

200.2024.182.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 30 juin 2025

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 1^{er} février 2024



En fait:

A.

A. _____, ressortissant algérien né en 1975, vit séparé de sa femme, est père d'une fille née en 2020 et réside en Suisse depuis 2007. Il est au bénéfice d'une formation universitaire en physique dans son pays d'origine. En Suisse, il a travaillé en tant qu'ouvrier polyvalent dans le cadre de missions temporaires. Il perçoit des prestations d'aide sociale depuis le 1^{er} décembre 2014. Par un formulaire posté le 7 février 2022, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adulte, indiquant être atteint de troubles psychiques depuis 2008 et de diabète.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins ayant traité l'assuré. Après avoir nié le droit de celui-ci à des mesures professionnelles le 9 janvier 2023, suivant l'avis de son Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) du 23 mai 2023, il a diligenté une expertise psychiatrique, dont le rapport a été rendu le 24 octobre 2023. Par préavis du 2 novembre 2023, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité. Nonobstant les observations formulées par l'intéressé, cette autorité a formellement statué par décision du 1^{er} février 2024 dans le sens de son préavis, après avoir encore consulté un spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie de son SMR.

C.

Par acte du 29 février 2024, amélioré le 14 mars 2024, l'assuré conteste la décision du 1^{er} février 2024 de l'Office AI Berne auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif). Il conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et, partant, à

l'octroi d'une rente. L'Office AI Berne conclut pour sa part au rejet du recours. Le 25 juin 2024, le juge instructeur a rejeté une requête de prolongation de délai pour déposer une réplique, formulée par une avocate nouvellement mandatée par l'intéressé, car tardive. Le 2 juillet 2024, la mandataire du recourant a encore produit trois avis médicaux et allégué qu'une nouvelle expertise médicale était en cours d'établissement, requérant la suspension de la procédure jusqu'à faits connus sur la situation de son client. Par ailleurs, elle a requis pour celui-ci le bénéfice de l'assistance judiciaire. Par ordonnance et décision incidente du 4 juillet 2024, le juge instructeur a rejeté la requête de suspension de la procédure.

En droit:

1.

1.1 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée à partir du 6 juin 2024 (date de la procuration signée en faveur de la mandataire du recourant), 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]).

1.2 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif 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]).

1.3 Le Tribunal administratif 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). 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 considération pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 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^{ter} 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.

2.3 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 médicale concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte 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, au vu 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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).

2.4 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; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

2.5 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 LPGA). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPGA). 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 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

3.

3.1 Dans sa décision litigieuse du 1^{er} février 2024, l'intimé a considéré que le dossier médical ne permettait pas de constater d'atteinte à la santé invalidante et démontrait que l'assuré était en mesure d'exercer une activité lucrative correspondant à ses compétences, à plein temps et sans limitation de rendement. Pour ce faire, il s'est fondé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 24 octobre 2023 ainsi que sur le rapport du SMR du 27 novembre 2023. L'Office AI Berne a ainsi jugé que les investigations entreprises avaient révélé que l'assuré ne présentait pas une invalidité dans le sens de la loi et lui a donc dénié tout droit à une rente.

3.2 Le recourant, par le biais de sa médecin généraliste qui a personnellement formulé le recours, fait valoir un syndrome dépressif sévère, qui influence également la gestion de son diabète. Il déclare avoir été à nouveau hospitalisé début février 2024 en urgence, à la suite d'un coma dû à son diabète déséquilibré. Il invoque que cette situation précaire

sur le plan médical lui interdit la conduite et le travail sur des machines, et ajoute que le syndrome dépressif sévère dont il est atteint rend difficile tout travail demandant de la concentration. Il requiert la réévaluation de sa situation sur le vu de nouveaux éléments, notamment son hospitalisation récente et les infections à répétition dans le cadre de son diabète décompensé. A l'appui, il produit deux rapports médicaux des 3 mai 2023 et 27 mai 2024 d'un centre de psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un certificat médical du 6 juin 2024 d'une clinique de jour psychiatrique.

