

**200.2022.325.AI**

N° AVS A. \_\_\_\_\_

ANP/EGC

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

**Jugement du 14 novembre 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges  
P. Annen-Etique, greffière

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

recourant

contre

**Office AI Berne**

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 22 avril 2022



## **En fait:**

### **A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1970, divorcé et père d'une fille née en 2006, est au bénéfice d'un diplôme de dessinateur en bâtiment acquis dans son pays d'origine. Il a émigré fin 1989/début 1990 en Suisse où il séjourne depuis lors (citoyenneté acquise en 1997), excepté de 1997 à 2004 où il a travaillé, puis s'est formé aux Etats-Unis comme technicien en informatique. En 2004, il a exercé en tant qu'indépendant comme informaticien, avant de déposer le bilan en juin 2013, après qu'il avait été victime d'une crise cardiaque en avril 2013 (voir dossier intime [dos. int.] 21/2-3; 33/1; 58/2). Il n'a plus repris le travail par la suite et perçoit des prestations au titre de l'aide sociale. En faisant mention de son affection cardiaque et d'un trouble psychiatrique (non spécifié), il s'est annoncé courant mai 2014 auprès de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'obtenir des mesures professionnelles et une rente.

### **B.**

L'Office AI Berne a recueilli l'avis des généraliste et psychiatre traitants de l'assuré et a mis en place un réentraînement au travail dont l'échec a entraîné la fin des mesures professionnelles. Une expertise psychiatrique et une enquête relative à l'activité indépendante ont été établies en novembre 2016 et avril 2017. Suite aux objections contre un préavis signifiant à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 mars 2016, l'office précité a ordonné une expertise bidisciplinaire (rédigée en mai 2018) et a rendu un nouveau préavis niant tout droit à une rente. Après avoir invité l'intéressé à se sevrer de certaines substances, il lui a préavisé le 14 mai 2019 son refus d'entrer en matière sur la demande AI et a statué le 26 juin 2019 en ce sens. Par jugement du 21 août 2020 (VGE IV/2019/572), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a annulé cette décision et a renvoyé le dossier à l'Office AI Berne en vue d'une instruction médicale complémentaire. Celui-ci s'est conséquemment enquis de l'évolution médicale auprès du

psychiatre traitant et du nouveau médecin généraliste de l'assuré. Sur recommandation de son service médical régional (SMR), il a ensuite ordonné une évaluation bidisciplinaire auprès d'un centre d'expertise médicale (rapport y relatif du 27 juillet 2021). Sur ces bases, il a adressé le 10 décembre 2021 un préavis à l'assuré lui signifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 janvier 2017. Après que l'assuré s'y fut opposé par courrier électronique du 1<sup>er</sup> février 2022, puis par l'entremise d'une mandataire professionnelle dans un courrier du 14 février 2022, l'Office AI Berne a formellement statué le 22 avril 2022 dans le sens annoncé dans son préavis.

### **C.**

En date du 23 mai 2022, l'assuré, agissant désormais seul, porte le litige devant le TA en indiquant contester la décision rendue le 22 avril 2022 par l'Office AI Berne. Invité par ordonnance judiciaire du 24 mai 2022 à préciser ses conclusions, le recourant spécifie dans un courrier du 2 juin 2022 à l'attention du Tribunal qu'il s'oppose à la limitation de sa rente et souhaite que celle-ci "continue à partir du 31 janvier 2017 à 100%". Le 3 juin 2022, il adresse en outre au TA une demande d'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2022 au recours, l'Office AI Berne conclut au rejet de celui-ci. Les parties ont encore répliqué et dupliqué les 21 et 25 juillet 2022.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 22 avril 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie au recourant une rente d'invalidité entière pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2014 au 31 janvier 2017. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et

sur l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, non limitée dans le temps.

**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, 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

**2.2** 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.

**2.3** Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI (ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2020 IV n° 70 c. 4.2.2).

