

200.2022.580.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 1^{er} mai 2023

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
P. Annen-Etique, greffière

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 25 août 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1979, célibataire sans enfant ni formation professionnelle certifiée, a exploité en tant qu'indépendant trois magasins de chanvre entre 1995 et 2005. Il est financièrement soutenu par les services sociaux de sa commune depuis le 1^{er} mai 2012. Par un formulaire daté du 26 mars 2021 (réceptionné le 29 mars 2021 par l'Office AI Berne), il s'est annoncé auprès de l'assurance-invalidité (AI) en vue de mesures professionnelles et d'une rente. A l'appui de sa demande de prestations, il a indiqué souffrir de "dépression importante, terreur nocturne, jambe paralysée", toutes trois problématiques décrites comme présentes depuis 2010.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est enquis de l'appréciation du médecin généraliste traitant et a examiné le droit à des mesures de réadaptation (droit nié par communication du 30 avril 2021, lesdites mesures n'étant pas jugées possibles en l'état). En suivant l'avis du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), il a ensuite ordonné une expertise psychiatrique, dont le rapport a été établi le 12 octobre 2021. En date du 5 novembre 2021, le même office a préavisé à l'intéressé le rejet de sa demande de prestations, motif pris de l'absence d'une atteinte invalidante à la santé. Suite aux objections de l'assuré, assisté d'un avocat, contre ce préavis, il a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, qui a été rédigée le 25 mai 2022. Selon une décision du 25 août 2022 confirmant un nouveau préavis du 13 juin 2022, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations de l'AI en l'absence, réaffirmée, d'une atteinte relevant de cette assurance.

C.

Par envoi du 26 septembre 2022, l'assuré, toujours représenté par le même mandataire professionnel, interjette recours devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision rendue le 25 août 2022 par l'Office AI Berne. Sous suite de frais et dépens, il conclut, hormis à l'assistance judiciaire, à l'annulation de cette décision et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un degré à dire de justice mais au minimum à une demi-rente, à compter du 1^{er} avril 2022, ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 12 octobre 2022, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. L'avocat de l'intéressé n'a pas fait usage de la possibilité accordée par le TA de présenter une note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 25 août 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations de l'assuré. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins à partir du 1^{er} avril 2022, de même que, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI,

RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 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 LPG; art. 80 let. c ch.1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

L'assuré fait tout d'abord valoir une violation de son droit d'être entendu.

2.1 Par ce premier grief de nature formelle et qu'il convient d'examiner à titre liminaire (ATF 141 V 495 c. 2.2 et les références), le recourant reproche à l'intimé d'avoir prononcé une décision "très peu, voire nullement motivée", ce qui le priverait de la possibilité de comprendre comment cette autorité est parvenue à une telle décision. De façon plus ciblée, il indique que l'intimé n'a pas exposé les raisons l'ayant amené à lui refuser des prestations de l'AI, ni les motifs pour lesquels cette autorité a écarté la seconde expertise psychiatrique ordonnée par ses soins (recours art. 3 p. 5 et 6). Ce faisant, l'intéressé invoque une violation de son droit d'être entendu, tel que prévu à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), par le fait que l'intimé n'aurait pas suffisamment étayé son prononcé litigieux.

2.2 D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur

lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2020 IV n° 57 c. 3.1.2). Le défaut de motivation de la décision attaquée peut être réparé si la partie recourante a la possibilité de présenter un mémoire complémentaire suite à l'exposé des motifs contenus dans la réponse de l'autorité cantonale précédente et s'il n'en résulte, pour elle, aucun inconvénient (ATF 107 la 1 c. 1).

