

200.2022.751.AI
N° AVS
BOR/EGC

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

Jugement du 27 novembre 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
D. Borel, 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 7 novembre 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1979, célibataire et sans enfant, est au bénéfice d'une formation certifiée d'électronicien (CFC). Il a été employé en cette qualité de janvier 2004 à janvier 2010, puis a perçu des indemnités de l'assurance-chômage dès février 2010, avant d'être engagé en tant que technicien en gestion de données dans le domaine de l'horlogerie de septembre 2011 à juillet 2012. Le 9 novembre 2009, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une dépression. En date du 29 septembre 2010, l'Office AI Berne a rejeté la demande en se fondant sur une expertise psychiatrique, complétée par des renseignements obtenus auprès de l'assurance-chômage. Cette décision est entrée en force. Le 24 mars 2015, l'intéressé a demandé une deuxième fois des prestations de l'AI en invoquant la même atteinte. Par décision du 17 octobre 2016, l'Office AI Berne a nié tout droit à des prestations, pour le motif que l'assuré n'avait pas donné suite à ses convocations en vue de mesures de réinsertion.

B.

Le 17 juillet 2019, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. Il a invoqué cette fois-ci un trouble bipolaire sévère, en affirmant que son état de santé s'était dégradé depuis 2016. Après que l'assuré eût formulé des objections contre un préavis de décision de non-entrée en matière, l'Office AI Berne a requis une expertise psychiatrique, dont le rapport a été établi le 27 mars 2021. A la demande de son service médical régional (SMR), l'Office AI Berne a recueilli un complément à ce rapport d'expertise le 4 décembre 2021. Sur ce fondement, dans un préavis du 14 avril 2022, il a fait savoir qu'il entendait nier tout droit à des prestations. Nonobstant les griefs formulés par l'assuré les 25 avril et 2 juin 2022, l'Office AI Berne a statué dans le sens annoncé dans ce second préavis, au terme d'une décision du 7 novembre 2022.

C.

Par acte du 7 décembre 2022, l'assuré, assisté de son avocat, a porté le litige auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, il a conclu principalement à l'annulation de la décision de l'Office AI Berne du 7 novembre 2022 et à l'octroi d'une rente entière de l'AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. Dans son mémoire de réponse du 18 janvier 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'assuré a répliqué le 24 mars 2023, en persistant dans ses conclusions et en produisant un nouveau rapport médical. Son mandataire a produit une note d'honoraires le 30 janvier 2023, qui a été complétée le 6 avril 2023.

En droit:

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 7 novembre 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit du recourant à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de l'AI sous la forme d'une rente entière, subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé, afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. Le recourant critique en particulier la valeur probante du complément d'expertise du 4 décembre 2021.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et 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] et 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 TA 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1^{er} janvier 2022, le droit potentiel du recourant à une rente est pour sa part né antérieurement à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir VGE IV/2022/309 du 21 octobre 2022 c. 3).

2.2 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).

2.3 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 l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (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.

2.5 Lors d'une nouvelle demande, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les

faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 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). La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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

2.8 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus

retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 Sur la base du rapport d'expertise du 27 mars 2021 et de son complément, l'intimé a considéré qu'à défaut d'atteinte à la santé psychique invalidante, l'on pouvait exiger de l'intéressé qu'il exerce à plein temps une activité professionnelle adaptée à ses capacités. Par conséquent, en l'absence de perte de gain significative et durable, l'assuré n'avait pas droit à des prestations de l'AI.

3.2 Pour sa part, le recourant conteste essentiellement la valeur probante du complément d'expertise rédigé le 4 décembre 2021, dont il déplore le caractère sommaire et contradictoire au regard des conclusions du rapport d'expertise du 27 mars 2021. A cet égard, il souligne en particulier que la conclusion initiale de l'expert lui reconnaissant une totale incapacité de travail est fondée et cohérente avec les très nombreuses limitations psychiques que ce spécialiste a énumérées.