**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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

**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** A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI Berne indique se rallier à l'expertise bidisciplinaire du 27 juillet 2021 qui, selon lui, "répond en tous points aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante". Se prononçant dans sa réponse sur un certificat médical du 19 mai 2022 du psychiatre traitant joint au recours, le même office relève que la péjoration psychique qui y est évoquée se réfère à une pathologie dont il avait déjà été fait état en 2015, si bien que les données ressortant de ce certificat médical ont été prises en compte dans l'expertise bidisciplinaire de 2021. L'intimé en conclut qu'il n'existe aucun élément médical nouveau susceptible de mettre en cause sa décision.

**3.2** Dans son recours et sa réplique, l'assuré conteste l'appréciation retenue par l'intimé et, *in fine* dès lors, la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de 2021. Il fait grief à l'Office AI Berne d'avoir cherché des moyens, telles ses prétendues addictions à l'alcool, au tabac et aux benzodiazépines, pour lui refuser une rente d'invalidité. Il allègue que des examens de laboratoire effectués en février 2021 ont révélé des valeurs négatives aux benzodiazépines et qu'un niveau d'alcool bas ressort d'un contrôle remontant à juin 2021. Il fait encore valoir à l'égard des organes de l'intimé que "leur excuse du manque de collaboration était infondée" et leur reproche "leur incapacité de gestion de ce dossier".

**3.3** En procédure de recours, l'assuré a notamment produit le certificat médical précité établi le 19 mai 2022 par son psychiatre traitant (c. 3.1 supra), de même qu'un autre certificat médical dressé en date du 23 mai 2022 par son médecin généraliste (dossier recourant [dos. rec.] 2 et 3). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références).

Au présent cas, les appréciations précitées sont certes postérieures à la décision attaquée. A mesure toutefois qu'elles permettent certaines déductions quant à la situation qui prévalait avant le prononcé de celle-ci, il y aura lieu d'en tenir compte dans l'appréciation des preuves (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4; voir c. 4.6 et 5.3 infra).

#### **4.**

Il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

**4.1** L'assuré a été victime le 10 avril 2013 d'un syndrome coronarien aigu sur maladie coronarienne ayant nécessité une prise en charge hospitalière. Ensuite de cet événement, il a été adressé par son généraliste traitant d'alors à un médecin psychiatre qui le suit régulièrement depuis fin août 2013. Dans son premier rapport AI rédigé le 2 juin 2014, ce spécialiste a fait état au sens de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10) et d'une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10). Il excluait alors toute capacité de travail dans la dernière activité indépendante exercée et chiffrait entre 70 et 100% la baisse de rendement encourue dans celle-ci. Au fil de ses appréciations ultérieures des 20 mai et 30 décembre 2015 à l'attention de l'AI, ce médecin a confirmé ses diagnostics et a nié toute évolution sur le plan psychique.

**4.2** Mandaté par l'intimé, un expert psychiatre a diagnostiqué de son côté dans un rapport d'expertise du 3 novembre 2016 une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) présente depuis 2013 et influençant la capacité de travail et, sans incidences sur celle-ci, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (ch. F32.00 CIM-10) remontant à 2013 également. Se prononçant sur la capacité de travail offerte dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré telle celle usuelle exercée, il a estimé que la capacité de travail avait été nulle du 10 avril 2013 au 14 décembre 2015, mais que celle-ci s'était ensuite progressivement améliorée à un taux de 70% à partir du 14 décembre 2015.

**4.3** Sur les conseils du SMR, une évaluation bidisciplinaire (psychiatrique/cardiologique) a ensuite eu lieu en mars 2018 auprès d'un centre d'expertise médicale. Dans leur rapport final livré le 9 mai 2018, les experts n'ont posé aucun diagnostic médical propre à influencer la capacité de travail. Sans répercussions sous l'angle de celle-ci, ils ont fait état d'une maladie hypertensive et coronarienne des vaisseaux (ch. I11.9 et I25.1 CIM-10) en présence d'un status après un syndrome coronarien aigu et de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires (dyslipidémie, hypertension artérielle, adiposité et consommation continue de tabac), d'un trouble anxio-dépressif (ch. F41.2 CIM-10), d'une dépendance aux benzodiazépines (ch. F13.25 CIM-10) et d'une dépendance suspectée à l'alcool (ch. F10.25 CIM-10). Dans leur évaluation de consensus, ils ont considéré que l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail dans les activités exercées jusqu'alors, ainsi que dans n'importe quel autre type d'emploi.

