

200.2013.1002.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 24 octobre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, 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 9 octobre 2013

En fait:

A.

A. _____, né en 1963, marié et père de famille, carreleur, s'est trouvé en incapacité de travail depuis le 18 novembre 1997; il n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors. Le 5 août 1998, il a sollicité une rente auprès de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant souffrir d'une hernie discale L5/L4 opérée, ainsi que d'un déficit neurologique à la jambe gauche.

Après instruction de la cause par l'Office AI Berne, un renvoi du dossier par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) pour instruction complémentaire (JTA AI/5231/00 du 23 mars 2001) et un nouveau recours de droit administratif contre une décision de l'Office AI Berne lui allouant une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 1998, le TA, dans un deuxième jugement du 21 octobre 2003 (JTA AI/5640/2002), a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis novembre 1998. Lors de deux premières procédures de révision d'office en mai 2004 et en juin 2008, l'Office AI Berne a reconduit le droit de l'assuré à une rente entière.

B.

En juillet 2012, l'Office AI Berne a entamé une nouvelle procédure de révision d'office de la rente. En complétant le questionnaire correspondant, l'assuré a mentionné que son état de santé était demeuré inchangé. L'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du généraliste et du spécialiste en psychiatrie et psychothérapie traitant l'assuré, ainsi que de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur recommandation de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR du 19 octobre 2012, l'Office AI Berne a encore sollicité une expertise psychiatrique afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur la capacité de travail de celui-ci. L'expert a rendu son rapport en date du 11 mai 2013.

Sur la base de cette expertise, l'Office AI Berne, dans une préorientation du 11 juillet 2013, a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer sa rente d'invalidité.

En dépit des objections formulées le 15 août 2013 par le mandataire de l'assuré et après avoir encore requis une prise de position du SMR du 4 octobre 2013, l'Office AI Berne, par décision du 9 octobre 2013, a prononcé la suppression de la rente d'invalidité à la fin du mois qui suit la décision, tout en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Par acte du 11 novembre 2013, l'assuré, toujours représenté en procédure, a recouru contre cette décision auprès du TA. Il conclut, sous suite des frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au minimum, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 20 décembre 2013, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Par réplique du 6 février et duplique du 27 février 2014, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 6 mars 2014, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 9 octobre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime la rente entière d'invalidité perçue par le recourant. Au vu des

motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le maintien, pour l'assuré, d'au moins un quart de rente d'invalidité ou, éventuellement, le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Est particulièrement critiquée l'évaluation par l'Office AI Berne d'un état de santé et d'une capacité de travail améliorés, fondés prétendument à tort uniquement sur une expertise psychiatrique, de surcroît pas probante. Est aussi soulevée (en réplique) la question de l'absence de mise en œuvre de mesures de réadaptation.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants (TSD), suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant dans les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de TSD ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les TSD ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus du travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra

l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Cette pratique judiciaire, qui s'applique de façon égale à l'ensemble des assurés, n'est pas contraire aux droits humains, ni discriminatoire (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2) et – du point de vue de la nature juridique de ces critères – ne se fonde pas sur des hypothèses de science médicale insoutenables (SVR 2012 IV n° 32 c. 2.3 - 2.5).

2.3

2.3.1 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 134 V 131 c. 3). La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; VSI 1997 p. 298 c. 2b).

2.3.2 Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4).

2.3.3 Pour les assurés qui ne se sont ni fait attribuer irrégulièrement la prestation ni n'ont manqué à leur obligation de renseigner, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du

deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88^{bis} al. 2 let. a et b du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.3.4 D'après la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). Cette réglementation ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4).

2.4

2.4.1 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

2.4.2 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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 9 octobre 2013, l'intimé a considéré que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, que son état de santé était stationnaire sur le plan somatique et que, de ce fait, il était en mesure d'exercer à plein temps une activité légère à mi-lourde. Dans la comparaison des revenus effectuée, aboutissant à un degré d'invalidité de 25%, l'intimé a retenu un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité en raison de l'impossibilité d'effectuer des travaux lourds. Pour justifier l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail, l'Office AI Berne s'est fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 mai 2013 et sur l'avis du SMR du 4 octobre 2013.

