

200.2023.810.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 25 juillet 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 17 octobre 2023

En fait:

A.

A. _____, né en 1967, célibataire et sans enfant, dispose d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur. Il a travaillé en tant que responsable d'équipe jusqu'au 13 janvier 2014, date à laquelle une incapacité de travail à 100% a été attestée médicalement. Il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en juillet 2014, en invoquant un burnout. L'intéressé a retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1^{er} novembre 2014, conduisant l'Office AI Berne à rejeter la demande de rente d'invalidité, par décision du 10 février 2015 (confirmant un préavis dans ce sens du 12 décembre 2014). Ce prononcé n'a pas été contesté par l'assuré.

B.

L'intéressé a alterné, entre 2015 et 2020, des périodes de travail, d'hospitalisation (en services psychiatriques et en clinique spécialisée dans les dépendances) et de chômage, puis a été engagé dès le 1^{er} février 2020 à plein temps en qualité de chef d'équipe d'un centre d'appel. En incapacité de travail totale depuis le 1^{er} août 2021, il a été licencié pour le 31 janvier 2022, puis a déposé le 31 mars 2022 une seconde demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles et rente). L'assuré a bénéficié de prestations de l'aide sociale depuis le 23 mai 2022. L'Office AI Berne a alors requis des informations des médecins traitants (médecin généraliste, spécialiste en psychiatrie) et de l'ancien employeur de l'intéressé. Il s'est également procuré le dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie ainsi que les rapports de sortie relatifs à différentes hospitalisations en services psychiatriques et en clinique spécialisée dans les dépendances. Après avoir pris conseil auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a diligenté une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), dont les conclusions ont été remises le 21 août 2023. Sur cette base, l'Office AI Berne, par préavis du 4 septembre 2023, a informé l'intéressé qu'il

entendait exclure tout droit à des prestations, faute d'atteinte invalidante à la santé. Cette autorité a confirmé son préavis, par décision du 17 octobre 2023.

C.

Par envoi du 15 novembre 2023, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant implicitement à l'annulation de la décision du 17 octobre 2023. Le 30 novembre 2023, il a complété la motivation de son recours et a sollicité l'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 18 décembre 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le recourant a encore produit un nouveau rapport médical le 8 janvier 2024 en guise de réplique et l'Office AI Berne a dupliqué le 19 janvier 2024, en maintenant ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 17 octobre 2023 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 en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi de prestations de l'AI. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 21 août 2023 diligentée par l'Office AI Berne.

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

l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et 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 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 LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 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 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci 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. La question

cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{er} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI.

2.4 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 moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 17 octobre 2023, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 21 août 2023 pour retenir que le recourant ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et qu'il était en mesure d'assumer, d'un point de vue médical, son activité habituelle de chef d'équipe d'un centre d'appel ou toute autre activité correspondant à ses compétences. Il a donc exclu le droit à des prestations de l'AI. Dans son mémoire de réponse du 18 décembre 2023, l'intimé a souligné que les divergences de diagnostics entre le psychiatre traitant et l'expert psychiatre ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Quant au volet rhumatologique, il a relevé que le rapport du 6 novembre 2023, produit à l'appui du recours, ne pouvait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure puisqu'il concernait une hospitalisation pour une fracture du bras survenue après la décision attaquée. Par sa duplique du 19 janvier 2024, l'Office AI Berne a encore considéré que le rapport du 8 janvier 2024 de la nouvelle psychiatre traitante de l'assuré, déposé au stade de la réplique, ne permettait pas de remettre en cause l'appréciation circonstanciée des experts.