4.

A titre liminaire, il faut souligner qu'après réception de la troisième demande du recourant du 17 juillet 2019, puis de divers rapports émanant du département de santé mentale d'un hôpital, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique. Il est donc entré en matière sur la nouvelle demande, si bien que ce point n'a plus à être examiné par le TA (ATF 109 V 108 c. 2b). L'examen du cas d'espèce porte ainsi sur la question de savoir si une modification des circonstances susceptible d'influencer le droit à la rente s'est produite entre le 29 septembre 2010, date de la dernière décision entrée en force que l'intimé a rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 7 novembre 2022, date du prononcé contesté. Dans celui-ci, l'intimé a implicitement nié une telle modification, puisqu'il a déduit de l'expertise et de son complément que le

recourant ne présentait aucune atteinte à la santé de nature invalidante, à l'instar de ce qui était déjà le cas en 2010. On relèvera encore ici que la décision du 17 octobre 2016 n'a pas d'incidence en l'espèce, dès lors qu'elle ne constitue pas une décision contenant un examen matériel du droit, l'Office AI Berne s'étant limité à clôturer le dossier du recourant, sans autre examen, faute de collaboration de celui-ci.

5.

5.1 Pour rendre sa première décision matérielle du 29 septembre 2010 niant le droit à une rente (incapacité de travail de 100% subie par l'assuré du 13 mai 2009 au 31 janvier 2010, soit pendant moins d'une année), l'intimé s'est fondé, d'une part, sur des renseignements démontrant que l'intéressé percevait des indemnités de l'assurance-chômage depuis février 2010. D'autre part et surtout, sur une expertise psychiatrique diligentée par l'assureur perte de gain. Ainsi, dans son rapport du 12 novembre 2009, l'expert avait retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (ch. F43.22 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il avait en substance exposé que l'assuré avait développé une réaction anxiodépressive dès le printemps 2009, dont la symptomatologie (humeur légèrement dépressive, perturbation de la concentration et symptômes d'un trouble anxieux) était toutefois en rémission, grâce à une thérapie entamée auprès d'un psychiatre depuis mai 2009. Il était parvenu à la conclusion que l'assuré avait subi une incapacité de travail de 50% depuis le mois d'août 2009, mais que grâce au traitement psychiatrique et à la rémission des symptômes, l'on pouvait s'attendre à ce que l'intéressé reprenne le travail à 100% dès le 1^{er} janvier 2010.

5.2 Entre la date du prononcé du 29 septembre 2010 et celle de la décision contestée du 7 novembre 2022, les sources suivantes renseignent sur la situation médicale de l'assuré.

5.2.1 Après avoir reçu un rapport du 17 décembre 2013 rédigé à la suite d'une hospitalisation psychiatrique du recourant et produit à l'appui de la

seconde demande, un psychiatre et psychothérapeute du SMR s'est exprimé le 15 juillet 2015. Selon ce spécialiste, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, qui était toutefois en rémission. A l'instar du psychiatre hospitalier, il a estimé qu'en dépit de la persistance de symptômes dépressifs résiduels, l'assuré pouvait entamer des mesures de réinsertion à temps partiel.