3.2 Le recourant, quant à lui, conclut au maintien d'au moins un quart de rente d'invalidité (son calcul, dans sa réplique du 6 février 2014, aboutit toutefois à un degré d'invalidité de 75%), subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction ou nouvelle décision après octroi de mesures de réadaptation. Il conteste toute amélioration déterminante de son état de santé et s'en prend à la valeur probante du rapport d'expertise sur lequel l'intimé s'est principalement fondé, empreint, selon lui, d'incertitudes et contradictions. En particulier, il souligne que, selon l'expertise elle-même, il est toujours atteint du syndrome douloureux somatoforme persistant qui est à l'origine de la rente d'invalidité qu'il perçoit. En outre, il invoque que l'intimé n'a pas suffisamment pris en considération les avis de son généraliste traitant et, en particulier, de son

psychiatre traitant, dont il produit un rapport du 30 octobre 2013 à l'appui de son recours. Le recourant souligne que selon ce dernier, les troubles psychiques anxio-dépressifs dont il est atteint sont toujours d'actualité et, dès lors, la comorbidité psychiatrique inhérente à son invalidité persiste, contrairement à l'avis de l'intimé. De l'avis du recourant, une nouvelle évaluation du caractère invalidant du syndrome douloureux ne permet pas de supprimer une rente octroyée de longue date pour cette raison, de surcroît sans octroi de mesures de type professionnel.

4.

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPG, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la communication initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité, rendue le 3 novembre 2003 à la suite du jugement du TA du 21 octobre 2003 précité (dossier [dos.] AI A 68) et la décision litigieuse du 9 octobre 2013. L'état de fait à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé du recourant (voir ci-dessus c. 2.3.2). En l'espèce, il s'agit donc de comparer l'état de santé et la capacité de gain de l'assuré en date du 9 octobre 2013, avec ceux qui étaient les siens le 3 novembre 2003, à la date du premier octroi entré en force d'une rente AI – les procédures de révision entreprises en mai 2004 et en juin 2008 (voir art. 74^{ter} let. f RAI; SVR 2010 IV n° 4 c. 3.1) n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé de l'intéressé.

4.1 Pour reconnaître au recourant un droit à une rente entière d'invalidité, le jugement du TA du 21 octobre 2003 s'est essentiellement référé à un rapport d'expertise pluridisciplinaire rédigé le 18 janvier 2002 par un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI, en l'occurrence COMAI C._____). Les experts avaient relevé, comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, un TSD persistant sous forme de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, ainsi qu'une réaction dépressive prolongée. Sans influence sur la capacité de travail, ils

diagnostiquaient un status après résection d'une hernie discale avec syndrome radiculaire irritatif et sensitif, une hypercholestérolémie et un status après hyperthyroïdie sur maladie de Basedow et radiothérapie. Dans leur appréciation du cas, les experts du COMAI ont notamment considéré que la comorbidité psychiatrique constatée et sa sévérité justifiait, avec les informations qui étaient alors disponibles, une diminution importante de la capacité de travail adaptée à 40%, même s'il restait un doute quant à une éventuelle capacité plus élevée. Ils ont aussi déclaré qu'après une clarification du statut de réfugié du recourant, on pourrait théoriquement s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail, jusqu'à une capacité résiduelle adaptée de l'ordre de 70 à 80%; ils conseillaient de ce fait une réévaluation de la situation quelques mois après résolution du litige sur le statut de réfugié. Les experts estimaient que s'il n'était pas exclu que la résolution éventuelle du statut légal puisse stabiliser les troubles dépressifs, une amélioration significative du TSD leur semblait peu probable, avec ou sans traitement, raison pour laquelle, selon eux, on ne pouvait s'attendre à une pleine capacité de travail dans la situation la plus favorable. Au vu de toutes ces considérations, les experts concluaient à une capacité de travail résiduelle, en l'état, de 40% dans un emploi adapté, sous réserve d'une enquête sociale qu'ils recommandaient et de l'évolution de la situation socio-politique (JTA AI/5640/2002 précité c. 2.2).