2.3 Les réflexions qui ont guidé l'intimé dans son appréciation, même si elles sont exposées, il est vrai, de manière plutôt succincte, figurent dans la décision contestée. Ainsi parvient-on à déduire de celle-ci que l'intimé a eu recours à la pratique exposée dans l'arrêt du TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020, relative à l'appréciation du caractère invalidant de la dysthymie, en lien avec l'ancienne polytoxicomanie sevrée et l'addiction active au cannabis, à raison desquelles le second expert psychiatre a retenu une diminution de 50% de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. A l'aune du catalogue d'indicateurs applicable selon cette jurisprudence en cas de dysthymie, l'intimé est parvenu à la conclusion que les limitations fonctionnelles admises par l'expert n'étaient pas avérées à un degré de vraisemblance prépondérante. Ce faisant, il a nié l'existence chez le recourant d'une atteinte à la santé déterminante du point de vue de l'AI. A l'appui de sa décision litigieuse, l'intimé a en outre fait référence aux objections soulevées le 16 août 2022, contre son préavis du 13 juin 2022 et s'est prononcé à leur sujet en excluant la présence d'autres diagnostics psychiques susceptibles de concourir au caractère incapacitant de la dysthymie diagnostiquée. Quant au point de savoir si l'intimé est parvenu à cette conclusion à juste titre, il s'agit d'une question de fond qu'il y aura lieu d'examiner ci-après. De plus, ainsi que le démontre la motivation détaillée du recours, le contenu de la décision du 25 août 2022 a permis au recourant de se faire une idée de sa portée et de la contester efficacement. En témoigne, en effet, la teneur circonstanciée de son recours. La décision litigieuse comporte donc une motivation suffisante et le droit d'être entendu du recourant n'a, par conséquent, pas été violé.

3.

3.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). Au cas particulier, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle a été introduite la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assuré a déposé sa demande en mars 2021, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige.

3.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). 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 LPGGA).

3.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021; RO 2007 5129), 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.

3.4 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). Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité 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, 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 psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). 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 standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

3.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPG). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

4.

4.1 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'intimé reconnaît une entière valeur probante à la seconde expertise psychiatrique établie le 25 mai 2022. En revanche, il considère qu'il lui incombe d'apprécier à l'aune des critères juridiques déduits de la pratique du TF si une atteinte à la santé de nature à influencer de façon durable sur les aptitudes professionnelles de l'assuré est présente ou non. Au cas particulier, l'intimé est d'avis que, même associée à une ancienne polytoxicomanie sevrée et à une addiction active au cannabis, la dysthymie diagnostiquée chez le recourant n'induit aucune limitation de la capacité de travail. Il exclut par ailleurs la présence d'autres comorbidités psychiatriques propres à remettre en cause ce constat. Cela étant, il considère qu'à défaut d'une atteinte médicale invalidante au sens légal, le droit à des prestations de l'AI doit être nié.

4.2 Pour sa part, le recourant ne conteste pas le contenu de l'expertise psychiatrique du 25 mai 2022 qui, selon lui, "répond pleinement aux objectifs du mandat donné par [l'Office AI Berne] et explique de manière exhaustive tous les éléments et facteurs à prendre en compte ainsi que leur implication sur [sa] capacité de travail". Tout au contraire, il fait grief à l'intimé de s'être distancié de cette évaluation et d'avoir nié l'existence d'une atteinte invalidante à la santé, alors même que l'expertise en cause concluait à une diminution de 50% de sa capacité de travail. Il estime cette façon de procéder "tout à fait incompréhensible". Sous l'angle somatique, il reproche à l'intimé de ne pas avoir investigué la paralysie de la jambe, dont il s'est plaint auprès de l'expert psychiatre et ce alors même que ce dernier avait soulevé la nécessité d'investiguer cette problématique.

5.

Il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

5.1 Selon le dossier, le recourant présente une polytoxicomanie depuis ses 12 ans (atteints en 1991), d'abord limitée à la consommation de tabac et de cannabis, puis élargie au LSD de ses 12 à 30 ans, à la cocaïne dès 2003 (réduite à partir de 2005 et semble-t-il arrêtée avant 2011), à des champignons hallucinogènes jusqu'en 2008, aux amphétamines/MDMA (principe actif de l'Ecstasy) de ses 14 à 30 ans, ainsi qu'à l'héroïne de ses 14 à 41-42 ans. Sa consommation d'alcool fait quant à elle l'objet d'un usage modéré, voire d'une abstinence générale depuis toujours. Après plusieurs échecs de sevrage et une substitution à la méthadone introduite depuis plusieurs années, il est parvenu à ne plus toucher à l'héroïne depuis 2021, seule sa consommation de cannabis ayant toujours cours (dossier [dos.] AI 61.1/6; 94.1/9, 94.1/16 et 94.1/17).

