

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 622 vom 25. März 2026**

BE Verwaltungsgericht, 2026-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2025\\_622](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2025_622)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 622 du 25 mars 2026

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 622 del 25 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La décision du 21 août 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue une rente entière d'invalidité du 1er mars au 30 septembre 2024 puis une rente de 30% dès le 1er octobre 2024. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cet acte, en tant qu'il limite le droit à la rente à 30% dès le 1er octobre 2024, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2024, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci complète son instruction en la matière et prononce une nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant la diminution de sa rente d'invalidité dès le 1er octobre 2024 malgré les troubles attestés sur le plan psychiatrique.

### **E. 1.2**

C'est le lieu de préciser que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; TF 9C\_431/2018 du 16 novembre 2018 c. 3.2, in SVR 2019 IV n° 32; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

### **E. 1.3**

Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, 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-

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 4 invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

### **E. 1.4**

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]).

### **E. 1.5**

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).

### **E. 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).

### **E. 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). Une limitation de la capacité d'exécuter une

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 5 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). 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, 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 151 V 66 c. 5.4, 143 V 418 c. 7.2).

### **E. 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. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis 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.

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 6

#### **E. 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; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

#### **E. 2.5**

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

#### **E. 2.6**

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 151 V 280 c. 3.3.1, 244 c. 3.4, 144 V 427 c. 3.2; TF 8C\_457/2021 du 28 avril 2022 c. 3.3, in SVR 2022 UV n° 41).

#### **E. 3.1**

Dans la décision attaquée, l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité du 1er mars au 30 septembre 2024 puis une rente de 30% dès le 1er octobre 2024. Il a exposé que la demande avait été déposée tardivement, le 11 septembre 2023, si bien que les prestations pouvaient au plus tôt être accordées dès le 1er mars 2024. Il a en outre considéré que

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 7 l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative jusqu'au 30 juin 2022, mais que son état de santé s'était amélioré au plus tard à la moitié de l'année 2024, ce qui entraînait une modification du taux d'invalidité trois mois plus tard. Il a dès lors fixé ce dernier à 100% à partir du 1er mars 2024, puis à 42% dès le 1er octobre 2024, ce sur la base d'un rapport d'enquête et d'un avis du SMR. Dans son mémoire de

réponse du

### **E. 3.2**

Pour sa part, le recourant a en particulier contesté la diminution de sa rente dès le 1er octobre 2024. A cet égard, il a fait valoir que l'intimé avait uniquement pris en considération l'aspect somatique, sans tenir compte des aspects psychiques et addictologiques. Or, il a souligné qu'il présentait un long passé de toxicomanie et demeurait un consommateur quotidien de cannabis. Il a également rappelé que le rapport du service de psychiatrie d'un centre hospitalier régional avait conclu à l'échec d'une reprise d'activité après plusieurs années d'absence du marché du travail et que ses démarches administratives étaient assumées par le service social. Le recourant n'a certes pas remis en cause une certaine capacité de travail sur le plan cardiaque, mais il a considéré que l'intimé aurait dû, avant de statuer, ordonner des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique. 4. Le dossier permet de constater les principaux faits médicaux suivants. 4.1 Au moyen d'un écrit du 18 novembre 2021, le service de cardiologie d'un centre hospitalier a posé les diagnostics d'infarctus du myocarde subaigu sans élévation du segment ST, en présence d'une coronaropathie des trois vaisseaux (décelée en 2020), d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade IIb à gauche, de même que de status après une polytoxicomanie (consommation de cocaïne, d'amphétamine, de méthamphétamine et de cannabis). Il a été précisé qu'après son infarctus,