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; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 c. 6.3.1, in SVR 2022 UV n° 46). Au cas particulier, le recourant a notamment produit devant le Tribunal administratif, par courrier du 2 juillet 2024, un rapport d'un centre de psychiatrie et psychothérapie du 27 mai 2024 faisant état de l'évolution de son état de santé, ainsi qu'un certificat médical du 6 juin 2024 d'une clinique de jour psychiatrique attestant sa prise en charge semi-hospitalière cinq jours par semaine depuis le 5 juin 2024. Ce dernier certificat ne peut pas être pris en compte dans la présente procédure, car il évoque uniquement des faits postérieurs à la décision contestée. En revanche, les faits exposés et l'analyse qui en est faite dans le rapport du 27 mai 2024 se rapportent en partie à une évolution de l'état de santé du recourant entamée avant la décision attaquée, de sorte que ce document doit être pris en considération dans cette mesure (en ce sens, voir TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1). Dans cet écrit, les médecins psychiatres consultés ont constaté en substance un tableau clinique aboutissant à des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), de dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) et de personnalité anxieuse (ch. F60.6 CIM-

10). Ils ont estimé que l'état actuel du patient ne permettait pas d'envisager une activité lucrative et ont posé un pronostic réservé, malgré la prise en charge en cours (dossier recourant [dos. rec.] reçu le 4 juillet 2024 pièce justificative [PJ] 2). Au surplus, le dossier de l'intimé permet de constater les faits déterminants suivants.

4.2 Il ressort d'un rapport du 24 février 2022 de la spécialiste en endocrinologie et diabétologie traitant le recourant depuis 2012 que celui-ci est atteint d'un diabète de type I depuis 1996, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. La praticienne a précisé que le diabète de son patient était insuffisamment contrôlé et instable, avec des hyper- et hypoglycémies et une diminution de la vision de l'œil gauche en raison d'une rétinopathie diabétique. Elle a aussi indiqué un risque d'hypoglycémies en cas d'activité physique intense ou de repas non pris. La spécialiste a encore déclaré qu'elle n'avait jamais attesté d'incapacité de travail de son patient et que celui-ci était en mesure d'effectuer une activité lucrative pendant quatre à six heures par jour, ne nécessitant pas d'efforts physiques ni de conduite automobile, à des horaires réguliers et permettant des pauses pour pouvoir manger en cas d'hypoglycémies. Elle a cependant précisé ne pas pouvoir se prononcer quant à un pronostic sur la capacité de travail du patient (dos. AI 38/3-8).

4.3 Dans un rapport du 21 avril 2022, la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'établissement hospitalier ayant traité ambulairement le recourant depuis le 26 octobre 2021 (ci-après: la psychiatre traitante) a posé le diagnostic influençant la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10). Elle a attesté à l'intéressé une incapacité de travail de 100% depuis le 26 octobre 2021 pour une durée indéterminée. Malgré une évolution lente, la psychiatre a toutefois émis un bon pronostic sur la capacité de travail du patient. Elle a préconisé une réadaptation à raison de deux heures par jour dans un travail adapté, à augmenter ensuite à quatre heures par jour selon l'état clinique (dos. AI 48). Dans un nouveau rapport du 13 décembre 2022, une autre spécialiste en psychiatrie du même établissement hospitalier a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (ch. 32.2 CIM-10). La praticienne ne

s'est pas prononcée plus en détail en ce qui concerne la capacité de travail du recourant (dos. AI 59/3-5).

4.4 Le 4 novembre 2022, une institution spécialisée mandatée par l'intimé a produit son rapport relatif à une mesure de réadaptation entreprise par l'assuré, qui a consisté en un entraînement progressif au travail du 2 août au 24 octobre 2022 dans le domaine de l'électronique (soudure et calcul de résistance) et du 25 octobre au 4 novembre 2022 dans le secteur de la fabrication manuelle. Ils ont conclu qu'en raison de son instabilité émotionnelle, il n'était pas possible à l'assuré de travailler sur le premier marché du travail. Enfin, ils ont estimé qu'il était préférable de ne pas prolonger la mesure en raison du taux de rendement ainsi que de l'instabilité psychique de l'assuré, déclarant qu'il était important pour lui de soigner sa dépression et d'être suivi régulièrement par sa psychiatre afin d'atteindre une stabilité (dos. AI 55).