5.2 Le recourant est suivi depuis 2005 par un médecin généraliste qui supervise sa médication. Hormis de la méthadone, celle-ci comportait au 9 juin 2021 du Valium, du Xanax, de la quétiapine et du Seretide. L'assuré n'est pas pris en charge sur le plan psychiatrique depuis plusieurs années (dos. AI 94.1/17). Dans son rapport AI établi à la date précitée, son généraliste traitant a fait état d'une réduction progressive de la médication

prescrite au fil de son suivi thérapeutique. Dès lors que l'intéressé est assisté financièrement depuis des années par les services sociaux, ce médecin a estimé très difficile d'évaluer dans quelle mesure une intégration dans le processus professionnel représentait une option réaliste. Selon lui, rien ne s'opposait "théoriquement" à une telle entreprise et il ne voyait par ailleurs "aucune raison médicale valable d'accorder une rente!" (citations reprises de la traduction française du rapport médical originel rédigé en allemand). Il a toutefois recommandé à l'intimé d'ordonner une expertise médicale, qu'il a jugée être le seul moyen d'obtenir une vision d'ensemble qui rende justice à son patient (dos. AI 43/4 ch. 2.3 et 43/6 ch. 5).

5.3 Une première expertise psychiatrique a été ordonnée par l'intimé sur les conseils d'un psychologue du SMR. Il est ressorti de cette évaluation spécialisée, dont les résultats ont été consignés dans un rapport du 12 octobre 2021, le diagnostic, au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'un trouble anxieux modéré (ch. F41.1 CIM-10) impactant la capacité de travail et, sans influence sous l'angle de cette dernière, les diagnostics d'un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de tabac/cannabis/opiacés avec intoxication aiguë et dépendance (ch. F19.01/.24 CIM-10), ainsi que d'une clinique spécifiquement nocturne d'un trouble de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10). Au vu des médications reçues et de l'insuffisance des psychopathologies identifiées, l'expert a considéré que l'assuré ne présentait pas une incapacité de travail probante du point de vue médical. Il a néanmoins assorti ses conclusions relatives à cette exigibilité professionnelle de certaines réserves, en faisant mention à cet égard de la motivation très faible de l'expertisé à travailler, ainsi que du fait que celui-ci avait été longtemps éloigné du marché libre du travail et des exigences de rendement y afférentes. Au final, l'expert indiquait faire siennes les conclusions du généraliste traitant (dos. AI 61.1/11-15).

5.4 Sur les recommandations à nouveau de son SMR, l'intimé a mis en œuvre une seconde expertise uni-disciplinaire auprès d'un médecin psychiatre. A la suite de son examen du 20 mai 2022, ce spécialiste a retenu, dans son rapport d'expertise du 25 mai 2022, la présence, au sens

de la CIM-10, de trois affections ayant selon lui des incidences sur la capacité de travail. Ainsi, il a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés avec syndrome de dépendance et suivi actuel d'un régime de maintenance ou de substitution (à la méthadone) sous surveillance (ch. F11.22 CIM-10), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation en continu de cannabis avec syndrome de dépendance (ch. F12.25 CIM-10), ainsi qu'une dysthymie prenant la forme d'un état sub-dépressif atténué (ch. F34.1 CIM-10). Il a en revanche exclu la présence d'affections psychiatriques n'influençant pas la capacité de travail (dos. AI 94.1/21-22). Sur la base de cette évaluation diagnostique, l'expert a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail et de rendement "théorique" de 50% dans une activité simple et répétitive, par exemple comme vendeur dans le domaine où il avait travaillé en dernier lieu. Préalablement à la reprise d'un emploi, il a recommandé une mesure de réentraînement au travail de six mois (dos. AI 94.1/36-37 et 94.1/41-43).

6.

Se pose la question de la force probante de l'expertise psychiatrique du 25 mai 2022 ayant servi de fondement à la décision de l'intimé.