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 8 le recourant avait bénéficié d'un programme de réhabilitation cardiaque du 16 août au 1er novembre 2021, l'assuré se plaignant alors de douleurs thoraciques atypiques, avec une mauvaise tolérance à l'effort du fait d'une dyspnée et d'une importante artériopathie oblitérante. A l'issue de la mesure, une nette amélioration de la tolérance à l'effort a été relevée (dossier [dos.] AI 28/2). En date du 21 septembre 2022, ce même service a procédé à une échocardiographie transthoracique, dont les résultats sont revenus normaux, puis il a confirmé les diagnostics précédemment posés, en soulignant que l'intéressé ne manifestait plus de plainte relevant de la sphère cardio-pulmonaire (dos. AI 9/6 et 16/3). 4.2 Par un rapport du 27 septembre 2022, le service d'angiologie du centre hospitalier précité a retenu les diagnostics d'infarctus du myocarde, de maladie vasculaire périphérique des extrémités inférieures et de fracture de l'os naviculaire droit (voir dos. AI 10/27). Il a constaté une évolution réjouissante de l'artériopathie après la pose d'un stent, sans resténose, et a recommandé la poursuite d'un traitement conservateur (dos. AI 10/23). 4.3 Le 17 décembre 2022, le recourant a subi un nouvel infarctus. Une coronarographie et une échocardiographie transthoracique effectuées le lendemain ont relevé des résultats sans particularité, avec cependant la mention d'une resténose marginale au niveau du stent, d'une occlusion complète connue de l'artère coronaire droite et d'une hypokinésie elle aussi connue et sans impact sur la fonction globale du ventricule gauche (dos. AI 9/14 et 16/1). 4.4 Dans un rapport du 20 décembre 2022 du service de médecine interne du centre hospitalier, les diagnostics des précédents services ont été repris et ceux de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, ainsi que de symptômes de sevrage le 18 décembre 2022, en présence d'un manque de cannabis (diagnostic différentiel: manque de nicotine) y ont été ajoutés. Il a en outre été posé le diagnostic de suspicion d'attaque de panique en date du 17 décembre 2022 (dos. AI 9/10). 4.5 Dans un rapport de sortie du 12 janvier 2023, le service de chirurgie du centre hospitalier a en particulier posé les diagnostics de douleurs indéterminées dans la partie supérieure de l'abdomen et au thorax à

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 9 gauche, ainsi que de lipase légèrement élevée sans étiologie claire. Ils ont souligné que l'assuré s'était présenté en urgence en raison de douleurs thoraciques, de dyspnées et d'une altération de l'état général, avec des douleurs diffuses à l'abdomen, sans symptômes d'accompagnement (diarrhées, nausées ou vomissement). Après avoir exclu un début de pancréatite, les médecins de ce service ont conclu que les douleurs du recourant devaient être liées à des attaques de panique récidivantes (dos. AI 10/10). 4.6 Dans ses rapports des 3 février et 23 mai 2023, le service d'angiologie a fait état d'une évolution favorable, tout en précisant que la situation médicale restait tendue et nécessitait le suivi d'un entraînement intensif à la marche et la fin de toute consommation de nicotine (dos. AI 3/1 et 10/7). La poursuite de cette amélioration a en outre été constatée par le même service le 24 mai 2024. Il a alors encore été précisé que le recourant souffrait d'une légère claudication affectant les mollets. La poursuite d'un traitement conservateur a été recommandée (dos. AI 38/1). Lors de la consultation de suivi annuelle du 15 mai 2025, le même service a ensuite posé le diagnostic d'absence de resténose de l'artère iliaque gauche. Il a constaté une stabilité clinique et la subsistance d'une claudication jugée toutefois non invalidante (dos. AI 49/1). 4.7 Le 13 octobre 2023, la médecin interniste traitante a fait état d'une amélioration de l'état de santé du recourant et relevé que ce dernier suivait ses thérapies de manière exemplaire, s'agissant de la réadaptation physique et de la psychothérapie. Elle a mentionné les diagnostics de status post polytoxicomanie et maladie alcoolique sévère, ainsi que de syndrome anxieux généralisé, tous deux impactant la capacité de travail. Elle a estimé que celle-ci était nulle depuis août 2021, pour toute activité exigeant un effort physique et plus de quatre heures de concentration (dos. AI 17/3). Dans un rapport du 13 avril 2024, elle a rapporté une situation médicale stable avec néanmoins un état cardiovasculaire et général fragile. Elle a précisé que le recourant souffrait de troubles de l'adaptation pour lesquels il était suivi en psychiatrie, d'une diminution du périmètre de marche à cause de l'artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs, de dyspnée, de déconditionnement musculo-