4.5 Dans son rapport du 3 mai 2023, la psychiatre traitante a confirmé son diagnostic, ayant une incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10), tout en indiquant désormais une incapacité de travail totale de son patient à partir du 29 novembre 2022 pour toute activité. Elle a posé un pronostic réservé et relevé que, malgré le désir de l'intéressé de trouver un travail, plusieurs tentatives de réadaptation avaient échoué et qu'il se sentait très fatigué, voire épuisé après le travail. Elle a néanmoins précisé qu'étant donné que le patient avait maintenant accepté un traitement psychotrope, adapté par la suite, il était possible d'envisager un séjour en clinique de jour dans un contexte de rythme de vie difficile (dos. AI 64).

4.6 Sur recommandation du SMR du 23 mai 2023 (dos. AI 66/4-6 et 72/13-16), l'intimé a organisé une expertise psychiatrique, dont les conclusions ont été remises le 24 octobre 2023. Dans son évaluation, l'expert a posé le diagnostic impactant la capacité de travail de neurasthénie (ch. F48 CIM-10) et les diagnostics non impactants de trouble anxieux d'intensité modérée/faible (ch. F41.1 CIM-10), de phobie d'intensité modérée/faible (ch. F40.0/1 CIM-10) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse à la suite d'un accident de travail (ch. F43.2 CIM-10). A l'issue de son analyse, l'expert a conclu

que depuis octobre 2021, la capacité de travail horaire était entière et qu'il n'y avait pas de documentation au dossier qui prouverait que l'évolution de celle-ci avait changé (dos. AI 81.1).

4.7 A l'appui de ses objections au préavis de l'intimé du 2 novembre 2023, l'assuré a produit un avis de sa médecin généraliste du 10 décembre 2023. Celle-ci y a évoqué en substance la présence chez son patient d'un syndrome dépressif de longue date et d'un diabète de type I depuis 1996. D'après elle, ces pathologies revêtaient un caractère invalidant, car elles n'avaient pas permis au recourant, depuis de nombreuses années, de reprendre une activité lucrative malgré sa bonne volonté. La praticienne a souligné que l'intéressé présentait une tristesse pathologique avec une apathie profonde, une représentation négative de lui-même et un ralentissement psychique sur le plan cognitif, affectif et conatif (dos. AI 87).

4.8 Le 27 décembre 2023, le spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie du SMR en charge du dossier du recourant a encore pris position face à l'avis précité de la médecin généraliste. S'agissant du syndrome dépressif invoqué, il s'est référé à l'expertise psychiatrique du 24 octobre 2023, qui exclut la présence actuelle de symptômes dépressifs. En ce qui concerne le diabète de type I de l'assuré, le spécialiste du SMR a déclaré que sur la base du rapport de la spécialiste en endocrinologie et diabétologie du 24 février 2022, le diabète en question n'amenait aucune limitation de la capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée (dos. AI 91).

5.

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 24 octobre 2023, sur lequel s'est fondé 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 Sur le plan formel, l'expertise psychiatrique en question répond aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des documents médicaux. L'expert, dont la qualification médicale ne saurait être mise en doute, a procédé à un examen personnel du recourant. Il a pris en compte les plaintes subjectives de celui-ci et a résumé l'ensemble des documents médicaux recueillis par l'intimé. Il a aussi restitué de façon détaillée l'anamnèse (antécédents médicaux psychiatriques et somatiques, synopsis, développement infantile, anamnèse familiale, activités sociales, associatives, aspects professionnels, du quotidien et de l'environnement de l'assuré). Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance des éléments médicaux déterminants. Les observations émises par l'expert dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été suivies par son appréciation finale relative à la capacité de travail de l'assuré. Par conséquent, d'un point de vue formel, l'expertise psychiatrique ne prête pas flanc à la critique.

5.3 Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant aux experts médicaux impliquent essentiellement qu'ils posent un diagnostic et décrivent l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail de l'assuré (voir ATF 140 V 193 c. 3.2; TF 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 c. 5.2, 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). S'agissant plus particulièrement de troubles psychiques, les experts doivent motiver les diagnostics de telle manière que l'organe d'appréciation du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Par ailleurs, il appartient au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail (TF 9C_557/2023 du 18 décembre 2023 c. 4.3.4 et les références). En l'occurrence, sur le plan de l'appréciation matérielle de l'expertise du 24 octobre 2023, il convient de relever ce qui suit.

