt 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).

## **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 donc 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 écrits remis, le rapport du 4 juin 2022 (relatif à des résultats de laboratoire) et l'attestation du (nouveau) médecin interniste, du 8 août 2022, à propos du suivi chiropratique (du reste évoqué dans l'expertise de 2022, voir dossier [dos.] AI 245.4/1 et 245.4/12) d'un syndrome thoraco-vertébral et d'une réévaluation de cette atteinte, font suite à la décision attaquée et ne sont pas de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où celle-ci a été prononcée. Il en va de même du rapport d'un neuro-centre d'un hôpital universitaire, du 24 juin 2022, afférent à une consultation du 31 mai 2022, dont les résultats ne conduisent à aucun diagnostic neurologique et qui n'apportent pas d'élément qui devrait être discuté en lien avec le rapport du 23 décembre 2021 (voir c. 5.3.10) qui concerne cette même discipline médicale. Les rapports orthopédiques d'un cabinet médical des 29 août et 15 septembre 2022 se limitent eux-aussi à des faits postérieurs à la décision entreprise, à l'instar de l'attestation de prise en charge des coûts du 27 juillet 2022 et de l'attestation d'admission en ambulatoire. Enfin, les documents de 2009 (prescription de médicaments et rapport radiologique), précèdent la décision de refus de rente du 7 février 2016, entrée en force et dont la situation sur le plan médical ne peut plus être rediscutée. Quoi qu'il en soit, ces écrits se réfèrent au choc à la tête qui a été pris en compte dans le rapport précité du 23 décembre 2021. Ces pièces ne peuvent donc être examinées dans la présente procédure. Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

**5.2** La première décision de l'intimé ayant nié le droit aux prestations, du 7 février 2016, a surtout été fondée sur les conclusions de l'expertise du

21 octobre 2009, en psychiatrie et psychothérapie, sur le rapport du SMR du 3 novembre 2009, ainsi que sur l'écrit d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'une clinique, du 25 août 2010.

**5.2.1** A l'issue de son examen de 2009, l'expert avait posé le diagnostic de personnalité névrotique immature (ch. F60 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé), résultant de graves traumatismes physiques et psychiques dans la petite enfance et pendant tout le développement psychosocial, jusqu'à l'âge adulte. Il avait toutefois expliqué que l'intelligence du recourant était normale et bonne. En outre, il avait écrit que celui-ci ne souffrait que d'une déficience de l'estime et du contrôle de soi. Ainsi, il avait admis qu'il existait une incapacité de travail depuis 2005, mais avait précisé que le taux de celle-ci avait diminué depuis lors. Il avait également relaté qu'une activité professionnelle était conseillée, de même qu'une formation (puisque une structure journalière allait notamment être bénéfique), en sus d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Il avait estimé qu'à terme, un travail dans le domaine des services les plus simples serait exigible (dans le domaine de la restauration ou de la vente), à tout le moins d'ici les trois à six mois à venir (dos. AI 22/4 ss).

**5.2.2** Le 3 novembre 2009, le SMR avait confirmé le diagnostic de l'expert et retenu que l'atteinte à la santé était médicalement démontrée. Il avait admis l'existence d'une pathologie de longue durée, mais estimé qu'une amélioration était possible au moyen de mesures médicales dans une clinique psychiatrique, à raison d'une période de trois à six mois.

**5.2.3** Un spécialiste en psychiatrie/psychothérapie d'une clinique avait finalement retenu le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10) depuis la fin des années 1990, dans un rapport du 25 août 2010. Il avait expliqué que le recourant avait été admis en clinique psychiatrique du 3 mai au 29 juillet 2010, en vue d'une observation. Il avait alors relaté avoir subi un épisode traumatisant, durant lequel il avait assisté à la circoncision de son frère, puis dû subir le même traitement. Le spécialiste avait constaté que l'assuré présentait des troubles du sommeil, mais néanmoins relevé qu'il avait de bonnes ressources (fiabilité, capacité de concentration et de compréhension, aptitude à la planification et à

l'autonomie, motivation, flexibilité, communication, adaptation et créativité). Seule une tristesse, ainsi qu'un sentiment d'impuissance et de colère avaient été cités parmi les limitations fonctionnelles. Il avait ainsi été conclu que la capacité de travail était entièrement préservée (dos. AI 46/4 à 46/8).