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 10 squelettique, d'une ancienne toxicomanie, ainsi que d'un status post alcoolisme sévère. Elle a attesté d'une incapacité de travail à 100% pour toute activité, due aux limitations physiques, mentales et psychiques. Elle a enfin souligné que son patient présentait des difficultés à se concentrer, qu'il souffrait d'une grande asthénie, d'un déconditionnement et qu'il n'était pas exigible de lui qu'il assume des travaux exigeants ni de soulever des charges (dos. AI 36/2). 4.8 Selon un rapport du 23 octobre 2023 du service de psychiatrie du centre hospitalier consulté par l'intéressé, les diagnostics de troubles de l'adaptation (ch. F43.2 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé) ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis sans précision mais avec une utilisation nocive pour la santé (ch. F12.9 et F12.1 CIM-10) ont été posés. Il a toutefois été précisé que ces diagnostics n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail, le recourant étant en rémission et ne présentant pas de symptômes de sevrage ou de symptômes anxieux (dos. AI 22/3). 4.9 Dans un rapport du 26 juillet 2024, un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR a rappelé les diagnostics d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade IIa, de maladie coronarienne, de troubles de l'adaptation, ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Il a retenu que l'artériosclérose et la maladie

coronarienne avaient un impact sur la capacité de travail depuis des années. Sur cette base, il a expliqué qu'une activité physique légère, exercée principalement en position assise, pouvait être assumée par le recourant à raison de six heures par jour, avec une diminution de rendement de 10%, afin de tenir compte d'un besoin accru de pauses. Le port répété de charges devait être évité, tout comme le maintien de postures contraignantes ou de la position debout, la marche prolongée, l'utilisation d'échelles, d'échafaudages ou d'escaliers de façon répétée, l'exposition au froid/au chaud voire à de fortes variations de température, ainsi que les emplois impliquant un rythme jour/nuit perturbé ou accompli dans un environnement soumis à une pression atmosphérique positive ou négative. Le médecin du SMR a ajouté que le recourant devait en outre

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 11 avoir la possibilité de gérer son stress de manière équilibrée. Il a estimé que ce profil était valable au plus tard dès le milieu de l'année 2024 et qu'il serait souhaitable que le recourant cesse sa consommation de cannabis (dos. AI 41/4). 4.10 Le service de psychiatrie du centre hospitalier a encore, par un rapport du 19 juin 2025, posé les diagnostics d'attaques de panique paroxystiques présentes depuis un infarctus, de troubles mentaux et du comportement, sans précision, liés à l'utilisation de dérivés du cannabis sans précision (ch. F12.9 CIM-10), de problèmes liés aux difficultés dans la gestion de la vie quotidienne, de traits de la personnalité accentués, soit émotionnellement instables de type impulsif sans signe d'un trouble manifeste de la personnalité, de même que de status après des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, à la cocaïne ou à d'autres stimulants (amphétamines). Il a cependant relevé que le recourant était désormais abstinent de ces substances. Cela étant, il a considéré que les chances de succès d'une tentative de reprise du travail étaient faibles, en raison de troubles de la concentration/de la mémoire, de la consommation persistante de cannabis, de crises de panique intermittentes, mais aussi de difficultés dans les interactions sociales et dans le contrôle des impulsions (dos. AI 51/2). 5. Il convient d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 26 juillet 2024, sur lequel la décision attaquée est fondée. 5.1 5.1.1 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

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 12 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). 5.1.2 La valeur probante des rapports du SMR (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TF 8C\_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.2, in SVR 2018 IV n° 4). Malgré cette aptitude de base à prouver, les rapports émanant de médecins spécialistes internes à l'assurance ne sont pas revêtus dans la pratique de la même force probante qu'une expertise, réalisée par des experts indépendants, de nature judiciaire ou ordonnée en cours de

procédure par l'assureur en vertu de l'art. 44 LPGA. Si un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 145 V 97 c. 8.5, 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; TF 8C\_434/2023, 8C\_436/2023 du 10 avril 2024 c. 4.3, non publié in ATF 150 V 188, mais in SVR 2024 UV n° 27). 5.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, il convient d'abord de relever que l'anamnèse et la description du contexte médical exposées dans le rapport du 26 juillet 2024 sont particulièrement succinctes. Ce dernier décrit néanmoins les atteintes cardiologiques et angiologiques, en se basant sur