3.2 Par son recours (et son complément du 30 novembre 2023), l'assuré a en substance reproché aux experts d'avoir fait abstraction de l'appréciation de son ancien psychiatre traitant, lequel avait notamment arrêté le diagnostic de dépression sévère chronique. Par ailleurs, il a

indiqué que sa maladie provoquait de la passivité et de l'inaction, alors que son état s'était du reste aggravé. Il a ajouté que l'expert psychiatre n'avait pas suffisamment tenu compte de sa démotivation, de son retrait et de son isolement social ou encore de ses angoisses qui se manifestent par des idées suicidaires (avec tentative de tentamen). L'intéressé considère ainsi que ces limitations fonctionnelles empêchent toute reprise d'une activité professionnelle. Il fait finalement valoir que sa dépression l'a empêché de prendre connaissance des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 21 août 2023 ainsi que du préavis rendu par l'Office AI Berne le 4 septembre 2023, de même que de prendre contact avec son psychiatre pour étayer davantage son recours. Ce dernier aurait en outre été rédigé avec l'aide d'une infirmière.

4.

4.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2022 UV n° 46 c. 6.3.1). Au cas particulier, l'assuré a notamment produit, à l'appui de son recours, un rapport de sortie daté du 6 novembre 2023, en lien avec une opération consécutive à une fracture du bras survenue suite à une chute du 1^{er} novembre 2023, soit après la décision attaquée. Ce document ne peut dès lors être pris en considération. S'agissant ensuite de l'écrit du 8 janvier 2024 déposé au stade de la réplique, les faits exposés et l'analyse qui en est faite par la nouvelle psychiatre traitante dont il émane ont en revanche trait à la situation antérieure à cette décision (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Partant, ce document est de nature à influencer l'appréciation au moment où l'acte attaqué a été rendu et doit donc être pris en compte (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.2 A réception de la première demande de prestations datée du 25 juillet 2014, l'Office AI Berne a recueilli les documents suivants.

4.2.1 Il ressort d'un rapport opératoire daté du 3 juin 2014, que l'assuré a subi une intervention chirurgicale le 25 mai 2014, visant la mise en place d'un drain de Bülau du côté gauche suite à un pneumothorax du même côté, à la suite d'une chute à vélo le même jour. Les médecins en charge de l'opération ont encore évoqué le diagnostic de fracture comminutive déplacée de la diaphyse claviculaire gauche, laquelle a fait l'objet d'une intervention le 28 mai 2014 (repositionnement ouvert et pose d'un matériel d'ostéosynthèse). Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 25 mai au 8 juin 2014. Le 15 août 2014, les diagnostics de status après la pose d'une plaque d'ostéosynthèse et après un drainage ont été posés. Des douleurs diffuses à la pression ont été rapportés mais le pronostic a été jugé bon et la reprise de la mobilité a été conseillée (dossier [dos.] AI 10.2/1). L'intéressé a été hospitalisé pour ce motif du 25 au 30 mai 2014 (dos. AI 10.2/7 et dos. AI 10.2/11, voir également dos. AI 10.2/14).

4.2.2 Par écrit du 27 août 2014, le psychiatre traitant et la psychothérapeute de l'assuré ont conjointement posé le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif (chiffre [ch.] F.41.2 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Ils ont notamment évoqué des symptômes dépressifs avec problèmes d'estime de soi, une insécurité, des idées suicidaires transitoires, des difficultés de concentration, un épuisement et des troubles du sommeil (dos. AI 9/1). Une incapacité de travail a été attestée médicalement à 100% depuis mi-janvier jusqu'au 30 mars 2014, puis à 50% du 31 mars au 24 mai 2014, et à nouveau à 100% dès le 25 mai 2014 (dos. AI 9/2). Ces deux spécialistes se sont encore prononcés sur l'évolution des troubles de leur patient dans un écrit du 1^{er} décembre 2014. Dans celui-ci, les praticiens ont confirmé leur précédent diagnostic mais ont observé une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Ils ont considéré que, dès le 1^{er} novembre 2014, l'intéressé était capable de travailler à plein temps (dos. AI 17/1).