4.2 Dans le cadre de la procédure de révision de rente entreprise en juillet 2012, les avis médicaux et rapports suivants ont été recueillis.

4.2.1 Dans un bref rapport du 2 août 2012, le psychiatre traitant indique que l'état de santé psychique du patient est resté globalement stabilisé grâce à sa parfaite compliance à sa prise en soins psychiatrique et médicamenteuse. Il est par contre d'avis que sur le plan physique, les troubles dorso-lombaires, les lombalgies et les conséquences négatives sur ses possibilités motrices et de déplacement paraissent aggravées. Le praticien pose le diagnostic d'un état dépressif anxieux chronifié sur fond de personnalité névrotique à fortes composantes phobiques, et estime que son patient est totalement incapable de travailler depuis plus de dix ans et définitivement.

Dans un rapport du 21 septembre 2012, le médecin généraliste traitant le recourant depuis août 2011 diagnostique, comme atteintes influençant la capacité de travail, un syndrome lombovertébral chronique, un status après opération de hernie discale en 1998 et une dépression. Il indique laconiquement que le recourant le consulte en raison de son TSD et qu'il n'est plus en mesure de travailler dans quelque activité que ce soit en raison des douleurs chroniques et de la symptomatologie dépressive.

4.2.2 Appelés à prendre position sur le dossier du recourant, les médecins du SMR ont procédé à une évaluation bidisciplinaire (médecine interne et médecine physique d'une part, psychiatrie et psychothérapie d'autre part). Dans leurs rapports des 11 et 19 octobre 2012 établis sur la base du dossier, ils concluent que du point de vue somatique, le TSD chronifié est toujours présent et n'a pas évolué. Selon eux, les rapports précités du généraliste et du psychiatre traitants ne comportent aucun nouveau diagnostic et ne mettent en évidence aucun trouble organique d'une autre nature qui serait venu s'ajouter à l'atteinte à la santé antérieure, qui est demeurée inchangée. Ils déclarent qu'aucune aggravation de celle-ci ne peut être retenue par rapport aux constatations faites par le COMAI en 2002, de sorte que l'incapacité de travail persistante du recourant ne trouve pas son origine dans une atteinte organique. En vue de clarifier l'évolution de la situation sur le plan psychique, ils préconisent une expertise psychiatrique.

4.2.3 Dans son rapport du 11 mai 2013, l'expert psychiatre mandaté à cet effet décrit en détail les douleurs et symptômes dont se plaint le recourant et expose une anamnèse particulièrement détaillée. Il ne constate aucune atteinte psychique ayant une influence sur la capacité de travail et retient, comme diagnostic sans répercussion sur celle-ci, la présence depuis 2000 d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 d'après la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]).

Dans la discussion et l'appréciation du cas, l'expert indique notamment que l'assuré ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10; DSM-IV-TR), car les critères généraux pour la présence d'un tel trouble ne sont pas remplis en

l'occurrence. Il déclare aussi que le constat du psychiatre traitant, selon lequel le recourant présente une personnalité névrotique à fortes composantes phobiques, ne constitue pas un trouble psychique recensé dans les classifications psychiatriques, et qu'on ne comprend pas ce à quoi il est fait allusion; il remarque à cet égard qu'un diagnostic de trouble de la personnalité n'a été posé dans aucun autre document médical psychiatrique au dossier en sa possession.