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 Quant à sa forme, l'expertise psychiatrique discutée répond de prime abord aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.1). Ainsi, les qualifications de

l'expert en psychiatrie ne sauraient tout d'abord être mises en doute. Son évaluation spécialisée, précédée d'un rappel des circonstances à l'origine de la mise en œuvre de celle-ci, comporte une synthèse fouillée du dossier médical et asséurologique (dos. AI 94.1/2 à 94.1/13). Un état minutieux des plaintes a ensuite été livré, au terme d'un entretien de 3h05, retransmis à la fois des indications spontanées de l'expertisé et des données anamnestiques recueillies par l'expert lors d'un entretien approfondi (dos. AI 94.1/14-18). L'ensemble de ces éléments factuels contribue à ancrer cette évaluation spécialisée dans un contexte de vie aussi concret que possible. L'expert a ensuite consigné rigoureusement les constatations faites lors de son examen (status clinique) en rappelant le traitement actuel, puis a dressé un tableau diagnostique en conformité avec la CIM-10 (dos. AI 94.1/18-22). Lors de son évaluation médicale du cas, il a livré une analyse différentielle des diagnostics potentiellement concernés par la situation clinique et a veillé à apprécier à l'aune des indicateurs prévus par la jurisprudence du TF (voir c. 3.4) la portée invalidante des diagnostics retenus au final. Il s'est également prononcé dans ce contexte sur les appréciations diagnostiques divergentes au dossier AI (dos. AI 94.1/22-42). D'un point de vue strictement formel, ses conclusions relatives à la capacité de travail apparaissent ensuite formulées dans un enchaînement logique, à l'instar de ses autres réponses aux questions de l'intimé (dos. AI 94.1/42-47).

6.3 Sous l'angle de son contenu, cette même expertise psychiatrique ne convainc en revanche guère. Plusieurs approximations, voire incohérences, sont en effet à relever dans sa teneur.

6.3.1 Du point de vue diagnostique, l'on constate tout d'abord que l'expert a admis la présence de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, en précisant que ce diagnostic était présent depuis le début des années 1990 en raison d'une dépendance active à l'héroïne, puis à compter de 2012 sous sa forme actuelle substituée à la méthadone, sans rechute depuis 12 à 14 mois (à savoir depuis mars à mai 2021 au moment de l'établissement du rapport d'expertise). Si ce diagnostic ne prête en soi pas à discussion, on peine en revanche à comprendre la portée invalidante que l'expert lui reconnaît, à l'inverse de son confrère

psychiatre précédemment mandaté. Ainsi que le souligne lui-même le second expert psychiatre, cette ancienne dépendance à l'héroïne, à l'instar des autres dépendances jadis admises ou toujours actuelles (cannabis), n'a en effet jamais altéré les ressources cognitives et émotionnelles de l'assuré, "qui arrive à se projeter dans l'avenir, malgré sa dysthymie, et qui par le passé a démontré de manière claire d'être [sic] capable de gagner de fortes sommes d'argent avec des activités qui ne sont pas forcément clairement illégales, mais plutôt à la limite de la légalité" (dos. AI 94.1/21). Comme déjà relevé, cette dépendance aux opiacés est de surcroît substituée en l'état, ce qui, de prime abord, devrait permettre de conclure à des aptitudes de travail en grande partie préservées chez l'intéressé. L'expert parle, il est vrai, d'une fragilité constitutionnelle chez ce dernier qui a provoqué, depuis son plus jeune âge, des passages à l'acte addictifs, d'abord sporadiques et récréatifs, puis répétitifs et chroniques "jusqu'à déboucher vers une vraie « toxicomanie », qui l'a accompagné toute sa vie, par vagues (...)". Un véritable trouble de la personnalité de nature à entamer les chances de réinsertion professionnelle n'a cependant pas été retenu par cet expert (dos. AI 94.1/30, 94.1/35 et 94.1/37). Invité à clarifier à l'intention de l'intimé si la capacité de travail pouvait être améliorée par une abstinence aux substances addictives, ce même expert a par ailleurs admis qu'en dehors du cannabis, "l'assuré est abstinente à toute autre substance qui serait censé [sic] avoir un impact, je parle de drogues dures" (dos. AI 94.1/46). En ces termes choisis, il semble ainsi dénier toute portée invalidante à l'ancienne dépendance aux opiacés, ce qui contredit ses conclusions (voir dos. AI 94.1/42, où l'expert signale que la capacité de travail est réduite notamment "en raison [des] antécédents de consommations de drogues dures") et requiert donc des éclaircissements de sa part.