4.3 Suite à la deuxième demande de prestations du 31 mars 2022 du recourant, l'intimé a requis les pièces suivantes.

4.3.1 Il ressort d'un rapport de sortie du 17 août 2015 que l'assuré a été hospitalisé en services psychiatriques du 3 au 4 août 2015 suite à un placement à des fins d'assistance en raison d'un probable tentamen mixte par mélange d'alcool et de médicaments. Les médecins ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (anamnestiquement; ch. F33 CIM-10), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, intoxication aiguë avec coma (ch. F19.05 CIM-10), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance, utilisation continue (ch. F10.25 CIM-10) et de syndrome de dépendance aux substances psychoactives multiples (héroïne, cocaïne et méthadone), abstinent depuis 1998 (ch. F19.20 CIM-10; dos. AI 55/7). L'assuré a été admis une nouvelle fois dans ces mêmes services psychiatriques, cette fois sur base volontaire, du 12 au 28 septembre 2018, en raison d'un sevrage d'alcool et de Stilnox. Dans le rapport de sortie du 3 octobre 2018, les médecins ont évoqué les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance (ch. F10.2 CIM-10) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance (ch. 13.2 CIM-10; dos. AI 55/5). Le recourant a été hospitalisé une troisième fois en services psychiatriques, sur base volontaire, du 5 février au 1^{er} mars 2019. Du rapport de sortie du 26 mars 2019, il ressort les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (syndrome de dépendance; ch. F13.2 CIM-10), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance; ch. F10.2 CIM-10) et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (ch. F33.1 CIM-10). La persistance du syndrome anxio-dépressif a été constatée, avec une apathie, une aboulie, un manque de motivation, une perte d'élan vital, une hyporexie et des insomnies. Des troubles de l'attention et de la concentration ont en outre été relevés, de même qu'un sentiment d'auto-dévalorisation et des idées suicidaires. Une évolution lentement favorable a été évoquée durant l'hospitalisation, notamment au niveau de la thymie et de l'anxiété (dos. AI 55/2).

4.3.2 Dans le rapport de sortie du 21 juin 2019 consécutif à une hospitalisation du 27 mars au 11 juin 2019 dans une clinique spécialisée

dans les dépendances, les médecins en charge de l'assuré ont retenu les diagnostics principaux de syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques (ch. F13.24 CIM-10), de syndrome de sevrage de sédatifs ou d'hypnotiques (ch. F13.30 CIM-10), de syndrome de dépendance à l'alcool, en abstinence (ch. F10.20 CIM-10), de traumatisme causé par une chute en relation avec une intoxication combinée aiguë le 14 mars 2019 dans une intention suicidaire, de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (ch. F17.25 CIM-10), de maux de dos et de diagnostics secondaires de prothèse de l'œil gauche, d'ostéosynthèse d'une fracture de la clavicule en mai 2014, de pneumothorax traumatique du côté gauche à la suite d'une chute, d'état consécutif à une hyperchlorémie après un traitement par perfusion de NaCl en mars 2019 et d'état consécutif à une anémie en mars 2019. Il a été précisé que le patient souffrait d'une dépendance aux benzodiazépines (parfois avec consommation de cannabis) et d'un trouble dépressif (élément déclencheur de l'hospitalisation). Une thérapie de désintoxication et de sevrage a été mise en œuvre. L'assuré a ainsi pu quitter la clinique bien compensé psychiquement et sevré (dos. AI 54/1 ss).

4.3.3 L'assuré s'est soumis le 17 juin 2021 à une opération visant une révision de la plastie par bride latérale de l'œil gauche. Du rapport opératoire y relatif daté du même jour, il ressort le diagnostic d'état consécutif à une énucléation en 1988 et de reconstruction du fornix en mars 2021 (dos. AI 29/9).