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 13 les rapports du service d'angiologie du centre hospitalier du 24 mai 2024 et de la médecin interniste traitante du 13 avril 2024. Il en va différemment sur le plan psychiatrique. En effet, à cet égard, le SMR s'est limité à évoquer le rapport des psychiatres traitants du 23 octobre 2023 (voir c. 4.8) et à souligner que ces derniers n'avaient attesté aucune incapacité de travail. Cette assertion se heurte cependant tout d'abord aux avis de la médecin traitante, qui, même si elle ne peut se prévaloir d'une spécialisation en psychiatrie, a néanmoins fait état d'atteintes psychiques (voir c. 5.3.2; dos. AI 17/3 et 36/2). Qui plus est, s'il est vrai que les psychiatres traitants ont tout d'abord exclu une incapacité sur le plan psychiatrique, force est de constater qu'ils avaient néanmoins évoqué un suivi régulier, puis qu'ils ont fini par admettre l'impact des atteintes sur la capacité de travail (dos. AI 22/3 ss). Ce rapport n'a toutefois pas été pris en compte par le SMR. Le raisonnement du médecin de ce service, s'agissant de la psychiatrie, apparaît ainsi d'autant plus lacunaire que le médecin de ce service s'est lui aussi déterminé sans disposer d'une spécialisation dans cette discipline. Aussi, le seul avis à sa disposition, qui émanait d'un psychiatre, était réduit à un bref formulaire destiné à l'intimé, qui lui-même n'était pas exempt de certaines contradictions (voir c. 5.3.2). Partant, s'agissant de la discipline psychiatrique, le rapport du 26 juillet 2024 est déjà sujet à caution, à l'aune d'un examen formel. On ne saurait en effet reconnaître que cet écrit tient suffisamment compte des éléments documentés sur le plan psychiatrique et que le contexte médical pris en compte par le SMR a été clarifié de manière approfondie. 5.3 5.3.1 Sous l'angle matériel ensuite, il y a lieu de souligner premièrement que les diagnostics issus des disciplines somatiques ne sont pas sujets à la controverse. En effet, les diagnostics d'artériopathie oblitérante, de maladie coronarienne et de status après une polytoxicomanie ont été repris de rapports du service d'angiologie du centre hospitalier (dos. AI 3/1, 10/7 et 38/1). Le diagnostic de maladie coronarienne, plus particulièrement de maladie coronarienne des trois vaisseaux et de status après un infarctus du myocarde, tout comme celui relatif à la consommation de substances, avait du reste été posé initialement par le service de cardiologie du centre

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 14 hospitalier (dos. AI 28/2). Ces diagnostics ont été confirmés tout