**5.3** A réception de la demande de prestations du 7 septembre 2021, l'intimé a réuni les documents médicaux principaux suivants.

**5.3.1** Par écrit du 22 juin 2018, un centre de gastroentérologie a posé le diagnostic d'ulcère peptique récent du bulbe duodéal à *Helicobacter pylori*, avec déformation du pylore et traces d'ulcères anciens dans l'estomac et le pylore, ainsi que d'hernie hiatale axiale avec œsophagite par reflux du deuxième degré.

**5.3.2** Le 6 juin 2019, un spécialiste en orthopédie a posé le diagnostic de douleurs à l'épaule gauche, en présence d'une suspicion d'inflammation de l'insertion du tendon du sus-épineux et de tendinopathie du tendon du chef long du biceps. Une infiltration a été réalisée, ce qui a permis une diminution globale des douleurs. Une physiothérapie a alors été prescrite.

**5.3.3** En date du 19 mai 2021, un institut de radiologie d'une clinique a commenté les résultats d'une IRM réalisée la veille, du fait notamment de la suspicion d'une lésion des ménisques. Il a été constaté qu'il existait une lésion du ménisque externe et une déchirure superficielle préexistante de la partie intermédiaire du ménisque jusqu'à sa transition avec la corne antérieure. Une lésion centrale préexistante du cartilage dans la partie centro-latérale du fémur, avec un œdème sous-chondral du tibia a aussi été observée, ainsi qu'un épanchement réactionnel et un état connu après une plastie du ligament croisé antérieur en 1992. Il a enfin été relaté que le recourant présentait une chondropathie rotulienne en progression, en présence d'une légère chondropathie trochléaire inchangée 2019.

**5.3.4** Un chirurgien du genou a retenu le diagnostic de déchirure en anse de sceau du ménisque externe du genou gauche et celui de plastie du ligament croisé antérieur gauche, le 10 juin 2021. Il a écrit que le recourant s'était tordu le genou en soulevant un meuble et qu'il souffrait de douleurs et de gonflements depuis lors. Une opération a par conséquent été prévue (méniscectomie partielle avec excision du grand lambeau méniscal).

**5.3.5** Le 11 septembre 2021, un centre des urgences d'un hôpital universitaire a retenu les diagnostics de douleurs dans le côté gauche du thorax, vraisemblablement musculo-squelettique, ainsi que de dépression connue. Il a fait état de l'apparition/aggravation d'une sensation de pression douloureuse dans la partie gauche du thorax trois jours plus tôt.

**5.3.6** Par un rapport du 21 septembre 2021, un centre universitaire de médecine générale et de santé publique a posé le diagnostic de douleurs thoraciques. A titre de diagnostic différentiel, il a entre autres évoqué une origine pariétale thoracique/musculo-squelettique bien localisée et non oppressante, mais aussi une origine psychogène. Il a en outre indiqué que les douleurs étaient présentes depuis dix jours, sans facteurs déclenchant.

**5.3.7** Le spécialiste en psychiatrie/psychothérapie traitant s'est exprimé le 7 octobre 2021. Il a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en relevant que l'assuré souffrait de troubles du sommeil (cauchemars), avec humeur triste, anhédonie, apathie, flash-backs et avec un syndrome d'évitement. Il a signalé que le recourant souffrait également de symptômes de dissociations (état de conscience altéré, troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, ainsi que sentiments d'étrangeté). Il a ajouté que la capacité de travail était préservée sur le plan artistique et créatif, mais limitée sur le plan physique, le pronostic étant toutefois positif.