4.3.4 Dans un écrit du 30 novembre 2021 adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie, le psychiatre traitant de l'assuré a évoqué les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques (ch. F33.2 CIM-10), de dépendance à l'alcool (ch. F10.24 CIM-10) et, sans influence sur la capacité de travail, de dépendance à l'héroïne et à la cocaïne dans le passé (ch. F11.20 et F14.20). Selon ce spécialiste, l'assuré souffrait alors de forts sentiments de tristesse, de solitude et d'abandon. Le médecin a également indiqué que son patient se repliait sur lui-même, s'isolait et n'avait plus de contacts sociaux. Il avait également peur d'avoir

des idées suicidaires et des pulsions incontrôlables. Une lente et partielle amélioration de la symptomatique par thérapie et antidépresseurs a été rapportée. Le pronostic a été jugé mauvais et une incapacité de travail à 100% attestée dès le 2 août 2021 (dos. AI 41.2/6). Le 12 mai 2022, le psychiatre traitant a repris les diagnostics évoqués dans son rapport du 30 novembre 2021 et a également évoqué une tendance du recourant à s'isoler à la maison, à éviter les contacts sociaux, à rester passif et à ruminer. Il a en outre mentionné que son patient était submergé d'émotions douloureuses (tristesse, solitude, désespoir, manque d'intérêt et de plaisir) et de pensées suicidaires (dos. AI 36/3). Par écrit du 9 décembre 2022, les diagnostics ci-dessus ont encore été confirmés par le psychiatre traitant (dos. AI 48/2). A cette occasion, une détérioration de l'état de santé a été signalée. Il a été fait état d'un ralentissement psychomoteur, de fonctions exécutives massivement altérées, à l'instar de la concentration, de l'attention et de l'endurance, la planification et l'organisation étant impossibles. Un pronostic très mauvais a été évoqué et une incapacité de travail à 100% attestée du 28 mars au 31 décembre 2022 (dos. AI 48/3 ss).

4.3.5 Sur les recommandations de son SMR, par un spécialiste en psychologie (dos. AI 60/4 et 61/1 ss), l'intimé a ordonné une expertise bidisciplinaire, dont les conclusions ont été livrées le 21 août 2023. A l'appui de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (avec utilisation de substance; ch. F10.24 CIM-10), de troubles dépressifs récurrents en rémission (ch. F33.4 CIM-10), de troubles anxieux et dépressifs mixtes (ch. F41.2 CIM-10) et de syndrome de dépendance aux substances psychoactives (en abstinence; ch. F19.20 CIM-10). Les experts ont retenu que le recourant avait présenté, dans sa dernière activité professionnelle, une incapacité de travail totale du mois d'août à la fin du mois de décembre 2021 (au motif psychiatrique) et que, dès le 1^{er} janvier 2022, la capacité de travail de l'assuré était entière d'un point de vue psychiatrique et rhumatologique. Ils ont par ailleurs estimé qu'il n'était pas nécessaire d'envisager un reclassement dans une activité adaptée (dos. AI 78.2/7 ss).

4.3.6 A l'appui de sa réplique, l'assuré a produit un rapport de sa nouvelle psychiatre traitante daté du 8 janvier 2024 (voir c. 4.1), dans lequel celle-ci a évoqué une aggravation de l'état psychique de son patient dans un contexte d'état dépressif et de trouble de la personnalité. Elle a en particulier relevé que l'amélioration durable de l'état de santé était entravée par la personnalité névrotique probable de son patient (dos. TA).

5.

Se pose en premier lieu la question de la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 21 août 2023, sur laquelle s'est appuyé l'intimé pour rendre la décision contestée.

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 L'expertise comprend une appréciation interdisciplinaire (évaluation consensuelle) du 21 août 2023, synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la psychiatrie et de la rhumatologie (dos. AI 78.2/5 ss). Dans les appréciations émergeant à leur spécialité et prenant en compte l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier, de même que les plaintes formulées par l'assuré, les experts rhumatologue et psychiatre ont procédé à une anamnèse détaillée et ont dressé des status complets découlant de leurs propres investigations cliniques. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont étayées, s'avèrent compréhensibles et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la

jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.1).