Concernant la symptomatologie dépressive du recourant, l'expert relate en détail son évolution, indiquant qu'elle a été développée par le patient à partir de la fin des années 1990 dans le contexte de lombalgies chroniques, mais également d'une incertitude concernant son statut en Suisse, ainsi que de facteurs favorisant consistant dans la perte de proches et la destruction de biens familiaux en situation de guerre dans son pays d'origine. L'expert remarque qu'entre-temps, le facteur de stress constitué par l'incertitude du statut en Suisse a disparu et que celui lié au conflit dans son pays d'origine a pu s'atténuer, contrairement aux douleurs, qui sont restées permanentes. Il poursuit en précisant qu'actuellement, l'humeur du patient n'est pas franchement déprimée, avec l'absence de tristesse et de perte de l'élan vital, l'absence d'abattement ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il constate que l'assuré fait preuve d'humour et qu'il ne présente pas d'anhédonie. Après avoir encore relaté en détail différents aspects et critères propres aux troubles dépressifs, il conclut en retenant qu'actuellement, un diagnostic d'épisode dépressif, même de degré léger, ne peut être posé, pas plus que celui d'une dysthymie. Il précise enfin que si le recourant présente certes des troubles du sommeil, une dysphorie et une irritabilité contenue, ces aspects résiduels sont disparates, spécifiques, réduits et non incapacitants.

Pour ce qui est du TSD diagnostiqué, l'expert psychiatre relève que le recourant ressent des douleurs permanentes dans le bas du dos avec une irradiation dans les jambes, des douleurs dans les talons et plus récemment à la nuque, aux épaules et lorsqu'il tourne la tête, et qu'en l'absence de théâtralité et de démonstrativité, tout porte à croire qu'elles sont intenses. Le praticien ajoute que ces douleurs, pas entièrement expliquées par une atteinte physique, s'accompagnent d'un sentiment de

détresse et constituent en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré. Excluant, comme on l'a vu ci-dessus, toute comorbidité psychiatrique importante, et analysant les critères jurisprudentiels nécessaires pour admettre un caractère invalidant à un TSD, il arrive à la conclusion que ceux-ci ne sont pas réunis. Cela étant, soulignant l'absence de limitations fonctionnelles psychiques, l'expert retient une capacité de travail entière sur un plan purement psychiatrique. Il reconnaît toutefois que dans la pratique, il est peu probable que le recourant reprenne un processus professionnel en raison des douleurs qu'il ressent. En ce qui concerne le moment de la récupération de la capacité de travail et plus particulièrement de la résolution de la symptomatologie dépressive, l'expert déclare qu'il n'est pas possible de le préciser, dans la mesure où les documents médicaux et plus particulièrement psychiatriques font part d'un état inchangé depuis l'attribution de la rente le 3 novembre 2003, qu'il en est de même selon les dires de l'assuré lui-même, et qu'il n'y a pas d'indices qui permettraient de déterminer le moment de l'amélioration.

4.2.4 Prenant position le 4 octobre 2013 face aux objections du 15 août 2013 du mandataire de l'assuré concernant la préorientation du 11 juillet 2013, les médecins du SMR se sont ralliés aux conclusions de l'expert psychiatre et ont précisé que l'invalidité du recourant, reconnue jusqu'alors, était principalement due au TSD et à la comorbidité psychiatrique. Cette dernière ayant disparu, et aucun élément ne permettant d'admettre une aggravation de l'atteinte somatique à la santé du recourant, ils sont d'avis qu'aucune limitation dans l'exercice d'une activité légère adaptée au dos ne peut plus être reconnue, seuls les travaux lourds n'étant plus exigibles du recourant.