6.3.2 Dans cette continuité, il y a également lieu de relativiser les répercussions du point de vue professionnel, certifiées par le second expert psychiatre, du diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. Certes, à l'inverse des opiacés, le recourant est actuellement toujours dépendant de cette substance dont l'imprégnation engendre, selon l'expert, un syndrome amotivationnel influençant la capacité de travail. La réalité de ce syndrome amotivationnel apparaît

d'emblée toutefois incertaine, à mesure que l'expert précise à son propos qu'il est difficile d'attribuer au petit dosage de méthadone ou à la dysthymie l'état régressif observé et n'impute ce dernier que "plutôt éventuellement" à la dépendance au cannabis (dos. AI 94.1/21). Plus loin, l'expert parle d'un "probable syndrome amotivationnel" et avance que l'imprégnation au cannabis est "probablement responsable de [l']attitude régressive et aboulique" observée chez l'assuré (adverbe "probablement" mis en caractère gras dans le texte d'origine; dos. AI 94.1/28 et 94.1/44). En d'autres termes, le syndrome amotivationnel (controversé du reste en médecine; dos. AI 94.1/29) corrélé par l'expert à la dépendance au cannabis et dont est inférée par celui-ci une limitation de la capacité de travail, n'apparaît pas établi au dossier au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, applicable en droit des assurances sociales (ATF 143 V 168 c. 5.2.2). Les indications de l'expert ne sont en outre pas constantes quant à l'importance même que revêt l'addiction au cannabis sous l'angle médical et en regard des exigences professionnelles. Dans son évaluation médico-asséculo-logique, ce spécialiste décrit tout d'abord cette addiction comme "ayant probablement une certaine influence sur la capacité de travail et sur la capacité de gain" (dos. AI 94.1/28). Il affirme ensuite qu'en dépit d'une fragilité propre à empêcher un arrêt spontané de la consommation de cannabis, "cette dernière n'est pas autant sévère à avoir un impact néfaste sur [la] capacité de travail résiduelle" (dos. AI 94.1/35). Or, en contradiction avec ce qui précède, il relève plus loin que: "ce qui prime actuellement dans le tableau clinique de l'assuré, est la présence d'un déconditionnement et d'un syndrome amotivationnel de claire origine addictive (addiction au cannabis)". De plus, alors même qu'il conclut à cet endroit à l'étiologie addictive indiscutable de ce syndrome, il réserve et recommande une quantification du cannabis en vue d'en vérifier l'importance réelle dans le tableau clinique (dos. AI 94.1/37). En fin d'expertise, il revient de surcroît à ses conclusions de départ en affirmant que la consommation de cannabis "ne [lui] semble pas être autant néfaste" et que "[la] simple addiction au cannabis n'est pas nécessairement contraignante par rapport à la capacité de travail au sens strict" (dos. AI 94.1/44 et 46). Sur ce point également, son appréciation appelle donc des précisions supplémentaires.