5.3 Sur le plan matériel, l'expertise est également convaincante.

5.3.1 D'un point de vue rhumatologique d'abord, l'expert de cette discipline a cherché à expliquer les douleurs lombaires basses évoquées par le recourant (dos. AI 78.3/1) en procédant à un examen clinique méticuleux de celui-ci (rachis, colonne dorsale, colonne lombaire, épaules, coudes, mains/poignets, hanches, genoux et chevilles/pieds; dos. AI 78.3/4 ss). C'est ainsi que l'expert a constaté que, dans l'ensemble, le status rhumatologique était normal en dehors d'une légère rectitude lombaire liée à un déconditionnement focal sans syndrome lombo vertébral. Par souci de complétude, il a également procédé à des investigations neurologiques qui n'ont rien révélé de particulier. Il n'a par ailleurs observé aucun point de fibromyalgie, ni de signe de pathologie rhumatologique inflammatoire (dos. AI 78.3/7). Certes, la cécité à l'œil gauche consécutive à un accident (voir sur ce point dos. AI 41.2/7 et 78.4/3) n'a pas été thématifiée par l'expert. Le recourant n'a toutefois formulé aucune plainte à ce propos (dos. AI 78.3/1) et semble vivre normalement grâce à une prothèse (voir également c. 4.3.3). Au plan diagnostique, l'expert a donc exclu de façon convaincante une quelconque pathologie incapacitante relevant de sa spécialisation (dos. AI 78.3/9). Le spécialiste est d'autant plus crédible qu'il n'a pas mis en évidence de limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique (dos. AI 78.3/10). Cette conclusion apparaît du reste en adéquation avec les propos tenus par l'assuré au moment de l'entretien personnel. Il a en effet évoqué une simple gêne en fin de journée au niveau des lombaires et a mentionné la disparition des douleurs grâce à la prise d'antalgiques. Il a par ailleurs ajouté que ses problèmes étaient plutôt d'ordre psychologique (dos. AI 78.3/1). Quant à l'évaluation de la capacité de travail, à savoir pleine et entière depuis toujours selon l'expert, elle s'avère également concluante au vu de l'absence de limitations fonctionnelles décrites par l'expert (dos. AI 78.3/11). Le rapport d'expertise, dans son volet dédié à la rhumatologie, est ainsi convaincant et n'a d'ailleurs, à juste titre, pas été contesté.

5.3.2 Sur le plan psychiatrique ensuite, l'expert a mené un entretien libre avec l'assuré et a tenu compte des plaintes de celui-ci, avant de procéder à une évaluation médicale au terme de laquelle il a notamment retenu le diagnostic, sans influence sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents en rémission (ch. F33.4 CIM-10). Quoi qu'en pense le recourant (voir complément au recours du 30 novembre 2023), l'expert n'a pas occulté le fait que l'intéressé a tenté de mettre fin à ses jours ou qu'il a présenté, par le passé, des épisodes dépressifs. Il a toutefois estimé que ceux-ci étaient en rémission au jour de l'expertise (dos. AI 78.4/8). Son appréciation s'appuie d'abord sur l'évolution des symptômes. En effet, l'expert a mentionné n'avoir décelé chez l'intéressé, à la date de l'entretien, ni ralentissement psychomoteur ou agitation, ni tristesse pathologique, ni difficulté de concentration ou d'attention. Sur le plan de la mémoire et en dépit de quelques hésitations et une difficulté à être précis sur certaines dates, l'expert a constaté que les repères temporels de l'assuré étaient préservés. N'en déplaise au recourant (voir complément au recours du 30 novembre 2023), le spécialiste n'a pas non plus observé de symptômes en faveur d'un état anxieux ou d'une pathologie psychotique durant l'entrevue (dos. AI 78.4/8), pas plus qu'il n'a mis en évidence d'altération de la capacité relationnelle et de l'aptitude à nouer des contacts (dos. AI 78.4/9). S'agissant en particulier du "refrain" évoqué par l'assuré lors de l'entretien libre (dos. AI 78.4/1; une musique que l'intéressé entendrait et qui l'obséderait), l'expert n'a observé aucune gêne sur ce point durant son examen (dos. AI 78.4/7). Il est vrai que les constats objectifs de l'expert apparaissent comme étant en contradiction avec les observations des médecins traitants. En effet, ceux-ci ont notamment rapporté des difficultés de concentration, d'attention et d'endurance (dos. AI 9/1 ss, 36/6, 48/4 et 55/2 ss), une tristesse (dos. AI 36/5; 55/3), ou encore un ralentissement psychomoteur (dos. AI 36/6 et 48/4). L'expert a toutefois indiqué que la rémission des troubles et l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré résultaient des différentes hospitalisations intervenues, lesquelles avaient notamment permis au recourant de reprendre une activité professionnelle à 100% en février 2020 (dos. AI 78.4/8 et 38/1). Il a encore explicité, selon une réflexion qui emporte la conviction, que le suivi psychiatrique relativement espacé, les traitements à doses minimales efficaces, l'absence d'hospitalisation et de consultation en urgence, ni de