au long du suivi et ne prêtent donc pas le flanc à la critique. Ils ne sont au demeurant pas non plus contestés par le recourant. En outre, c'est de façon convaincante que le SMR a expliqué que la capacité de travail du recourant sur le plan somatique était nulle depuis août 2021, l'infarctus ayant en effet été diagnostiqué au début de ce mois. Il a ensuite relevé de manière cohérente que l'état somatique du recourant s'était amélioré au plus tard au milieu de l'année 2024, à savoir à la date à laquelle il avait examiné le dossier. A cet égard, il résulte de l'écrit du service d'angiologie du 24 mai 2024 qu'une évolution favorable a effectivement été observée à la suite d'angioplasties réalisées au niveau de l'artère iliaque gauche (la dernière, le 23 février 2022), malgré la persistance d'une légère claudication toutefois sans incidence significative sur la vie quotidienne (dos. AI 40/3). Il est vrai, la conclusion du spécialiste du SMR peut sembler favorable à l'assuré, puisqu'une amélioration avait déjà été observée à la fin 2022 (dos. AI 9/16). Néanmoins, on ne saurait ignorer que des douleurs thoraciques avec une dyspnée et une détérioration de l'état général avaient par la suite été rapportées au début de l'année 2023 (dos. AI 9/7). Aussi, la médecin traitante avait encore estimé, en octobre 2023, que la capacité de travail de l'assuré était nulle, s'agissant d'une activité physique. Partant, même s'il apparaît prudent, l'avis du SMR selon lequel l'état de santé s'était amélioré au plus tard à la date de son examen du dossier, emporte conviction. L'amélioration en cause est par ailleurs corroborée par le rapport du même service, du 15 mai 2025, qui faisait alors état d'une stabilité clinique (dos. AI 49/3; voir aussi c. 4.6). Dans cette mesure, compte tenu des atteintes sur les plans vasculaire et coronarien, on comprend dès lors aisément les restrictions attachées au profil d'exigibilité posé par le SMR (qui décrivent en résumé un emploi adapté comme consistant en une activité physique légère, exercée principalement en position assise; voir c. 4.9). L'estimation de la capacité de travail du recourant, dans une activité ainsi adaptée, soit à raison de six heures par jour, avec une diminution de rendement de 10% en raison d'un besoin accru de pauses, convainc tout autant, étant précisé que cette évaluation s'approche de celle émise par la médecine interniste traitante, le 13 octobre 2023 (voir dos. AI 17/3). En conséquence, sur le plan matériel, s'agissant des atteintes somatiques, le rapport du SMR est cohérent et exempt de contradiction.

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 15 5.3.2 En revanche, comme évoqué (voir c. 5.2), le raisonnement du SMR n'est pas convaincant, s'agissant des troubles psychiques. En effet, celui-ci s'est contenté de rappeler les diagnostics de troubles de l'adaptation et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, posés par le service psychiatrique du centre hospitalier (voir c. 4.8), en soulignant qu'aucune incapacité de travail n'avait pour autant été attestée. Il n'en demeure toutefois pas moins, ainsi que souligné (voir c. 5.2), que la médecin traitante avait signalé, le 13 octobre 2023, que son patient avait souffert d'un syndrome anxieux généralisé ainsi que de troubles de l'adaptation, qui avaient affecté sa capacité de travail. Elle avait aussi déclaré qu'il subissait des limitations fonctionnelles ressortissant de cette discipline, soit des difficultés de concentration (voir c. 4.7). Elle avait de surcroît attesté une incapacité de travail totale, dans son rapport du 13 avril 2024, notamment en raison des affections mentales et psychiques (dos. AI 36/2). Certes, le centre de psychiatrie consulté avait quant à lui signalé, au cours de la même période, qu'aucune atteinte psychique n'empêchait l'exercice d'une activité physique (voir c. 4.8; voir aussi dos. AI 22/3). Les limitations mentales et psychiques ont néanmoins été confirmées par cette médecin (dos. AI 22/3), avant d'être à leur tour retenues par le centre de psychiatrie. Dans son dernier rapport, du 19 juin 2025, celui-ci a ainsi admis la présence de troubles de la

concentration, mais également de la polyvalence. Il a de plus reconnu les effets des attaques de panique, en faisant de plus état de difficultés pour l'intéressé à contrôler ses impulsions et à interagir sur le plan social, avec même des accès d'agressivité et de violence. Si aucune incapacité de travail n'a formellement été attestée, il a cependant été mis en relief des limitations fonctionnelles sur le plan psychique et été conclu sans ambages que les chances pour le recourant de réintégrer le marché du travail étaient faibles (dos. AI 51/2). Ce document n'a pas été discuté par le SMR, quand bien même il remettait en cause ses conclusions. Ce médecin s'est au contraire uniquement basé sur le premier rapport émis par le centre de psychiatrie, du 23 octobre 2023. Or, dans cet écrit, il était avancé de manière ambiguë que les diagnostics posés n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail (dos. AI 22/5), alors que l'auteur du rapport avait en même temps relaté qu'il ne pouvait pas répondre à la question de savoir s'il existait des limitations fonctionnelles ou si l'assuré disposait d'un potentiel de