**4.4** Suite au renvoi du dossier prononcé le 21 août 2020 par le TA, l'office intimé a recueilli un nouveau rapport médical AI auprès du psychiatre traitant le recourant, lequel spécialiste a confirmé le 30 septembre 2020 ses précédents diagnostics et l'évolution stationnaire attestée jusqu'alors. Dans un rapport AI du 3 novembre 2020, le nouveau médecin généraliste de l'intéressé depuis juin 2019 a quant à lui relevé un syndrome dépressif (ch. F32 CIM-10) comme diagnostic influençant la capacité de travail et, sans retombées du point de vue de celle-ci, des antécédents d'une valvulopathie en l'état stable mais laissant subsister une légère fatigue. Il a alors exclu toute capacité résiduelle de travail.

**4.5** Suivant à nouveau les recommandations du SMR, l'intimé a ordonné une nouvelle évaluation bidisciplinaire (psychiatrique et cardiologique), qui s'est déroulée les 20 mai et 10 juin 2021 dans un centre d'expertise médicale. A l'appui de leur appréciation de consensus livrée le 27 juillet 2021, les experts désignés ont diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, une cardiopathie hypertensive et une maladie coronarienne des vaisseaux et, sans incidences sur les aptitudes de travail, une dépendance à faible dose aux benzodiazépines (ch. F13.24 CIM-10) et un trouble dépressif épisode actuel léger, en partie chronicisé (ch. F32.1

CIM-10), ou, à titre différentiel, une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10). Ils ont admis une capacité de rendement légèrement réduite en raison d'une hypertension artérielle et de la maladie cardiaque coronarienne, mais ont estimé que l'assuré ne subissait pas de limitation de sa capacité de travail dans une activité corporelle légère à moyennement lourde telle celle exercée en dernier lieu; ils ont par ailleurs exclu en l'état toute limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Retraçant l'évolution de la capacité de travail, ils ont jugé plausible que celle-ci ait été inexistante lors de la décompensation aiguë dépressive ayant fait suite à l'infarctus du myocarde survenu en avril 2013, mais ont postulé la récupération d'un pensum de travail de 70% au minimum depuis l'expertise psychiatrique réalisée en novembre 2016 et de 100% à compter des investigations bidisciplinaires de mars 2018.

**4.6** Dans son certificat médical du 19 mai 2022 produit à l'appui du recours, le psychiatre traitant de l'assuré a fait état d'un état anxieux dépressif moyen à grave présent depuis quatre ans sans amélioration ni rémission durables, ainsi que d'une péjoration des symptômes dépressifs remontant à environ deux ans. Il a attesté une capacité de travail résiduelle d'au maximum 30%. Pour sa part, le généraliste traitant du recourant a rapporté le 23 mai 2022 des problèmes de syndrome dépressif présent depuis des années, ainsi que des douleurs articulaires (début d'arthrose aux doigts des mains) et au niveau lombaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

## **5.**

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 27 juillet 2021 servant de fondement à la décision de l'intimé.

**5.1** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien

motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**5.2** En l'espèce et quant à leur forme, les rapports d'expertises unidisciplinaires qui sous-tendent l'appréciation consensuelle rendue le 27 juillet 2021 répondent aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 5.1 supra). Les qualifications des experts en médecine psychiatrique et cardiologique ne sauraient être mises en doute. Après avoir rappelé le contexte dans lequel ont eu lieu leurs investigations spécialisées, à savoir celui d'une évaluation médicale initiale par les organes de l'AI, les experts ont effectué une synthèse diagnostique des pièces médicales figurant au dossier et annexé celle-ci à leur rapport d'évaluation finale. Dans leurs expertises émergeant à leur spécialité, ils ont dressé un état minutieux des plaintes au terme d'une discussion ouverte, ledit relevé des plaintes ayant encore été affiné lors de l'évaluation psychiatrique par un questionnement du patient ciblé sur diverses thématiques (humeur, élan, angoisses, appétit, hobbies, situation professionnelle et médicale, consommation de substances toxiques); l'expert psychiatre a de plus établi une anamnèse systématique détaillée. Les examens cliniques des experts, qui se sont déroulés les 20 mai et 10 juin 2021, s'articulent ensuite autour de paramètres d'investigation précis et ont été complétés par des examens de laboratoire. Les résultats de ces observations consignés dans leurs rapports unidisciplinaires ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent par ailleurs tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière appréciation, les conclusions des experts apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. Bien plus, l'évaluation consensuelle qui referme leurs investigations en unifie les tenants dans une appréciation finale intégrative tant de l'évolution médicale que des facteurs de contrainte et du potentiel de compensation (ressources) susceptibles de restreindre ou d'amender la capacité de travail. Il a dès lors été tenu compte à cet égard de la grille d'évaluation normative et structurée développée par le Tribunal fédéral en cas de