**5.3.8** Au moyen d'un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2021 rédigé à l'intention de l'intimé, le médecin traitant a retenu le diagnostic de syndrome douloureux myofascial dans la partie gauche du thorax. Il n'a toutefois attesté aucune incapacité de travail sur le plan somatique.

**5.3.9** Dans un rapport daté du 2 novembre 2021, le rhumatologue traitant a posé le diagnostic de syndrome myofascial récidivant du muscle grand pectoral gauche, avec une laxité articulaire constitutionnelle. Il a de plus conseillé une physiothérapie.

**5.3.10** Dans la présente procédure, le recourant a produit un rapport d'une spécialiste en psychologie et en neuropsychologie, du 23 décembre 2021. Celle-ci y a mentionné que le recourant présentait un dysfonctionnement exécutif et attentionnel léger à modéré. Elle a toutefois relevé que les performances étaient globalement dans la norme. Enfin, elle a indiqué que

cette symptomatologie s'inscrivait très vraisemblablement dans le cadre de la problématique thymique, une composante organique liée à un possible traumatisme crânio-cérébral en 2009 ne pouvant cependant être exclue.

**5.3.11** En suivant l'avis du SMR, du 8 novembre 2021, l'intimé a diligenté une expertise bidisciplinaire (en rhumatologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie), dont les conclusions ont été rédigées le 1<sup>er</sup> février 2022. Dans ce document, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. L'expert spécialisé en rhumatologie a posé les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) de status après une chirurgie du genou gauche, après une tendinopathie de l'épaule gauche stable, après une coloscopie avec résection de polypes stables (voir à ce propos dos. AI 14/11 ss), ainsi qu'après un Helicobacter guéri. L'expert psychiatre et psychothérapeute n'a quant à lui posé aucun diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Au terme de leur discussion consensuelle, ils ont conclu à une capacité de travail de 100% depuis toujours (hors des périodes de chirurgie du genou et de la tendinopathie de l'épaule, de quatre semaines au plus).

## **6.**

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> février 2022, sur laquelle la décision attaquée a été basée.

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

**6.2** En l'espèce, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts (dont les qualifications en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en rhumatologie ne sauraient être mises en doute) ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), de même que l'ensemble des documents pertinents produits (dos. AI 245.2/1-13, voir aussi dos. AI 254.4/10). En particulier, contrairement à ce que le recourant prétend, l'expert en rhumatologie a investigué les douleurs thoraciques, comme en attestent notamment la mention qui figure dans le chapitre "[e]ntretien" du volet de l'expertise qui le concerne (dos. AI 245.4 1/14), de même que la remarque concernant les diagnostics de syndrome d'hyperlaxité articulaire manifeste, rédigée dans le chapitre "[d]iscussion diagnostics" (dos. AI 245.4 11/14). Aussi, l'enlèvement de l'assuré par son père durant son enfance, de même que la circoncision religieuse opérée sans anesthésie, ont aussi été discutées dans l'expertise (dos. AI 245.3 1/6, 245.5 4/16, 245.5 5/16). Les résultats ont donc 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 résultant de la jurisprudence (voir c. 2.2).

### **6.3**

**6.3.1** Du point de vue matériel, il apparaît en premier lieu du volet rhumatologique de l'expertise, que l'expert de cette discipline a effectué un examen particulièrement détaillé du rachis, de même que des membres supérieurs et inférieurs (dos. AI 254.3/6-9). C'est donc de façon probante qu'il a relaté que la marche était fluide, que la mobilité spontanée était dépourvue de boiterie, l'assuré étant notamment parvenu à se déplacer sans l'aide d'un tiers de la salle d'attente à la salle d'examen. L'expert rhumatologue a aussi écrit de manière convaincante que les gestes de déshabillage, d'habillage et de soins corporels étaient réalisés de façon autonome et aisée (dos. AI 245.4/6 et 245.4/9). En particulier, l'expert a encore indiqué que l'examen de l'épaule gauche avait révélé que celle-ci