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 16 réadaptation (dos. 22/6 s.). Dans ces conditions, les conclusions du spécialiste somaticien du SMR ne sont pas probantes, au regard des autres éléments du dossier médical et elles laissent apparaître l'existence de lacunes dans la genèse de leur élaboration. Partant, sous l'angle matériel, la force probante du rapport du SMR du 26 juillet 2024 ne peut pas être admise. 6. Au vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu d'accorder une pleine valeur probante aux conclusions émises par le SMR en ce qui concerne le volet somatique du dossier médical. Par conséquent, il n'est rien à redire dans le fait que l'intimé a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er mars 2024 (six mois après le dépôt de la demande de prestations; voir 29 al. 1 LAI, voir aussi art. 28 al. 1 LAI) et jusqu'au 30 septembre 2024 (jusqu'à trois mois à compter de l'amélioration de l'état de santé somatique admis dès le 1er juillet 2024; voir art. 88a al. 1 RAI). En revanche, la valeur probante du rapport du SMR du 26 juillet 2024 ne peut pas être confirmée, s'agissant de l'appréciation qui y résulte sous l'angle de la psychiatrie. Ni les conclusions du médecin du SMR, ni celles ressortant des rapports médicaux versés au dossier ne permettent de statuer de manière fiable, soit au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.6), sur l'état de santé psychique et sur l'influence de celui-ci sur la capacité de travail. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait pas fonder sa décision du 21 août 2025 sur le rapport du 26 juillet 2024 pour exclure toute influence des affections psychiques sur le taux d'invalidité. En procédant de la sorte, il a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPG). Il ne peut en effet être exclu à suffisance que des facteurs psychiques jouent un rôle sur le tableau clinique et influencent négativement la capacité de travail. Du fait que cette dernière est de toute manière réputée nulle, pour des motifs somatiques, jusqu'au 30 juin 2024 (voir c. 4.9 et c. 5.3.1), seule la période postérieure à cette date est ainsi problématique. Le recours doit par conséquent être admis et la décision contestée du 21 août 2025 annulée, en tant qu'elle exclut tout droit à une rente de plus de 30% au-delà du 30 septembre 2024. La cause doit donc être renvoyée sur ce point à l'intimé

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026, 200.2025.622.AI, page 17 pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de mettre en place une instruction sur le plan psychiatrique, en procédant à une évaluation de synthèse du dossier par une personne disposant de qualifications spécialisées en psychiatrie et/ou éventuellement par la mise en œuvre d'une expertise. L'intimé veillera en particulier à ce que les diagnostics posés fassent référence à une classification reconnue et que leur

éventuelle incidence sur la capacité de travail soit établie, y compris leur évolution dans le temps. Le cas échéant, il en appréciera le caractère invalidant au moyen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence (ATF 143 V 409, 143 V 418, 141 V 281). Il se prononcera ensuite à nouveau sur le droit à la rente.

## **E. 7**

octobre 2025, l'intimé a encore précisé que le psychiatre traitant n'avait pas attesté d'incapacité de travail et qu'il n'était donc pas nécessaire de mettre sur pied de plus amples investigations au niveau psychiatrique. Il a ainsi considéré que c'était à juste titre que la rente avait été réduite.

### **E. 7.1**

En conclusion, le recours est admis et la décision du 21 août 2025 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

### **E. 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. fbis LPGA, art. 69 al. 1bis LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

### **E. 7.3**

Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une prestation de l'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). En l'espèce, le recourant obtient certes gain de cause, il n'est pas représenté par un mandataire professionnel et ne peut donc pas prétendre à des dépens, y compris sous la forme d'une indemnité de partie. En effet, les efforts déployés dans la présente procédure ne vont pas au-delà de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; art. 108 al. 3 LPJA, art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b; TF 9C\_714/2018 du 18 décembre 2018 c. 9.2.1, non publié in ATF 144 V 380, mais in SVR 2019 KV n° 7).

Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 25 février 2026,  
200.2025.622.AI, page 18

### **E. 7.4**

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.