5.2.2 Dans un certificat du 31 octobre 2019, destiné à étayer la troisième demande du recourant, un médecin du département de santé mentale d'un hôpital régional a attesté qu'en raison de son état psychique, l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans toute profession depuis mai 2018. Un autre médecin de la même unité psychiatrique a pour sa part établi divers rapports subséquents. Ainsi, le 1^{er} avril 2020, celui-ci a indiqué que l'assuré bénéficiait d'un suivi ambulatoire régulier, après avoir été hospitalisé en novembre 2013 pour une décompensation avec état dépressif sévère. L'assuré présentait un état dépressif, caractérisé par un ralentissement psychomoteur, une fatigue, des troubles de la concentration et du sommeil. Le 6 juillet 2020, ce médecin et sa consœur ont évoqué un diagnostic de trouble affectif bipolaire, tout en précisant que les phases d'hypomanie rapportées par leur patient étaient suivies par des états de dépression sévères pendant plusieurs mois. Ils ont ajouté que l'incapacité à maintenir durablement une activité professionnelle résultait de la difficulté de stabiliser l'état psychique, malgré une psychothérapie et une médication régulière. Le 18 mai 2022, le psychiatre a relevé que l'assuré ne s'était plus présenté dans son établissement depuis plusieurs mois, en raison d'états de dépression sévère, devenus plus fréquents et plus longs. Des consultations avaient seulement été effectuées par téléphone, mettant en évidence un ralentissement psychomoteur.

5.2.3 Le 4 septembre 2020, un psychiatre et psychothérapeute du SMR a discuté l'hypothèse d'une modification de l'état de santé postérieure à la décision rendue en 2010. Après avoir relevé qu'elle ne disposait d'aucune observation propre à rendre plausible une détérioration permanente de l'état de santé et de la capacité de travail, elle a jugé que le dossier ne permettait pas une appréciation psychiatrique fondée et a préconisé que l'assuré se soumette à une expertise psychiatrique.

5.2.4 Dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 27 mars 2021, sur la base d'un examen personnel de l'assuré, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (ch. F33.1-F33.2 CIM-10) et d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10). A titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une éventuelle cyclothymie (ch. F34.0 de la CIM-10). L'expert a par ailleurs écarté le diagnostic de trouble bipolaire évoqué par le psychiatre hospitalier en 2020. A l'issue de son analyse, il a conclu à une capacité de travail nulle dans toute profession. L'expert a fait état d'un pronostic défavorable et d'une évolution incertaine de la capacité de travail, tout en précisant que celle-ci n'était pas susceptible d'être améliorée "en ce moment" par une mesure médicale. L'expert a en outre relevé qu'il ne recommandait pas de mesures médicales dans l'immédiat (en raison de l'aggravation de l'atteinte psychique depuis cinq ans et d'une "sinistrose" dans laquelle s'enfermait l'assuré). Il a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique dans les deux ans.

5.2.5 Le 7 octobre 2021, un psychiatre et psychothérapeute du SMR a considéré que l'expertise présentait de "nettes lacunes". Il a reproché à l'expert de ne pas avoir clairement distingué les propos de l'assuré de ses propres opinions et observations. Il a également critiqué le fait que le dosage sanguin des médicaments pris par l'assuré n'ait pas été vérifié. Enfin, le constat ressortant de l'expertise d'un patient euthymique (c'est-à-dire d'humeur normale) lui paraissait incompatible avec le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Le SMR a préconisé d'adresser à l'expert un questionnaire, accompagné du résultat de récentes analyses sanguines (mettant en évidence un dosage normal d'antidépresseur, mais un taux inférieur à la fourchette thérapeutique de médication thymorégulatrice).

5.2.6 Dans le complément d'expertise qu'il a rédigé sur dossier le 4 décembre 2021, l'expert a indiqué que le status clinique ressortant de son examen avait mis en évidence un homme euthymique, sans trouble du comportement, des perceptions ou des cognitions. Il a ajouté que, s'il devait revoir le diagnostic selon ses observations "du jour" (à savoir au jour

de son examen), il écarterait le diagnostic rétrospectif de trouble dépressif récurrent au profit d'une éventuelle cyclothymie, sans effet sur la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert a estimé qu'au vu du résultat des analyses sanguines qui lui avaient été communiquées, il convenait de réévaluer la capacité de travail et le pronostic dans un "sens favorable". Ainsi, la capacité de travail lui paraissait entière (dans toute profession), s'il se fondait sur ses "diagnostics immédiats" au jour de l'examen expertal.