crise suicidaire depuis le dernier épisode dépressif en août 2021 rapporté par le psychiatre traitant le 30 janvier (recte: novembre) 2021 (voir c. 4.3.4; dos. AI 41.2/6; et que l'expert a du reste qualifié de degré moyen), confirmaient la stabilisation sur le plan thymique (dos. AI 78.4/10). Par soucis de complétude, le spécialiste en psychiatrie a encore développé les raisons l'ayant conduit à se distancier du diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant dans ses derniers rapports des 12 mai et 9 décembre 2022 (voir c. 4.3.4). C'est ainsi qu'il a estimé que cette pathologie n'était pas cohérente avec le niveau d'autonomie de l'assuré sur le plan des tâches élémentaires de la vie quotidienne (soutien ménager seulement depuis quelques mois au jour de l'entretien clinique) et dans les déplacements (en transports publics). Avec une argumentation concluante, l'expert a toutefois expliqué que lors d'épisodes dépressifs sévères, le sujet était incapable de faire face aux tâches ménagères, de se déplacer seul, d'avoir une autonomie dans les activités de la vie quotidienne et que le diagnostic s'accompagnait d'anxiété et d'angoisses massives liée à la survenue récurrente de crises suicidaires envahissantes (dos. AI 78.4/10). Il a conforté son raisonnement en précisant que le dernier traitement prescrit par le psychiatre traitant dans son rapport du 12 mai 2022 (voir c. 4.3.4; dos. AI 36/4), n'était pas en adéquation avec la présence d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère (dose sédatrice, pas de traitement permettant d'agir de façon rapide sur l'anxiété et absence de prescription d'anxiolytique; dos. AI 78.4/10). La question de savoir si les crises d'angoisse avec transpiration, la peur et le stress, rapportés par l'assuré lors de l'entretien, devaient justifier un diagnostic séparé de trouble dépressif ou de trouble anxieux caractérisé, a également fait l'objet d'une discussion par l'expert. Cette hypothèse a toutefois été écartée par celui-ci compte tenu du fait que les symptômes en question n'atteignaient, selon lui, pas le degré de gravité nécessaire. A ce titre, le spécialiste en psychiatrie a insisté sur le fait que les troubles allégués n'avaient d'impact ni sur les activités de la vie quotidienne, distractives, de loisirs ni sur les déplacements ou les relations sociales (dos. AI 78.4/12). L'expert a donc conclu, de façon cohérente, que ces symptômes caractérisaient au mieux un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (ch. F41.2 CIM-10), à savoir une affection associant des symptômes mineurs, lesquels ne nécessitent ni suivi, ni traitement psychiatrique (dos. AI 78.4/8 ss et 78.4/11