5.3.1 En opérant une synthèse entre ses propres constatations lors de l'entretien personnel avec l'intéressé, les observations cliniques symptomatiques et les autres rapports médicaux, l'expert a procédé à une analyse sémiologique méticuleuse en fonction des critères de la CIM-10 afin d'en dégager les diagnostics qu'il a retenus, cités ci-dessus (c. 4.6), et d'en invalider d'autres. Ainsi, il a admis chez le recourant un diagnostic impactant la capacité de travail, consistant dans une neurasthénie. D'après la définition de cette atteinte au ch. F48 CIM-10, sa caractéristique essentielle, dans un premier type de ce trouble, est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans un deuxième type de neurasthénie, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. En l'occurrence, pour retenir le diagnostic de neurasthénie, l'expert, dans ses observations cliniques, a relevé chez l'assuré une détresse émotionnelle et des plaintes persistantes, ainsi qu'un épuisement après des efforts physiques d'intensité moyenne, par exemple d'une durée de 30 à 40 minutes, voire d'une heure, et ce pendant plus de trois mois. Il a précisé que ces manifestations étaient apparues dans les tâches quotidiennes de l'assuré ou lors d'un effort mental inhabituel. Le spécialiste a encore ajouté, comme critères d'une neurasthénie, que l'expertisé avait aussi ressenti pendant plus de trois mois une fatigue, de la faiblesse physique, des pensées dans le vide, un malaise de vie et une incapacité à se détendre, mais sans douleurs, endolorissement, étourdissements, céphalées, troubles du sommeil ou irritabilité. Cela étant, cette description détaillée des observations cliniques

de l'expert psychiatre permet de reconnaître valablement la compatibilité de ces constatations avec le diagnostic de neurasthénie au sens du ch. F48 CIM-10. Au surplus, celui-ci a encore ajouté de manière convaincante que les symptômes qu'il a constatés satisfaisaient aux trois autres diagnostics qu'il a retenus, quant à eux sans influence sur la capacité de travail de l'expertisé, c'est-à-dire l'anxiété (ch. F41.1 CIM-10), un état phobique (ch. F40.0/1 CIM-10) et un trouble de l'adaptation (ch. F43.2 CIM-10) avec une réaction dépressive et anxieuse à la suite d'une précarité financière et familiale, dont le traitement par médication psychotrope, stable depuis 2020, apparaissait de nature symptomatique et sans grand bénéfice clinique. Un trouble obsessionnel compulsif ou rituel (ch. F42 CIM-10) a pour sa part été nié par l'expert, tout comme la présence de symptômes d'un état de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10) ou de réaction à un facteur de stress (ch. F43.0 CIM-10), les symptômes de ces pathologies étant absents. Il a aussi rejeté l'existence d'un état dépressif récurrent (ch. F33.1 CIM-10), retenu par les autres psychiatres ayant traité l'assuré. Il a motivé de manière convaincante cette appréciation en indiquant que ses consœurs avaient pris en considération les symptômes dépressifs d'aboulie, d'anhédonie, de tristesse, d'angoisses accompagnées de symptômes végétatifs comme une oppression thoracique, une boule au ventre, des céphalées intentionnelles et une irritabilité importante, et qu'elles avaient précisé que la thymie et la diminution de l'intérêt et du plaisir de l'assuré étaient fortement influencées par les circonstances. Or, selon l'avis de l'expert qui emporte conviction, une telle inconstance temporelle de la sémiologie invalide d'emblée un trouble dépressif au sens du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, publié par l'American Psychiatric Association) et de la CIM-10, où les manifestations cliniques d'un tel diagnostic sont durables et indépendantes des circonstances externes. L'expert a expliqué qu'il s'agissait d'une différence d'appréciation clinique diagnostique avec ses consœurs en lien avec le ressenti sociétal de l'assuré, qui lui faisait privilégier ainsi un trouble de l'adaptation à une pathologie dépressive (ch. F32/F33 CIM-10), alors que l'avis médical du 13 décembre 2022 (voir ci-avant c. 4.3) privilégiait, selon lui, une forme fruste (sans cadre sémiologique précis fermé) d'une décompensation anxieuse et dépressive (F41.2 CIM-10). C'est de manière convaincante que l'expert a expliqué que