5.2.7 Le 3 mars 2022, le psychiatre et psychothérapeute du SMR s'est rallié au complément d'expertise. Il en a déduit que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé propre à restreindre durablement sa capacité de travail. Dans un dernier avis médical daté du 19 août 2022, ce spécialiste a maintenu son appréciation.

5.3 Devant le TA, le recourant a produit un rapport rédigé par le psychiatre hospitalier le 13 mars 2023. Prenant position sur l'expertise, ce spécialiste a indiqué qu'il lui paraissait effectivement difficile de diagnostiquer a posteriori un trouble affectif bipolaire, qu'il considérait néanmoins probable. Il a toutefois souligné qu'une répétition d'épisodes dépressifs moyens à sévères avait été constatée et que ces fluctuations thymiques étaient chroniques, malgré le traitement. La capacité de travail ne pouvait être évaluée sur la base d'une observation clinique ponctuelle, dès lors qu'il fallait tenir compte du profil évolutif du trouble psychique, qui était invalidant plusieurs mois par an.

6.

Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 27 mars 2021 et du complément rédigé par l'expert le 4 décembre 2021, sur lesquels se fonde la décision attaquée.

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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 137 V 210 c. 1.3.4, 135 V 465 c. 4.4, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2020 IV n° 71 c. 2.2).

6.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, il convient tout d'abord de relever que les qualifications de l'expert psychiatre ne prêtent pas le flanc à la critique. L'expert a procédé à un examen personnel du recourant et tenu compte des plaintes subjectives de celui-ci, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (personnelle, familiale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé (dossier [dos.] AI 103.3/14 à 17). Cela étant dit, il ne va pas de soi que l'expertise et son complément aboutissent à des conclusions détaillées et étayées, de sorte à satisfaire aux critères jurisprudentiels permettant d'admettre leur valeur probante (formelle). En effet, il résulte de l'examen matériel qui suit que les conclusions exprimées par l'expert s'avèrent contradictoires et lacunaires, notamment au regard des exigences particulières applicables à l'appréciation de faits médicaux dans le contexte d'une révision. Toujours selon l'examen matériel qui suit, la question de savoir si, d'un point de vue strictement formel, ces rapports satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante peut demeurer indécise.

6.3 En effet, sur le plan matériel, les conclusions de l'expert, en tant qu'elles portent sur les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail à la date de l'expertise, s'avèrent contradictoires et insuffisamment motivées, de sorte qu'elles ne sauraient être jugées probantes (ATF 125 V 351 c. 3a). A cet égard, il convient de souligner que dans son rapport initial, puis dans le complément qu'il a rédigé huit mois plus tard, l'expert est parvenu à des

conclusions diamétralement opposées. Dans un premier temps, il a retenu une capacité de travail nulle "à ce jour" et un pronostic défavorable, après avoir posé deux diagnostics psychiatriques incapacitants (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère [ch. F33.1-F33.2 CIM-10] et anxiété généralisée [ch. F41.1 CIM-10]). Dans un second temps, et sur la base des mêmes constatations cliniques, il a attesté d'une capacité de travail entière et d'un pronostic favorable, tout en précisant que cette appréciation subséquente était valable s'il se basait sur ses "diagnostics immédiats du jour de l'examen expertal" (dos. AI 103.3/35 et 115/3). En présence d'un tel revirement d'opinion, il pouvait légitimement être attendu de l'expert qu'il expose de façon circonstanciée les motifs l'ayant conduit à modifier son appréciation. Or, la motivation de quelques lignes figurant dans le complément d'expertise se révèle excessivement succincte. L'expert y affirme notamment, sans motivation topique, que le trouble anxieux n'aurait finalement aucune incidence sur la capacité de travail et qu'il se justifierait de réévaluer cette capacité au vu du résultat de récentes analyses sanguines reçues de l'intimé. Ce faisant, l'expert n'indique pas en quoi ce bilan accrédirait la conclusion nouvellement formulée, selon laquelle le recourant serait en définitive pleinement capable de travailler à la date de l'expertise. Le spécialiste n'explique pas davantage pourquoi – après avoir soutenu l'inverse dans son rapport initial (dos. AI 103.3/32 et 36) – il retient désormais que le trouble anxieux ne limite pas la capacité de travail. Sous l'angle diagnostique, si l'expert a expliqué clairement pour quelles raisons il s'écarterait du diagnostic de trouble affectif bipolaire retenu par le psychiatre hospitalier en 2020, son appréciation se révèle en revanche confuse en ce qui concerne le trouble dépressif récurrent retenu, puis finalement écarté. Le spécialiste a initialement motivé le diagnostic précité en évoquant rétrospectivement la survenance répétée d'épisodes dépressifs (notamment en mai 2009, novembre 2013 et avril 2020; dos. AI 103.3/34), c'est-à-dire en justifiant la récurrence du trouble dépressif de façon intelligible au regard des critères de la CIM-10 (notamment du ch. F.33). Dans ces conditions, l'on discerne mal comment l'expert peut ensuite nier ce même diagnostic sur la seule base des constatations effectuées au moment de son examen. Au vu du status clinique qu'il a consigné (mettant notamment en évidence une humeur normale), il aurait certes été compréhensible que l'expert revienne sur l'épisode de