ss). Par ailleurs, en tant qu'il a retenu les pathologies de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (ch. F10.24 CIM-10) et de syndrome de dépendance aux substances psychoactives multiples (en abstinence; ch. F19.20 CIM-10), l'expert rejoint les conclusions des médecins consultés par l'assuré (voir c. 4.3.1; 4.3.2 et 4.3.4). Pour étayer ces diagnostics, il s'est appuyé entre autre sur les résultats d'analyses de laboratoires menées au jour de l'examen clinique, lesquelles ont relevées un taux compatible à une consommation excessive d'éthanol lors des deux à trois semaines avant le prélèvement ainsi que l'absence de trace de benzodiazépine ou de Stilnox (dos. AI 78.5/1 ss). Sans minimiser la consommation de cannabis de l'assuré (test d'urine positif; dos. AI 78.5/1), l'expert a toutefois relevé que celle-ci n'était pas quotidienne, de sorte qu'il a confirmé le diagnostic de syndrome de dépendance aux substances psychoactives multiples, en abstinence (ch. F19.20 CIM-10). Par conséquent, les conclusions de l'expert relatives aux diagnostics sont logiques, compréhensibles et convaincantes.

5.3.3 S'appuyant sur ses propres constats, et en particulier sur les résultats du test mini ICF-APP, l'expert a en outre relevé qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle significative d'un point de vue psychiatrique s'agissant des tâches de ce test (notamment adaptation aux règles et aux routines, planification et structuration des tâches, flexibilité et capacité d'adaptation, capacité de jugement et de prise de position, capacité d'endurance, aptitude à se déplacer; dos. AI 78.4/13). Il n'a pas non plus observé de limitation pour les activités de la vie quotidienne (aide-ménagère seulement depuis quelques mois et absence, sur le plan clinique, de ralentissement psychomoteur, de trouble de l'attention et de la concentration ou de tristesse pathologique; dos. AI 78.4/9, voir également dos. AI 78.4/7), ni mis en exergue de restrictions quant aux activités occupationnelles, distractives et de loisirs. L'assuré a en effet confié à l'expert s'adonner à la pratique de mots fléchés, à la lecture de bandes dessinées, au visionnage de la télévision et s'intéresser aux réseaux sociaux, à l'histoire, à la nature, au bouddhisme, à la protection des fonds marins ou encore aux amérindiens (dos. AI 78.4/9, voir également dos. AI 78.4/3 et 78.4/5). L'expert a donc conclu de manière probante qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle au motif psychiatrique (dos. AI 78.4/13). La

capacité de travail arrêtée par l'expert, à savoir nulle entre le mois d'août et jusqu'à la fin de l'année 2021, puis entière dès le 1^{er} janvier 2022, résulte notamment de la discussion relative à la stabilisation de l'état de santé depuis le dernier épisode dépressif (de degré moyen) survenu en août 2021 (voir c. 5.3.2). L'expert a en effet relevé qu'un épisode dépressif traité de manière adéquate conduisait en général à la rémission des symptômes trois à six mois après sa survenance. En l'occurrence et compte tenu du dernier épisode dépressif (de degré moyen) reconnu par l'expert en août 2021, la pleine capacité de travail dès le mois de janvier 2022 fixée par l'expert apparaît cohérente (dos. AI 78.4/15). Cette conclusion s'impose d'autant plus au vu de la mauvaise compliance de l'assuré mise en évidence par l'expert (dos. AI 78.4/13). Il ressort en effet du dossier que le recourant a refusé la proposition formulée par son psychiatre traitant d'une nouvelle hospitalisation dans la clinique spécialisée dans les dépendances et dans les services psychiatriques dans lesquels il avait déjà séjourné (voir c. 4.3.1 et 4.3.2; dos. AI 41.2/7). Aucun élément au dossier ne permet en outre d'étayer un éventuel suivi psychiatrique infirmier qui avait pourtant été conseillé par le psychiatre traitant en mai 2022 (dos. AI 36/8). L'assuré a par ailleurs arrêté les consultations psychiatriques chez son médecin traitant en novembre 2022 (dos. AI 78.4/1 et 78.4/13). Finalement, sur le plan médicamenteux, les analyses sanguines réalisées le jour de l'expertise ont fait montre de doses de médicaments supérieures ou inférieures aux taux recommandés par le psychiatre traitant dans ses derniers rapports médicaux (dos. AI 78.4/11 ss).