6.3.3 Pour clore le volet diagnostique de l'expertise, il appert enfin que la dysthymie également retenue au titre des affections influençant les aptitudes professionnelles de l'assuré soulève, elle aussi, certaines questions. Selon la jurisprudence, une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité (TF 9C_599/2019 du 24 août 2020 c. 5.1, 9C_585/2019 du 3 juin 2020 c. 4.1 [jurisprudence citée à l'appui de la décision contestée; voir c. 2.2 ci-dessus], à chaque fois avec les références). En l'occurrence cependant, même à considérer que les autres diagnostics invalidants posés par l'expert puissent être confirmés une fois comblées les incohérences évoquées ci-avant (voir c. 6.3.1 et 6.3.2), aucun d'entre eux ne semble en tout état de cause revêtir une gravité suffisante au sens exigé par la pratique du TF (voir en ce sens aussi TF 9C_585/2019 du 3 juin 2020 c. 4.2). La problématique de dépendance aux opiacés étayant le premier diagnostic est en effet substituée, alors que celle d'une addiction au cannabis retenue à l'appui du second porte selon l'expert (et sous réserve d'une quantification de celles-ci) sur des quantités somme toute limitées qui ne nécessitent en tout cas pas un sevrage. Pour le surplus, l'expert n'a fait mention d'aucun trouble de l'attention ni de la concentration pendant toute la durée de son entretien qui a duré près de trois heures sans interruption, au cours duquel l'assuré n'a par ailleurs pas non plus montré de signes de fatigue. Il a exclu la présence d'atteintes des registres psychotique ou maniaque, d'un trouble de la personnalité, de même que celle d'idées obsédantes ou de rituels de vérification (dos. AI 94.1/18 s.). Le même expert n'a pas davantage retenu l'existence d'une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) ni celle d'un stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10), tous deux diagnostics précédemment posés par son confrère psychiatre en 2021 (dos. AI 94.1/25 à 27). Sur le plan de la lignée dépressive, il a évoqué des réactions hypothymiques chez l'assuré, sans constater toutefois d'anhédonie. Il a par ailleurs nié l'existence d'idées de culpabilité ou de ruine, de ralentissement moteur, de trouble du langage, d'idéations thanatiques et de repli sur soi. Il a relevé que le sommeil était perturbé par des cauchemars (dos. AI 94.1/19). Sur ces bases, il a exclu un épisode dépressif même de degré léger, mais a admis une dysthymie qu'il a essentiellement motivée par une perte de confiance en soi et un

sentiment d'insuffisance, de même que par une incapacité à faire face aux responsabilités de la vie quotidienne (dos. AI 94.1/27). S'il n'y a pas lieu de mettre en cause ce diagnostic médical, les symptômes "très légers" relevés dans le contexte de cette maladie, qualifiée de surcroît de "résiduelle", semblent en revanche contredire la portée invalidante qui leur est reconnue par l'expert (dos. AI 94.1/27 in fine, 94.1/37 et 94.1/44). En tous les cas, celui-ci n'atteste, en lien avec cette dysthymie, que d'une "légère diminution de la capacité de travail" (dos. AI 94.1/28). Ce spécialiste motive en outre cette incapacité de travail par l'absence d'un traitement psychopharmacologique, alors même qu'eu égard à l'absence de gravité de la dysthymie, il considère que les conditions ne sont pas réunies pour prescrire un tel traitement (dos. AI 94.1/28 in fine, 94.1/35 et 94.1/43 s.). Ces contradictions ne permettent ainsi pas de se faire une idée suffisamment claire de cette maladie et de ses répercussions sur la capacité de travail de l'assuré.

6.3.4 L'évaluation globale des aptitudes professionnelles du recourant pose également problème. On peine d'emblée à comprendre la baisse significative de 50% attestée par l'expert dans celles-ci, vu les limitations fonctionnelles somme toute restreintes mises en évidence au terme de son examen. Son appréciation n'est pas non plus constante quant aux possibilités d'amender à terme la capacité de travail ainsi reconnue. Dans le cadre de son évaluation médicale, il considère que "cette capacité de travail qui pour le moment est encore théorique peut être améliorée par une période de reconditionnement progressif au travail d'une durée de 6 mois au maximum (...), mais cela bien entendu à la condition que l'assuré le souhaite puisque – [il] le répète – ne pas vouloir ne correspond pas à ne pas pouvoir" (dos. AI 94.1/37 in fine). Or, en contradiction avec ce qui précède, il retient plus loin, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, que l'intéressé "peut travailler à 50% sans diminution du rendement à ce taux en raison de ses antécédents de consommations de drogues dures (...) et d'un déconditionnement important tel qu'il est peu probable qu'il parvienne à présenter une [capacité de travail] définitive plus élevé que 50% en raison des [limitations fonctionnelles]" (dos. AI 94.1/42). Les tenants de son expertise laissent ensuite transparaître des éléments d'appréciation de prime abord étrangers à l'invalidité en tant que telle. Qui