dépression moyenne à sévère évoqué dans son rapport initial et censé refléter la situation existant à ce moment-là. On comprend en revanche difficilement la négation du trouble dépressif récurrent, a fortiori dans la mesure où ce diagnostic a été retenu avant l'expert par d'autres médecins, y compris par celui du SMR (dos. AI 34/3 et 78/5). Sur ce point également, l'appréciation de l'expert mériterait d'être clarifiée et ne saurait en l'état être qualifiée de probante.

6.4 Afin d'appuyer la démonstration de son incapacité de travail, le recourant insiste sur les limitations fonctionnelles retenues par l'expert dans son rapport initial (dos. AI 103.3/36). Force est toutefois de constater que l'appréciation par l'expert des limitations induites par les troubles psychiques est ambiguë. D'un côté, en effet, l'expert énumère une longue liste de limitations fonctionnelles dont il précise qu'elles se répercutent "lourdement" sur la vie quotidienne et professionnelle (fatigue, tendance à l'isolement, limitation des sorties, stress, perte des rythmes de travail, diminution de la résistance, de la flexibilité, du rendement, doute, manque de confiance en soi, anticipation anxieuse, intolérance à la frustration, etc.). D'un autre côté, en se référant au canevas Mini-CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques), l'expert conclut à des limitations légères à moyennes dans la plupart des rubriques examinées. Dès lors, en ce qui concerne la sévérité des limitations fonctionnelles également, l'évaluation de l'expert ne peut pas être considérée comme probante.

6.5 Finalement, la valeur probante de l'expertise et de son complément doit également être niée à la lumière des exigences jurisprudentielles qui suivent.

6.5.1 La constatation d'une modification propre à justifier une révision intervient au moyen d'une comparaison de faits passés avec la situation actuelle. L'objet de la preuve porte ainsi sur l'existence d'une différence déterminante, aux fins de la décision à rendre, parmi les éléments de fait à extraire des documents médicaux. La valeur probante d'une expertise établie en vue d'une révision de rente dépend par conséquent essentiellement du point de savoir si celle-ci se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve - soit une ou des modifications notables de l'état de fait. Une appréciation médicale en soi complète, compréhensible et

convaincante, qui s'avérerait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en principe dénuée de la valeur probante nécessaire lorsque l'évaluation médicale (divergeant d'une précédente appréciation) ne se prononce pas à suffisance sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé. Sont toutefois réservées les situations de fait dans lesquelles il est manifeste que les circonstances médicales se sont modifiées (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2 et 4.2.1).