5.3.4 Quant au rapport du 8 janvier 2024 de la nouvelle psychiatre traitante, produit par l'assuré au stade de la réplique, il ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique. La médecin s'est contentée d'évoquer l'anamnèse (familiale et médicale) puis a retenu le diagnostic de personnalité névrotique, voir borderline, qu'elle a justifié par une instabilité émotionnelle, un besoin de se faire du mal (voir suicidaire), des crises de panique ou encore un passé de dépendance à des substances psychoactives (dos. TA). Toutefois, tant l'humeur changeante, que les crises d'angoisses et les tentatives de suicide passées ont été scrupuleusement discutées et prises en compte par l'expert (dos. AI 78.4/8). En tout état de cause, la médecin n'a pas indiqué en quoi les

troubles évoqués justifieraient une incapacité de travail. Par conséquent, l'avis de la psychiatre traitante du 8 janvier 2024 n'apporte pas d'indices concrets suscitant des doutes quant à la fiabilité des conclusions de l'expertise psychiatrique. Dans ce contexte, on ajoutera que les simples allégations de l'assuré selon lesquelles sa dépression a provoqué une situation de retrait l'empêchant de s'opposer aux conclusions des experts ou au préavis du 4 septembre 2023 (voir complément au recours du 30 novembre 2023), ne sont pas plus en mesure de mettre en doute la capacité de travail estimée par l'expert.

5.3.5 Finalement, la pleine capacité de travail arrêtée par les experts dès le 1^{er} janvier 2022, à l'issue de leur évaluation consensuelle, est convaincante compte tenu de l'absence de diagnostic (avec incidence sur la capacité de travail) et de restrictions fonctionnelles retenues dans chacun des volets de l'expertise (dos. AI 78.2/8 ss; voir c. 5.3.1 à 5.3.3).

5.3.6 Il faut donc conclure que l'expertise bidisciplinaire du 21 août 2023 s'avère claire, complète et convaincant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit (voir complément au recours du 30 novembre 2023). L'expertise répond aux critères posés par la jurisprudence (voir c. 5.1) pour lui accorder une pleine valeur probante. Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux, que pour la proposition qui y est formulée relative 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; voir c. 2.2). Dans la mesure où il n'existe aucune atteinte à la santé psychique, diagnostiquée de manière précise par un spécialiste, et ayant une quelconque influence sur la capacité de travail et de rendement de l'assuré, il peut être renoncé à un examen de l'expertise psychiatrique sous l'angle de la procédure probatoire structurée prévue par le TF (ATF 145 V 215 c. 7; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.6, 8C_597/2019 du 12 décembre 2019 c. 7.2.3 et les références; VGE IV/2023/486 du 7 novembre 2023 c. 3.4.3).

5.3.7 Il y a donc lieu de conclure, comme l'ont fait les experts dans leur évaluation consensuelle, que le recourant présente une pleine capacité de travail et ce dès le 1^{er} janvier 2022, dans son activité habituelle de chef d'équipe d'un centre d'appel ou dans toute autre activité adaptée (dos. AI 78.2/7 ss).

6.

6.1 En conclusion, on doit donc retenir, à l'instar de l'intimé, dans sa décision litigieuse du 17 octobre 2023, qu'en l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, le recourant ne présente aucune atteinte invalidante à la santé. C'est donc à bon droit que l'intimé a exclu tout droit de l'assuré aux prestations de l'AI. Le recours doit par conséquent être rejeté.

6.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Par conséquent, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, doit supporter les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA) et n'a pas droit à des dépens, même sous la forme d'une indemnité de partie. L'intimé n'a pas non plus droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 104 LPJA).

6.3 L'assuré a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

6.3.1 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 (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).

6.3.2 Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est remplie, l'assuré bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Ceux-ci, à hauteur de Fr. 800.-, sont ainsi provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

6.3.3 Le recourant doit toutefois 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 suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, est admise.
3. Les frais judiciaires, 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:
e.r.: C. Tissot, juge

La greffière:
e.r.: P. Annen-Etique, 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).