était stable (voir également en ce sens: dos. AI 245.4/1 in fine), avec une nette récupération de toutes les amplitudes. Ce constat s'impose d'autant plus que l'expert a déclaré que le recourant lui avait confié que, pour lui, sa situation était effectivement stable et que ses douleurs étaient pour l'heure stabilisées (voir dos. AI 245.4/1-2), hormis des douleurs lombaires toutefois résolutes après des séances de chiropraxie (dos. AI 245.4/12). S'agissant du genou gauche, l'expert a par ailleurs mentionné que le recourant lui avait également confié qu'il était stable (dos. AI 245.4/1). L'expert a même pris soin à cet égard de résumer le contenu de l'IRM du genou gauche réalisée le 18 (recte: 19) mai 2021 (voir c. 6.3.3). De surcroît, s'agissant du diagnostic de syndrome d'hyper-laxité articulaire manifeste, l'expert a pour sa part constaté une absence de laxité au niveau du poignet, si bien qu'il n'a pas retenu ce diagnostic. Il a cependant relevé que la laxité était légèrement présente au niveau des coudes (dos. AI 245.4/11). Ce faisant, les diagnostics de l'expert, soit (uniquement) un status post chirurgie du genou gauche, post tendinopathie de l'épaule gauche stable, post coloscopie avec résection de polypes stable ainsi que post Helicobacter guéri, sont cohérents au regard du dossier (dos. AI 245.4/2), de même qu'au vu des examens effectués au cours de l'expertise. Cela vaut d'autant plus que le recourant a déclaré qu'il effectuait ses courses et son ménage seul, y compris le rangement de la cuisine et de ses vêtements (dos. AI 245.4/4). De même, on ne saurait ignorer que l'expert n'a constaté aucun indice en faveur d'une fibromyalgie ou d'un rhumatisme inflammatoire (dos. AI 245.4/9). C'est enfin aussi de manière convaincante, soit sur la base d'examens, que celui-ci a également exclu toute atteinte neurologique (dos. AI 245.5/9). Enfin, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles évoquées par l'expert, soit l'exclusion du port répétitif de charges de plus de 5 kg ainsi que des mouvements de surcharge du rachis (dos. AI 245.3/1 et 245.4/13 s.), elles prennent en considération les douleurs articulaires dorsales rapportées par le recourant, mais également au niveau du fémur gauche (dos. AI 245.4/1). On ne saurait dès lors les remettre en question. On notera du reste que le recourant avait lui-même déclaré qu'il se sentait "un peu limite, notamment [lors du port] des charges lourdes" (dos. AI 245.4/2). Par conséquent, au vu de tout ce qui précède, on ne peut que souscrire au point de vue de l'expert rhumatologue, en tant que ce dernier a conclu que la capacité de travail du recourant était entièrement préservée

depuis toujours et ce pour toute activité respectant ces limitations, hormis au cours des périodes de chirurgie du genou et de tendinopathie de l'épaule (soit de quatre semaines au plus; dos. AI 245.4/12).