6.5.2 En l'occurrence, force est de constater que l'expert, dans ses rapports successifs, s'est limité à évaluer les effets actuels de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail (dos. AI 103.3/35 et 115/3). En revanche, faute d'avoir été interrogé à ce propos par l'intimé, il ne s'est guère déterminé sur l'évolution temporelle de la capacité de travail pour la période antérieure à son expertise. Dans cette mesure, son appréciation ne satisfait pas aux réquisits applicables aux évaluations médicales ordonnées dans des cas de révision. Comme exposé précédemment, la valeur probante de ce type d'expertise dépend essentiellement du fait qu'elle se réfère suffisamment à l'objet de la preuve. L'objet de la preuve n'est ici pas seulement la constatation de l'état de santé actuel et de ses répercussions sur la capacité de travail, mais aussi la comparaison de cette constatation avec les troubles initiaux qui ont conduit à la négation de la rente (voir TF 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 c. 5, 9C_710/2014 du 26 mars 2015 c. 4.4, 8C_29/2014 du 25 juin 2014 c. 3.3). Dans son rapport initial, l'expert a certes spontanément émis plusieurs remarques allant dans le sens d'une péjoration de l'état de santé au cours des dernières années (notamment en relatant une aggravation de l'atteinte psychique depuis cinq ans, ne permettant pas d'escompter une amélioration rapide de la capacité de travail, ainsi que la "survenue répétée" d'épisodes dépressifs d'intensité variable, ayant conduit notamment à des séjours hospitaliers en novembre 2013 et avril 2020; dos. AI 103.3/34-35). Il n'a toutefois pas abordé la question – pertinente dans le cadre de la présente procédure – de savoir si le tableau clinique s'était péjoré ou non depuis la décision de refus de rente de 2010, le cas échéant s'il en résultait une incapacité de travail durable et depuis quand. Il n'a pas davantage précisé si les épisodes dépressifs avaient entraîné des incapacités de travail prolongées. De manière vague, l'expert s'est en effet limité à indiquer que les diagnostics incapacitants qu'il

retenait illustraient le "passé psychopathologique récent" (dos. AI 103.3/32). A cela s'ajoute que l'expert n'a pas non plus pris position sur les conclusions des médecins hospitaliers, dont les rapports successifs retiennent une incapacité de travail durable depuis le mois de mai 2018, en lien avec une répétition d'épisodes dépressifs moyens à sévères (dos. AI 61/2, 70/1 et 124/1; PJ 8). C'est le lieu de relever qu'au vu de la date à laquelle la dernière demande de prestations AI a été déposée, la question du droit éventuel à une rente pourrait être envisagée dès le mois de septembre 2019, six mois plus tard, pour autant que l'intéressé ait présenté à ce moment-là une incapacité de travail ininterrompue de 40% au moins durant une année (art. 28 al. 1 let. b et c, art. 29 al. 1 LAI).

6.5.3 En définitive, au vu des lacunes et contradictions relevées ci-dessus, ni le rapport d'expertise initial, ni son complément ne peuvent être qualifiés de probants. Il en résulte que ces documents ne permettent pas de se prononcer sur le motif de révision invoqué et, partant, sur le droit aux prestations de l'AI pendant toute la période visée par la nouvelle demande.

6.6 Les autres appréciations médicales versées au dossier ne permettent pas non plus au TA de statuer sur la cause. Dans son bref avis du 4 septembre 2020, le SMR a fait valoir que le manque d'observations psychiatriques au dossier empêchait de prouver le diagnostic de trouble dépressif récurrent, tandis que celui de trouble bipolaire n'était pas plausible, à l'instar d'une détérioration durable de la capacité de travail. Dans ses rapports subséquents, le SMR a ensuite déduit du complément d'expertise que le recourant ne présentait aucune atteinte limitant durablement sa capacité de travail. Toutefois, contrairement au point de vue qu'il a exprimé en septembre 2020, le SMR ne pouvait écarter péremptoirement tout trouble dépressif récurrent, alors qu'il avait précisément tenu ce diagnostic pour établi jusqu'alors. A cet égard, dans son rapport du 15 juillet 2015, le médecin du SMR avait expressément considéré que "depuis le 13 mai 2009, [le recourant] présent[ait] un trouble dépressif récurrent démontré, avec deux à trois épisodes dépressifs depuis cette date [...]" (dos. AI 78/5). Indépendamment de la question du diagnostic, une valeur probante ne saurait quoi qu'il en soit être reconnue à