plus est, ces éléments motivent pour une part non moindre les restrictions retenues du point de vue de la capacité de travail ("[m]ais, une fois encore, dans ce cas de figure, il est aussi nécessaire de faire le tri entre les limitations fonctionnelles dues aux atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles qui sont plutôt du registre extra-médical qui me semble ici prépondérant, comme semblait l'avoir d'ailleurs mis en évidence l'expert qui m'a précédé"; dos. AI 94.1/25). Au titre de ces facteurs extra-médicaux, l'expert énumère des facteurs financiers et sociaux (longue dépendance de l'aide sociale et dettes importantes), des plaintes subjectives et autolimitations, un déconditionnement ainsi qu'un éloignement du marché libre de l'économie depuis plus de 15 ans (dos. AI 94.1/36 in initio). Son approche intégrative de ces circonstances psychosociales interpelle à plus forte raison qu'il a lui-même reproché à ses confrères de "mélanger les facteurs médicaux avec les facteurs extra-médicaux, qui sont donc étrangers à l'atteinte à la santé" (dos. AI 94.1/23). S'il ne fait aucun doute que les conséquences négatives directes engendrées sur le plan fonctionnel par ces facteurs sociaux n'ont pas à être prises en considération, celles-ci n'ont toutefois pas à être évaluées au préalable, indépendamment des indicateurs. Les répercussions fonctionnelles des atteintes à la santé sont bien plus appréciées en tenant aussi compte des facteurs de contrainte psychosociaux et socioculturels qui influencent l'ampleur des répercussions d'une atteinte à la santé (SVR 2021 IV n° 47 c. 4.1). C'est par conséquent à la lumière des indicateurs (voir c. 3.4) qu'il conviendra d'examiner au final si la restriction de la capacité de travail retenue par l'expert convainc ou non, en veillant à intégrer dans cette appréciation le contexte psychosocial donné en l'espèce.

6.3.5 A ce stade, un tel examen des indicateurs s'avérerait cependant prématuré. Ainsi qu'exposé précédemment (voir c. 6.3.1 à 6.3.3), de nombreuses contradictions fragilisent le tableau clinique décrit par l'expert psychiatre, dont les conclusions ne peuvent être jugées cohérentes ni convaincantes. En premier lieu, il n'est pas clair de savoir si le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés induit réellement des limitations fonctionnelles de la capacité de travail. Les conclusions de l'expert, qui l'affirment de prime abord, ne s'inscrivent en effet pas dans la continuité de ses observations cliniques (dépendance à

l'héroïne substituée en l'état, non-altération des ressources cognitives et émotionnelles, absence d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10). Les mêmes incertitudes subsistent, en deuxième lieu, en ce qui concerne le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. Eu égard à cette pathologie encore active, on ignore en particulier si le syndrome amotivationnel décrit par l'expert doit véritablement être admis et, si tel est le cas, s'il impacte les efforts de volonté exigibles en vue d'une réinsertion professionnelle, de même qu'en relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, ou si ce syndrome n'est que l'expression d'un mode de vie singulier chez l'assuré, sans relevance du point de vue médical. En troisième lieu, les limitations fonctionnelles induites par la dysthymie demeurent peu claires à ce stade, à l'instar de la question de savoir si des comorbidités psychiatriques associées à cette maladie peuvent être reconnues. Enfin, au vu de ce qui précède mais aussi du fait que seules des limitations légères sont admises au terme de l'expertise, la restriction importante de la capacité de travail, retenue en définitive (50%), doit être éclaircie, en particulier s'agissant du rôle que revêtent dans ce contexte les facteurs psychosociaux évoqués par l'expert.