troubles psychiques (voir à ce sujet ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Dans ce contexte, les experts ont en outre procédé à un contrôle de cohérence des plaintes, en l'occurrence mise en doute sous l'angle psychiatrique au moment de l'évaluation spécialisée *ad hoc*, mais pleinement reconnue quant à l'aspect cardiologique. N'en contredise le recourant, ce n'est nullement dès lors en raison de ses prétendues dépendances à des substances toxiques que la poursuite d'une rente lui a été refusée au-delà du 31 janvier 2017, ni parce qu'il aurait violé son obligation de collaborer. Dans le jugement IV/2019/572 du 21 août 2020, le Tribunal de céans a tout au contraire retenu que l'Office AI Berne n'était pas légitimé à ordonner à l'encontre de l'assuré un traitement de sevrage et à rendre une décision de non-entrée en matière en se référant à l'art. 43 al. 3 LPGA (violation de l'obligation de collaborer à l'instruction). Ladite autorité a de plus jugé qu'il incombait à l'intimé, conformément au principe de l'instruction, de clarifier préalablement s'il existait un syndrome de dépendance invalidant ou un trouble de la consommation de substances invalidant. Or, c'est précisément ce qu'a clarifié l'Office AI Berne en ordonnant l'expertise bidisciplinaire de 2021, au terme de laquelle il a été conclu à l'absence d'une telle problématique invalidante chez l'assuré et ainsi renoncé à l'ordonnance d'un sevrage. N'en contredise le recourant, son dossier a été dès lors correctement géré et instruit par l'intimé suite à l'annulation par le TA de la décision AI du 26 juin 2019.

**5.3** Sous l'angle de son contenu et contrairement à ce qui est allégué dans le recours, l'expertise bidisciplinaire de 2021, s'agissant de son volet psychiatrique, n'est pas contredite à suffisance de droit par le psychiatre traitant de l'assuré. Les conclusions de ce spécialiste à l'attention de l'AI sont en effet constantes depuis son suivi médical entamé fin août 2013, en ce sens que sont invariablement attestés à leur appui une anxiété généralisée et un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Seules les appréciations ponctuelles des 13 juin 2017 et 19 janvier 2018 de ce médecin à l'attention de la mandataire d'alors de son patient, de même que son dernier certificat médical du 19 mai 2022 joint au recours font état d'un état dépressif moyen à grave et évoquent une péjoration des symptômes dépressifs. Ces indications médicales doivent cependant être nuancées. D'emblée, on