l'avis de septembre 2020, dès lors que ce document repose sur un dossier incomplet. En effet, le SMR y a lui-même concédé que le dossier ne permettait pas d'émettre une appréciation asséurologique fondée, d'où la nécessité de diligenter une expertise (dos. AI 78/2). Ensuite, contrairement à l'opinion exprimée par le SMR en mars, puis en août 2022, il ne peut pas être déduit de façon fiable du complément d'expertise que les troubles psychiques énoncés par l'expert ne constituent pas (respectivement n'ont jamais constitué) des atteintes à la santé durables et invalidantes. Comme exposé précédemment, l'expert, bien qu'il ait initialement retenu des diagnostics incapacitants, ainsi qu'une aggravation depuis cinq ans au plan psychique, ne s'est déterminé sur la capacité de travail qu'à la date de son examen. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait valablement déduire de l'appréciation ponctuelle de l'expert l'absence d'atteinte invalidante pendant toute la période visée par la nouvelle demande. Cela est d'autant plus vrai que les troubles psychiques se caractérisent, selon les médecins consultés par le recourant, par des fluctuations "chroniques" (dos. AI 70/1; PJ 8 dont on peut tenir compte, voir SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Pour le reste, le TA ne saurait se fonder, sans instruction complémentaire, sur les rapports établis par les médecins chargés du suivi du recourant au sein d'une unité psychiatrique spécialisée. D'une part, en effet, ces rapports ne distinguent pas clairement les plaintes du recourant des constatations médicales objectives. D'autre part, le juge doit tenir compte du fait que ces spécialistes, à l'instar d'un médecin de famille, auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

6.7 En résumé, il doit être constaté que l'expertise du 27 mars 2021 et son complément ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'état de santé psychique du recourant et sa capacité de travail se sont détériorés de façon notable par rapport à l'état de fait qui prévalait lors de la décision de refus de prestations du 29 septembre 2010. Cette question s'avère pourtant déterminante pour statuer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, le cas échéant pour en déterminer l'ampleur, la nature et le point de départ. En rendant une décision en l'état du dossier, sur la base d'une expertise que l'on doit qualifier d'incomplète, d'imprécise et de non probante, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui

incombait (voir art. 43 LPGA). Partant, il y a lieu de lui renvoyer la cause afin qu'il instruisse de façon adéquate, au moyen d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise (subséquent) la question d'une éventuelle péjoration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant par rapport à la situation ressortant de l'expertise du 12 novembre 2009 (qui a servi de base à la décision du 29 septembre 2010). Dans le cas d'espèce, un renvoi de la cause à l'intimé – d'ailleurs requis dans les conclusions du recours – se justifie pleinement, dès lors qu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas été suffisamment, voire même pas du tout, investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Ce n'est qu'après avoir procédé à ce complément d'instruction que l'Office AI Berne sera en mesure de se prononcer en connaissance de cause sur l'existence d'un motif de révision et sur l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'AI pour la période couverte par la demande introduite en juillet 2019. Il lui incombera de rendre une nouvelle décision à cet égard.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la décision du 7 novembre 2022 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. f^{bis} LPGA, art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen des notes d'honoraires des

30 janvier et 6 avril 2023, qui ne prêtent pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, sont fixés à Fr. 2'103.60 (honoraires: Fr. 1'866.70, débours: Fr. 86.50 et TVA: Fr. 150.40) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA).

7.4 Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'103.60 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

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