6.4 De surcroît, il convient encore de signaler que, même si cet aspect n'est mentionné qu'à la marge par l'expert psychiatre (à raison puisqu'il ne ressort pas à sa spécialité), une problématique douloureuse à une jambe a été évoquée auprès de ce spécialiste (dos. AI 94.1/16-17, 94.1/24, 94.1/34 et 94.1/45) et jugée digne d'investigations selon lui (dos. AI 94.1/45 in fine), mais n'est aucunement documentée au dossier AI. Lors de la première expertise psychiatrique réalisée les 28 août et 6 septembre 2021, l'assuré avait pourtant relaté que cette problématique avait été investiguée sur les plans neurologique et vasculaire et qu'il en était ressorti une affection sur ce second plan médical (dos. AI 61.1/5). En dépit de ces éléments en faveur de l'existence possible d'une atteinte à la santé somatique, l'intimé n'a ordonné aucun examen sous l'angle physique ni, à tout le moins, recueilli les éventuels rapports médicaux établis en lien avec cette problématique. Il s'ensuit que l'instruction s'avère également lacunaire sous l'angle somatique.

6.5 Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas non plus au Tribunal de se forger une opinion suffisante relativement aux atteintes potentiellement invalidantes à la santé psychique et somatique de l'assuré, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. Bien que jugeant théoriquement possible que l'intéressé réintègre à temps complet le premier marché de l'économie, le généraliste traitant a d'emblée recommandé en effet des investigations médicales complémentaires, ce qui atténue la portée de son appréciation déniait toute justification médicale à l'octroi d'une rente à son patient (voir c. 5.2). En ce qui concerne l'expertise psychiatrique du 12 octobre 2021 concluant à l'absence de toute incapacité de travail déterminante du point de vue médical, elle apparaît de son côté affaiblie par les nombreuses réserves qui contredisent cette affirmation, sous l'angle tout d'abord du pronostic qualifié de "passablement défavorable", puis sous celui des facteurs de contrainte étrangers à l'invalidité et qui la sous-tendent pourtant (manque de motivation, dépendance de l'aide sociale, long éloignement du marché du travail et des exigences de rendement y afférentes; voir c. 5.3; voir aussi dos. AI 61.1/11-15).

7.

Au vu de tout ce qui précède, il appert que l'état de fait médical a été insuffisamment éclairci pour permettre à l'intimé de statuer de manière sûre sur les droits litigieux. En rendant une décision en l'état du dossier, l'autorité précédente a ainsi violé le devoir d'instruction qui lui incombait au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir c. 3.5). Ce constat vaut sans conteste pour l'aspect somatique d'abord, totalement absent du dossier, dont il appartiendra à l'intimé de combler les carences d'instruction en rassemblant les rapports cas échéant disponibles quant à cet aspect ou en ordonnant une nouvelle consultation médicale. Sous l'angle psychique ensuite, les contradictions qui émaillent l'expertise psychiatrique du 25 mai 2022 nécessitent des éclaircissements ou explications supplémentaires de la part de l'expert. A cet effet, l'intimé fera compléter par ce dernier son expertise psychiatrique en l'invitant à lever les incohérences détaillées aux c. 6.3.1 à 6.3.5 ci-dessus. En possession de

bases médicales solides, il évaluera ensuite l'éventuelle invalidité de l'assuré en tenant compte de l'exigibilité professionnelle et rendra une nouvelle décision. On se trouve ici en présence d'une instruction lacunaire (expertise contradictoire dont les résultats sont insuffisamment motivés) qu'il convient de faire compléter par une prise de position tranchée sur des points déjà abordés par l'expert. Le renvoi à l'intimé pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par le recourant dans sa conclusion subsidiaire. Au cas particulier, une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'intéressé et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision présentement contestée.

8.

8.1 Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée du 25 août 2022 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

8.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Le recourant étant représenté par un mandataire professionnel, il a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). A défaut pour ledit mandataire d'avoir présenté sa note d'honoraires, ceux-ci sont fixés à un montant forfaitaire de Fr. 1'800.- (débours et TVA compris), le dossier étant peu volumineux et l'échange d'écritures limité au recours et à la réponse.

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

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé.
3. L'intimé versera au recourant la somme forfaitaire de Fr. 1'800.- (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:
e.r.: C. Wagnon-Berger

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).