**6.3.2** En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, l'expert de cette discipline a lui-aussi procédé à un examen approfondi de l'assuré, sans toutefois retenir de diagnostic. Il a en particulier exclu celui d'état de stress post-traumatique de façon logique, en indiquant que l'assuré n'avait pas vécu une situation exceptionnellement menaçante ou catastrophique (un phénomène de guerre, d'accident grave, de mort violente, de terrorisme, de viol ou un autre crime). En effet, il a écrit que le recourant ne se plaignait pas de reviviscence mnésique (flash-back) ou de cauchemars, son sommeil étant décrit comme réparateur. L'expert a encore relaté de façon probante que le recourant se sentait plutôt coupable de ne pas avoir pris conscience de son enlèvement (dos. AI 245.4/4). Il a d'ailleurs ajouté qu'il n'avait pas retrouvé les traumatismes habituellement recherchés en pratique expertale (dos. AI 245.5/10) et rappelé qu'au regard de la CIM-10, un tel diagnostic évoluait en principe vers une guérison (dos. AI 245.5/11). En outre, l'expert a souligné que l'assuré n'avait pas rencontré de pédopsychiatre durant son adolescence, qu'il avait effectué sa scolarité normalement (dos. AI 245.5/3 à 5) et qu'il avait fonctionné correctement (dos. AI 245.5/11). Pour cette même raison, l'expert n'a d'ailleurs pas retenu le diagnostic de trouble spécifique de la personnalité, ce qui apparaît logique, d'autant plus que l'expert a mis en relief que l'assuré ne présentait pas d'immaturation affective, de distance relationnelle problématique, de fonctionnement noir-blanc ou d'aspect hostile (dos. AI 245.5/10). L'expert a aussi discuté du diagnostic d'épisode dépressif, en relatant de manière compréhensible que ce dernier était exclu, puisque le recourant ne présentait pas d'infléchissement thymique, qu'il conservait une capacité hédonique, de même qu'une modulation affective. Ce résultat est d'ailleurs d'autant plus crédible que l'expert a examiné cette question en lien avec huit critères relatifs à la dépression, sans qu'aucun d'entre eux ne soit réalisé. En particulier, l'expert a spécifié de manière cohérente que l'assuré avait de l'appétit, qu'il ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, qu'il ne présentait aucune diminution de l'intérêt/du plaisir, ni aucune idée suicidaire (dos. AI 245.5/2), qu'il avait des projets d'avenir

(être chauffeur de taxi ou exercer un métier dans le numérique; dos. AI 245.5/6 s.). De même, l'expert n'a constaté aucune labilité émotionnelle (dos. AI 245.5/10). On ne voit rien à redire non plus dans le fait que l'expert a nié le diagnostic d'anxiété généralisée, puisque l'assuré s'est dit ne pas être anxieux tous les jours (admettant quelques manifestations anxieuses ponctuelles mais inhérentes à sa situation), qu'il a affirmé ne pas prendre d'anxiolytiques et qu'il a confié ne pas avoir de crainte de mourir ou de devenir fou. De plus, l'expert n'a pas constaté de phénoménologie anxieuse (dos. AI 245.5/3). Partant, il n'y a rien à redire au fait que l'expert a exclu tout diagnostic psychiatrique.

**6.3.3** Du fait de ce résultat, on pourrait faire fi de la question de savoir si le volet psychiatrique de l'expertise s'avère également convaincant, à l'aune des indicateurs standards prévus par la jurisprudence (voir c. 2.2). Quoi qu'il en soit, si l'on devait néanmoins procéder à cet examen, force serait alors de constater que l'expert psychiatre n'a tout d'abord pas mis en relief d'incohérence ou de signe d'exagération (dos. AI 245.5/13). Il n'existerait donc pas de motif d'exclusion. En revanche, l'expert a démontré que l'atteinte était légère. Il a en effet signalé que le recourant se sentait "stable psychologiquement depuis 2019" et qu'il ne souffrait que d'une "fragilité" en hiver. Il a aussi relevé que l'assuré n'avait spontanément fait valoir aucune doléance psychiatrique (dos. AI 245.5/1) et qu'il se disait être "positif" (dos. AI 245.5/4). Le pronostic au sujet de la capacité de travail a du reste été jugé "excellent" (dos. AI 245.5/15). En outre, l'expert a souligné que l'assuré ne suivait aucun traitement psychopharmacologique (dos. AI 245.5/4 et 245.5/10). Il a ainsi conclu que l'examen psychiatrique se situait dans la norme, les difficultés anamnestiques et existentielles éprouvées par l'intéressé n'atteignant pas le seuil d'un trouble psychopathologique (dos. AI 245.5/10). Enfin, l'expert a mentionné les activités du recourant (natation, vélo, cinéma, voyages, séries et consultations sur internet; dos. AI 245.5/2 s.) et évoqué les tâches qu'il pouvait assumer seul (tâches ménagères et administratives, repas, courses, soutien à sa maman, conduite d'une voiture; dos. AI 245.5/6 s.). Il a aussi mis en balance ses nombreuses ressources (bonne concentration et estime intellectuelle, intelligence, ambition professionnelle, aptitudes de déduction et d'analyses, bonne compréhension linguistique) par rapport

aux facteurs de contrainte (perte d'estime de soi en raison de son poids et dépendance aux services sociaux essentiellement; voir dos. AI 245.5/14 s.). Cela étant, un examen des indicateurs standards ne ferait donc que confirmer l'absence d'atteinte psychique invalidante.