4.2.5 Dans un ultime avis médical adressé le 30 octobre 2013 au mandataire du recourant, produit à l'appui de son recours du 11 novembre 2013, le psychiatre traitant a souligné en substance que son patient a présenté anamnesticquement depuis avril 1999 un état dépressif-anxieux réactionnel à des difficultés inhérentes à l'exercice de sa profession, n'a plus été en mesure d'exercer son activité professionnelle pour des raisons physiques, et a bénéficié depuis lors d'une prise en soins psychiatriques intégrée en suivi ambulatoire. Le praticien en déduit que la notion de

comorbidité psychiatrique inhérente à l'invalidation du recourant et l'impossibilité conséquente de réalisation de sa profession sont manifestes, et que les troubles physiques et psychiques dont il souffre, bien que stabilisés, sont toujours d'actualité. Il relève que la décision de suppression de rente de l'AI provoque une nette accentuation des angoisses de son patient et est d'avis qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une nouvelle évaluation des troubles dont il souffre, afin que l'AI révise son appréciation, faute de quoi il craint une nette aggravation des troubles en question, avec un risque non négligeable de décompensation psychique nécessitant cette fois une prise en soins en milieu psychiatrique institutionnel.

4.3

4.3.1 Il ressort donc des nombreux rapports médicaux figurant au dossier et recueillis par l'Office AI Berne que le diagnostic d'un TSD est demeuré constant depuis l'expertise du COMAI du 18 janvier 2002. En effet, le syndrome douloureux vertébral chronique dont souffre le recourant – dont l'existence n'est pas remise en cause par l'intimé – apparaît toujours présent dans une même mesure. A cet égard, on relèvera que le rapport du 21 septembre 2012 du généraliste traitant (voir ci-dessus c. 4.2.1) n'allègue ni ne laisse apparaître d'aggravation des troubles somatiques invoqués. Force est dès lors de se rallier à l'avis du SMR du 4 octobre 2013, selon lequel aucune modification de l'atteinte somatique du recourant ne peut être retenue.

Il n'en va en revanche pas de même de la question du caractère invalidant du TSD qui, d'après l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013, n'est plus donné, dans la mesure où la comorbidité psychiatrique retenue par le COMAI, consistant dans une réaction dépressive prolongée, n'est plus d'actualité et où les autres critères jurisprudentiels permettant de renverser la présomption du caractère surmontable du TSD ne sont pas ou plus remplis. Il convient donc de se prononcer sur ces points.

4.3.2 D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013 satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4.2 ci-dessus). D'emblée, il faut rappeler que d'après une jurisprudence constante, le fait qu'un expert ou une institution d'expertise soient

régulièrement mandatés par un assureur, le nombre des expertises et des rapports confiés à un même médecin, de même que le volume des honoraires en résultant ne conduisent en soi pas à la récusation (ATF 137 V 210 c. 1.3.3; SVR 2009 UV n° 32 c. 6.2). Or, en l'occurrence, le recourant n'allègue rien qui laisserait supposer que l'expert mandaté ait été soumis, quant au contenu de son rapport, à des instructions des organes d'exécution de l'AI (TF I 885/06 du 20 juin 2007 c. 5.1). Pour le surplus, l'expert, dont la qualification ne peut être mise en doute, a procédé à un examen personnel de l'intéressé. Son rapport comporte une anamnèse détaillée; les avis des autres praticiens consultés jusqu'alors y sont résumés, démontrant une étude fouillée du dossier. Les plaintes subjectives du recourant ont été soigneusement consignées, tout comme les observations objectives découlant des examens cliniques mis à disposition. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées et, contrairement à ce que voudrait le recourant, ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

4.3.3 Sur le plan matériel, les critiques du recourant ne remettent pas en cause le caractère convaincant de l'expertise psychiatrique. En effet, le fait que l'expert déclare ne pas pouvoir dater précisément le moment de l'amélioration de la symptomatologie ne permet pas de conclure à des contradictions intrinsèques de l'expertise, ni d'en déduire des incertitudes de l'expert quant à la capacité de travail du recourant. Au contraire, on peut mettre ces faits au crédit de l'expert, dans le sens qu'il n'entendait pas entrer dans des conjectures et des hypothèses aléatoires quant à une datation précise de l'amélioration de l'atteinte à la santé psychique, mais se prononcer sur la situation qu'il était en mesure d'attester de manière fondée, telle qu'elle existait au moment de l'expertise. Or, dans le contexte d'une procédure de révision de rente pour l'avenir, s'agissant de comparer l'état de santé et la capacité de travail de la personne assurée par rapport à l'état de fait existant lors de la décision initiale d'octroi de la rente, seule est déterminante la situation au moment où la décision de révision de rente est rendue, à savoir en l'occurrence le 9 octobre 2013. En outre, la poursuite d'un suivi psychiatrique, préconisée par l'expert, ne signifie nullement qu'il sous-entende qu'un trouble dépressif soit toujours présent chez le