relève en effet qu'en dépit d'un état dépressif qualifié de "moyen à grave", le psychiatre traitant a confirmé dans les trois certificats médicaux précités son diagnostic originel d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique (ch. F33.11 CIM-10). Entre les deux premiers certificats et son ultime appréciation à l'appui du recours, il a qui plus est corroboré dans un rapport AI du 30 septembre 2020 l'évolution médicale stationnaire observée par rapport à ses conclusions originelles au dossier. La péjoration sur le plan dépressif, décrite comme remontant à deux ans environ dans son certificat médical du 19 mai 2022, n'apparaît par ailleurs pas nouvelle et était déjà évoquée dans ceux des 13 juin 2017 et 19 janvier 2018, à l'appui desquels elle était alors indiquée comme présente "depuis environ 4 ans" (*sic*), c'est-à-dire, selon toute vraisemblance, depuis le suivi psychiatrique instauré fin août 2013 (dos. int. 63/18; 87/3). En réalité, le certificat médical du 19 mai 2022 constitue pratiquement un copier-coller des deux précédents certificats, sans que l'on puisse en inférer le moindre élément médical nouveau susceptible d'étayer une évolution sur le plan psychique. A l'appui de ces certificats médicaux et en accord avec son rapport AI initial de juin 2014 qui attestait d'une perte de rendement de 70 à 100%, le psychiatre traitant a d'ailleurs invariablement reconnu à son patient une capacité de travail résiduelle chiffrée à 30%. Il en découle que son appréciation telle que prise en compte jusqu'à son rapport AI du 30 septembre 2020 dans l'évaluation bidisciplinaire de 2021 n'avait nullement perdu de sa validité à la date de la décision contestée. Or, d'après l'expert psychiatre qui s'est prononcé en 2021 avec force cohérence sur cette appréciation, un trouble anxieux généralisé n'a pas lieu d'être diagnostiqué chez l'assuré en l'absence de toute entité malade propre, l'état d'agitation intérieure et de tension relevé à son examen s'expliquant bien plus par un syndrome dépressif et/ou une consommation régulière de benzodiazépines. Quant à la problématique dépressive, ce même expert expose de manière tout autant convaincante que celle-ci n'est pas propre à influencer la capacité de travail vu sa gravité légère lors de l'entretien et l'absence d'une adaptation de la médication thymoléptique intervenue au cours des huit dernières années de suivi psychiatrique. A défaut d'un caractère récurrent et épisodique documenté au dossier pour cette problématique, il a par ailleurs à raison exprimé ses doutes quant à la présence d'un tel trouble dépressif et a conséquemment évoqué d'autres

pistes diagnostiques telle celle d'une simple dysthymie. Or, l'appréciation de ce spécialiste relativisant la portée des diagnostics mis en évidence par le psychiatre traitant s'inscrit dans la continuité de l'évaluation bidisciplinaire de mai 2018 qui, elle aussi, niait la présence d'une affection invalidante sur ce plan médical (c. 4.3 supra). Enfin, on ne saurait perdre de vue qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille - qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste traitant - aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 143 V 130 c. 11.3.3 et la référence; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3).

**5.4** Partant, il y a lieu d'admettre le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire du 27 juillet 2021 à laquelle l'intimé s'est rallié. Cette conclusion vaut pour les aspects spécifiquement médicaux de cette expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; c. 5.2 supra). Leur évaluation dans son volet psychiatrique résiste par ailleurs à l'examen des indicateurs développés par le Tribunal fédéral en cas d'atteinte à la santé psychique. Conformément à cette pratique judiciaire, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en effet généralement pas d'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 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, 127 V 294 c. 5a; SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit toutefois 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). Au cas d'espèce, l'expert psychiatre n'a certes pas explicitement parlé d'incohérence ou

d'exagération des symptômes, mais a souligné la discordance parfois observée entre ses observations et les plaintes invoquées par le recourant, décrites par moments de manière sommaire, générale et stéréotypée (dos. int. 143.3/18-19 ch. 7.3; voir également à ce sujet l'indicateur "cohérence": ATF 141 V 281 c. 4.4). Même à supposer qu'un motif d'exclusion ne puisse être reconnu, l'examen des indicateurs conduirait quoi qu'il en soit à nier l'existence d'une atteinte invalidante chez l'assuré. En effet, s'agissant du degré de gravité fonctionnelle (voir le complexe "atteinte à la santé": ATF 141 V 281 c. 4.3.1), l'expert psychiatre a indiqué que l'atteinte dépressive était seulement légère et que la dépendance aux benzodiazépines ne portait que sur de faibles doses (dos. int. 143.3/13 ch. 6.2). Il a aussi expliqué que les fonctions représentées dans le test Mini-ICF-APP d'évaluation de l'impact des troubles psychiques n'apparaissaient pas chez l'expertisé à ce point restreintes qu'une incapacité de travail doive être retenue du point de vue psychiatrique (dos. int. 143.3/10-13 ch. 4.4). De plus, concernant le complexe "personnalité" et "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 s.), il a exclu toute comorbidité psychiatrique dans le sens d'un trouble de la personnalité, d'une accentuation de la personnalité ou d'une autre pathologie psychiatrique. Au titre des facteurs de contrainte, ce même expert a il est vrai évoqué un bénéfice pathologique tiré de la maladie et une perte de l'intégration sociale, mais a qualifié celle-ci de partielle seulement. S'agissant des ressources, il a certes précisé ne disposer que de peu d'informations étant donné que le recourant avait refusé d'aborder cette question. En tout état de cause, l'expert a néanmoins été en mesure de constater chez l'expertisé un niveau cognitif de départ suffisant, une formation de la volonté se situant dans la norme, une bonne contrôlabilité et, pour autant qu'évaluable, un réseau stable avec le noyau familial (les parents, les sœurs et quelques connaissances) (dos. int. 143.3/19 ch. 7.4). Les conclusions de cette évaluation spécialisée sont dès lors également probantes du point de vue juridique. Comme déjà relevé (c. 5.3 supra), il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation sur le plan psychique à la date de la décision contestée - en l'absence par ailleurs de toute péjoration étayée et même seulement alléguée sous l'angle somatique. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par l'autorité de céans. En conséquence, l'on retient de cette