**6.4** En conclusion, force est donc de retenir que l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2022 est cohérente, convaincante et exempte de contradiction. Il convient par conséquent de lui reconnaître une pleine valeur probante.

**6.5** En particulier, le recourant se méprend lorsqu'il critique la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de 2022, en soutenant que l'expert psychiatre et psychothérapeute n'a pas exposé les motifs pour lesquelles il n'a pas admis le diagnostic de trouble de stress post-traumatique. C'est en effet à tort qu'il fait valoir que cet expert a retenu que l'intéressé n'avait pas vécu d'événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique, sans toutefois exposer les raisons pour lesquelles l'enlèvement, puis la circoncision sans anesthésie ne pourraient être considérés comme des situations perturbantes ou choquantes (p. 1 in fine s. du recours). En effet, comme relevé (voir c. 6.3.2), on comprend aisément de son rapport que l'expert a pris en compte le fait que, même si l'assuré se disait avoir développé un tel trouble (dos. AI 245.5/1), il ne répondrait pas aux critères permettant d'admettre une telle atteinte (voir c. 6.3.2). Autrement dit, l'expert ne s'est pas concentré sur la gravité de l'événement traumatisant, mais sur ses répercussions chez l'assuré (voir à ce sujet c. 2.2). L'expert a en outre mentionné de façon probante que, selon la CIM-10, ce diagnostic évoluait quoi qu'il en soit vers la guérison dans la plupart des cas (voir ch. F43.1 CIM-10, qui décrit du reste l'atteinte comme une "réaction différée ou prolongée à une situation/un événement stressant [...] exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus [...]). Le recourant ignore également qu'à mesure que l'expert a exclu des reviviscence (flash-backs), des cauchemars, un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement ou encore une anhédonie, celui-ci s'est expressément référé aux éléments mentionnés en tant qu'élément de diagnostic dans la CIM-10. Finalement, c'est également en vain que le recourant reproche à l'expert rhumatologue de ne pas avoir

investigé les douleurs thoraciques documentées au dossier. En effet, l'expert en a fait état lorsqu'il a rapporté les plaintes du recourant et il a même évoqué les rapports dans lesquels cette problématique avait été abordée. On comprend en outre de ses explications que l'expert a toutefois privilégié la thèse également défendue par le rhumatologue traitant, à savoir que les douleurs étaient d'origine musculaire (dos. AI 245.4/1). Cette conclusion ne saurait être remise en cause, au vu de l'examen personnel approfondi effectué par l'expert, mais aussi et surtout dans la mesure où l'expert s'est déterminé au sujet du diagnostic de syndrome d'hyperlaxité articulaire manifeste, mentionné par le rhumatologue traitant (dos. AI 245.4/11), comme évoqué (voir c. 6.3.1). Enfin, pour cette raison, on ne saurait non plus suivre l'avis du recourant, qui sous-entend que l'expertise aurait dû examiner cette atteinte sous l'angle pneumologique, aucun élément en ce sens ne permettant quoi qu'il en soit d'étayer ce point de vue et ne justifiant de remettre en cause l'appréciation de l'expert (voir aussi sur le choix des disciplines médicales: ATF 139 V 349 c. 3.2).

## 7.

Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> février 2022, que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé et qu'un droit aux prestations de l'AI ne pouvait par conséquent pas être reconnu. Le recours s'avère dès lors mal fondé et doit être rejeté.

**7.1** 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). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**7.2** Le recourant ne peut par ailleurs prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, art. 61 let. g LPGA, art. 104 al. 2 et 3, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

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

Le président:  
e.r.: C. Tissot, juge

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).