ce dernier diagnostic faisait l'impasse sur les conditions de survenance du malaise psychique, que lui-même considérait comme un paramètre d'importance déterminante. En effet, à la lumière de la définition du trouble dépressif récurrent selon le ch. F33 CIM-10, un tel trouble se caractérise par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description du ch. F32. Celle-ci implique un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité, ainsi qu'une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. En outre, on observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit, et il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation. Enfin, toujours d'après le ch. F32 CIM-10, l'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes somatiques. On constate dès lors que, sur le vu de l'examen clinique décrit plus haut, les critères du ch. F32 CIM-10 pour admettre la présence d'un trouble dépressif récurrent ne sont pas réalisés chez le recourant. L'expert a donc clairement exposé les raisons expliquant les divergences par rapport aux diagnostics évoqués dans les autres avis médicaux au dossier, émanant des médecins ayant traité le recourant. Par conséquent, sa conclusion quant à l'absence d'un trouble dépressif récurrent chez l'expertisé peut être validée. Enfin, son évaluation de l'atteinte à la santé et de l'évolution de celle-ci (analyse et synthèse) s'avère cohérente et plausible, en regard de celles des médecins, psychiatres-psychothérapeutes et psychologue traitant l'assuré. Ainsi, sur les points qui précèdent, l'expertise psychiatrique du 24 octobre 2023 apparaît complète, motivée et cohérente, de sorte que rien ne permet de mettre en doute les diagnostics posés et les constatations médicales exposées par l'expert psychiatre.

5.3.2 En revanche, il en va différemment de son évaluation de la capacité de travail de l'assuré en fonction de l'atteinte à la santé retenue, qui n'est pas exempte de contradictions et d'incohérences. En effet, si l'expert a valablement exclu un état dépressif récurrent, il a tout de même expressément retenu un diagnostic psychiatrique influençant la capacité de

travail du recourant, consistant dans une neurasthénie. Selon les caractéristiques de cette atteinte d'après le ch. F48 CIM-10 (voir c. 5.3.1 ci-avant), on constate que cette maladie est bien susceptible d'affecter la capacité de travail à des degrés divers. Malgré cela, dans ses réponses aux questions de l'intimé, l'expert a conclu sans autre véritable explication à une capacité de travail totale de l'assuré sur le plan psychique (réponse à la question n° 1.3 de l'intimé) depuis octobre 2021. Il n'apporte aucune réponse apte à clarifier cette contradiction indéniable. Or, pour évaluer de manière fiable la capacité de gain du recourant et, partant, son degré d'invalidité, cette question ne saurait demeurer indéçise. Par ailleurs, dans sa réponse à la question de l'intimé relative à une réduction éventuelle de la performance de l'assuré durant son temps de présence au lieu de travail (question n° 1.2), l'expert s'est référé au rapport de l'institution dans laquelle la mesure de réadaptation entreprise s'était déroulée (c. 4.4 ci-avant). Il a déclaré à ce propos que le rendement était "limité pour un motif psychique (compliance / collaboration / observance / attitude / motivation insuffisantes) à 37,5%, dans la mesure de la réponse" relative à la capacité de travail. On comprend donc mal comment l'expert a finalement pu tout de même conclure à une pleine capacité de travail, malgré cette limitation de rendement de 37,5% due aux limitations fonctionnelles qu'il a citées. Il n'en a pas précisé les raisons, alors même qu'il a considéré plus loin ces limitations comme étant de nature psychique ou psychiatrique (réponse de l'expert à la question n° 2.1 de l'intimé). Or, si tel est le cas, comme l'expert le laissait à tout le moins implicitement entendre, une qualification de ces aspects comme étant uniquement dus à un défaut de collaboration de l'assuré s'avérerait discutable. Cette question n'a pas été abordée concrètement par le spécialiste. Il incombait donc à l'intimé de demander à celui-ci des précisions, en particulier quant aux éventuelles intrications entre ces limitations fonctionnelles et le diagnostic psychiatrique de neurasthénie, qui a été considéré sans ambages par l'expert comme influençant la capacité de travail de l'assuré. Au surplus, il faut constater que l'expert n'a pas apporté de réponse précise et concrète dans son appréciation des capacités et des ressources de l'assuré (ch. 7.4 de l'expertise). Il s'est contenté d'affirmer laconiquement que celui-ci n'avait pas démontré de restriction de sa capacité de travail par sa dimension d'atteinte à la santé psychique, mais qu'il retenait un défaut de motivation