évaluation bidisciplinaire que sous réserve d'une inaptitude à tout emploi du 10 avril 2013 à fin octobre 2016, la problématique cardiaque et la décompensation dépressive qui en a résulté se sont notablement améliorées à partir de novembre 2016 avec la récupération d'une capacité de travail de 70%, puis n'ont plus du tout entravé l'assuré dans un emploi adapté dès mars 2018.

**5.5** Rien ne justifie au surplus que l'on s'écarte de l'évaluation de l'incapacité de gain faite par les organes de l'AI et en tout cas incontestée du point de vue de la méthodologie de calcul. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité). Dans ce cas, le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas - la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 c. 2.2 et les références). En l'espèce, une activité corporelle légère à moyennement lourde telle celle exercée en dernier lieu a été jugée pleinement exigible lors de l'évaluation bidisciplinaire probante de 2021 et la capacité de travail dans cette activité de référence estimée à 0% du 10 avril 2013 à fin octobre 2016, à 70% de novembre 2016 à février 2018 et à 100% dès mars 2018 (voir c. 4.5 supra). L'exigibilité au sens de l'AI peut ainsi être déduite de l'incapacité de travail attestée par les experts, étant donné que cette dernière exprime non seulement un éventuel horaire réduit mais aussi une perte de rendement tenant compte des entraves pratiques dues au handicap. Un abattement supplémentaire, imputable à l'invalidité (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), ne se justifie pas. Le revenu avec handicap a donc à juste titre été estimé à 0% à compter du 10 avril 2013, à 70% dès novembre 2016 et à

100% à partir de mars 2018, de sorte que la capacité de gain suit les mêmes fluctuations de taux durant la période concernée. L'assuré avait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable au 10 avril 2014 (délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI). En tenant compte toutefois du délai de carence de six mois après le dépôt (tardif) en mai 2014 de la demande de rente AI (art. 29 al. 1 LAI) et de la prise d'effet reportée de trois mois de l'amélioration médicale constatée début novembre 2016 (art. 88a al. 1 RAI), il en résulte un droit à une rente entière d'invalidité qui n'a pu naître que le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et qui s'est éteint à compter du 1<sup>er</sup> février 2017 (degré d'invalidité de 30% dès cette date, puis de 0% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2018).

## **6.**

**6.1** Sur le vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

**6.2** Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Dans la mesure où c'est précisément ce que prévoit l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et que la présente procédure a trait à des prestations, le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-.

**6.3** Le recourant ne peut en outre prétendre au remboursement de ses dépens, ni à l'octroi d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 à 3 et 108 al. 3 LPJA).

**6.4** L'assuré a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais).

**6.4.1** 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 ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute

chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné(e) à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**6.4.2** En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande 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 à celle-ci, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête peut dès lors être admise et l'assuré mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

**6.4.3** Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisants (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 (dispense des frais de procédure) est admise.
3. Les frais de la présente 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. 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:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).