et de compliance, sans expliquer en quoi consistait ce défaut. Enfin, la formulation de la réponse à la question de l'intimé quant à la capacité de travail de l'assuré dans l'activité exercée jusqu'ici n'est pas non plus dénuée d'ambiguïté. Si la capacité de travail est considérée comme totale par l'expert, il a cependant indiqué ne pas avoir relevé "tant dans [les] dossiers médicaux que de soutien type [mesures de réadaptation professionnelle] de marqueurs suffisants pour ne pas y reconnaître d'[incapacité de travail] durable en lien avec une atteinte sévère à la santé au sens médico-assurantiel". Cette remarque, comprenant une double négation, laisse donc entendre qu'une incapacité de travail durable pourrait être reconnue d'après le dossier. Elle est en tout cas contradictoire avec l'estimation d'une pleine capacité de travail et laisse planer un doute à cet égard. Même s'il ne semble pas exclu qu'il s'agisse là d'une erreur de formulation de la part de son auteur, il n'en demeure pas moins que l'intimé ne pouvait s'abstenir d'inviter celui-ci à fournir des éclaircissements également sur ce point. En conséquence, si l'expertise du 24 octobre 2023 apparaît probante sur le plan médical, tel n'est pas le cas pour ce qui concerne l'appréciation par l'expert de la capacité de travail de l'assuré au moment où la décision contestée a été rendue. En l'état, cette capacité de travail n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation des preuves généralement applicable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2).

6.

Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas au Tribunal administratif de se forger une opinion suffisante en lien avec les atteintes potentiellement invalidantes à la santé de l'assuré, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. S'agissant de la médecin généraliste, dans son rapport du 10 décembre 2023 et dans l'acte de recours du 28 février 2024, elle fait valoir laconiquement le diabète de type I dont souffre son patient depuis 1996, qui a provoqué une hospitalisation récente et des infections à répétition, ainsi qu'un syndrome dépressif de longue date, qui entraveraient de façon durable et significative sa capacité de gain. Elle n'allègue cependant pas

d'élément significatif susceptible d'établir avec une vraisemblance prépondérante une incapacité de travail durable au moment où la décision litigieuse a été rendue. Il en va de même des autres avis médicaux antérieurs, figurant au dossier et déjà cités, qui émanent de la diabétologue et des psychiatres ayant traité le recourant. Alors que la diabétologue a attesté une capacité de travail de quatre à six heures par jour dans une activité adaptée à son patient, elle a indiqué aussi ne pas être en mesure de se prononcer sur l'existence de limitations fonctionnelles (rapport du 24 février 2022; c. 4.2 ci-dessus). Pour sa part, la psychiatre traitante a tout d'abord considéré que le patient disposait d'un bon pronostic quant à sa capacité de travail (rapport du 21 avril 2022; c. 4.3 ci-dessus). Elle a nuancé ensuite cette appréciation en émettant des réserves et attestant une incapacité de travail depuis le 29 novembre 2022, tout en indiquant que son patient avait depuis lors accepté un traitement psychotrope, rendant possible un séjour en clinique de jour (rapport du 3 mai 2023; c. 4.5 ci-dessus). Quant au rapport du 13 décembre 2022 d'une autre psychiatre consultée, il ne se prononce pas sur la capacité de travail du patient (c. 4.3 ci-dessus). Enfin, le rapport psychiatrique du 27 mai 2024 fait état d'une péjoration de l'état de santé ultérieure à la décision contestée, qui ne permettrait pas à l'assuré d'exercer une activité lucrative en l'état actuel. Il ne se prononce néanmoins pas sur la capacité de travail à la date de la décision litigieuse (c. 4.1 ci-dessus). Au surplus, s'agissant des avis des médecins traitants, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec leur patient, ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TFA [ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Cela est d'autant plus vrai pour la généraliste traitante, qui a rédigé le recours en faveur de son patient auprès du Tribunal administratif et qui a dès lors pris ouvertement parti en sa faveur (voir TF 8C_168/2008 du 11 août 2008 c. 6.2.2).

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'en l'état du dossier, les rapports médicaux qui y figurent ne permettent pas de statuer de manière fiable, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 c. 3.2), sur les répercussions de l'atteinte à la santé du recourant sur la capacité de travail de celui-ci à la date de la décision contestée. En rendant une décision en l'état du dossier en se basant uniquement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 24 octobre 2023, que l'on doit qualifier de non probantes matériellement sur cet aspect, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir c. 2.5). Les contradictions et les incertitudes qui émaillent les conclusions de l'expertise psychiatrique en question nécessitent des éclaircissements et des explications supplémentaires de la part de l'expert. A cet effet, l'intimé fera compléter par celui-ci son expertise en l'invitant à lever les incohérences détaillées ci-dessus (c. 5.3.2). En particulier, l'expert se prononcera sur l'impact concret du diagnostic incapacitant de neurasthénie, qu'il a lui-même retenu, sur la capacité de travail de l'assuré, compte tenu aussi des limitations fonctionnelles relevées, qu'il a expressément qualifiées de psychiques et qui ne peuvent dès lors pas être ignorées. Il s'exprimera en outre sur l'évolution dans le temps des conséquences de l'atteinte constatée sur la capacité de travail. L'expert appréciera également concrètement les capacités et les ressources qu'il estimera présente chez l'assuré, en précisant leur influence sur la capacité de travail de celui-ci, et évaluera encore quelle activité lucrative serait exigible de sa part, compte tenu de tous ces éléments. Enfin, l'expert répondra concrètement à la question des médecins du SMR, qui l'invitaient expressément, dans leur rapport et mandat d'expertise du 23 mai 2023 (dos. AI 69 et 72/14), à s'exprimer quant à la nécessité éventuelle de requérir encore une expertise de médecine interne, portant sur le diabète et ses effets sur le psychisme. Les résultats de ce complément d'instruction devront permettre à l'intimé d'estimer, le cas échéant, le besoin de procéder à des investigations complémentaires relatives à l'influence du diabète sur la capacité de travail de l'assuré, puis d'établir la capacité (ou l'incapacité) de travail de celui-ci dans une activité adaptée. Sur cette base, il pourra se prononcer en

connaissance de cause sur l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité dans une nouvelle décision.

7.2 Dans le cas d'espèce, un renvoi de la cause à l'intimé se justifie pleinement, dès lors qu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas suffisamment, voire pas du tout, été éclaircis en procédure administrative, et qui doivent être précisés ou complétés (ATF 139 V 99 c. 1.1). Au cas particulier, une instruction au niveau du Tribunal administratif violerait, qui plus est, le droit d'être entendu de l'intéressé et le priverait d'une instance de recours (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

8.

8.1 En conclusion, le recours est admis et la décision du 1^{er} février 2024 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

8.2 Les frais de la procédure devant le Tribunal administratif, 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 art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.-, versée par le recourant, lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.

8.3 Au cours de la présente procédure, le recourant a mandaté une avocate pour le représenter à partir du 6 juin 2024. Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une prestation de l'assurance-invalidité, 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). Assisté d'une mandataire agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi, en principe, droit à l'octroi de dépens comprenant les frais découlant de sa représentation (art. 104 al. 1 LPJA). Au cas particulier toutefois, la mandataire du recourant ne s'est manifestée qu'après le dépôt du recours, une première fois en date du 24 juin 2024 pour demander une prolongation de délai et une deuxième fois le 2 juillet 2024 pour requérir la suspension de la procédure, la consultation du dossier, ainsi que l'assistance judiciaire.

Dans son courrier du 2 juillet 2024, elle s'est par ailleurs limitée à produire sans commentaire les pièces médicales évoquées plus haut (c. 4.1 ci-dessus), ultérieures à la décision. Elle a encore complété sa requête d'assistance judiciaire le 15 juillet 2024, puis ne s'est plus manifestée en cours de procédure. En particulier, elle n'a entrepris aucune démarche relative aux questions matérielles qui se posaient dans le cadre de l'examen du droit de son client à des prestations de l'assurance-invalidité. Dès lors, il ne se justifie pas d'accorder des dépens au recourant, pas même en la forme d'une indemnité de partie, le recourant n'ayant pas, lui-même, déployé des efforts dans le cadre de la présente procédure qui dépasseraient la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 104 al. 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références).

8.4 Compte tenu de l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire est sans objet et doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé. L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire est sans objet.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa 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).