recourant et, par là, contredise sa conclusion d'une disparition d'une comorbidité psychiatrique au TSD, mais procède bien plus d'une recommandation en vue d'éviter que l'atteinte en question ne réapparaisse à l'avenir.

Quant à l'avis du 30 octobre 2013 du psychiatre traitant du recourant (voir ci-dessus c. 4.2.5), il n'est pas non plus susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expert. Il relate l'historique de la prise en charge du recourant et de son atteinte à la santé depuis 1999 de manière convergente avec l'expert; ce n'est qu'en ce qui concerne la persistance et l'ampleur actuelles des troubles psychiques qu'une divergence d'opinion entre les deux praticiens se fait jour. Or sur ce point, le seul fait que la poursuite d'une prise en charge régulière du patient se justifie, comme le psychiatre traitant l'invoque, ne saurait suffire pour attester une atteinte psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Au surplus, comme on l'a relevé plus haut, l'expert psychiatre conseille lui aussi de poursuivre un suivi régulier du recourant. En outre, l'expert, comme on l'a vu, explique précisément les raisons pour lesquelles il s'éloigne des estimations de son confrère attestant une incapacité de travail. L'appréciation de l'expert a d'autant plus de poids qu'en présence de l'avis d'un médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, celui-ci aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc).

4.3.4 Par ailleurs, l'expert a également été appelé à se prononcer sur l'existence des autres critères posés par la jurisprudence en vue de renverser la présomption que le TSD ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (voir ci-dessus c. 2.2). Dans ce contexte, il a certes admis que des indices en faveur d'une évolution intrapsychique rigidifiée, non accessible à la thérapie, existaient en l'occurrence, de même que la prescription de médicaments antalgiques n'avait pas apporté de soulagement significatif des douleurs. Il a toutefois souligné qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'anamnèse mettant en évidence que le recourant a des interactions au quotidien avec sa femme et sa fille cadette et, pendant les fins de semaine, avec sa deuxième fille, qu'il a des contacts,

en tout cas par téléphone ou internet, tous les jours avec sa mère, deux fois par semaine avec sa sœur et régulièrement avec ses autres frères et sœurs, ainsi qu'une à deux fois par mois avec ses amis. En outre, l'expert relève aussi que le recourant entretient des contacts sociaux réguliers avec d'autres personnes de sa communauté religieuse. Au vu de l'ensemble des circonstances du cas, l'expert retient enfin que l'évaluation des critères concernant le TSD ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante.

4.4 En conséquence, il faut admettre que l'expertise psychiatrique du 11 mai 2013, réalisée en parfaite connaissance des autres avis médicaux exprimés avant son établissement, renseigne de façon convaincante et complète sur l'état de santé du recourant et sur la capacité de travail et le profil de l'activité exigible de ce dernier à la date de la décision contestée. Une pleine valeur probante peut donc lui être reconnue et il n'y a pas lieu de procéder à une instruction médicale supplémentaire. La conclusion subsidiaire du recours allant dans ce sens doit dès lors être rejetée.

Rien ne justifie dès lors de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre. La comorbidité psychiatrique de trouble de l'adaptation ou dépression est résolue et la situation s'est améliorée sur ce plan. En outre, les autres critères posés par la jurisprudence pour admettre l'inexigibilité d'un effort de volonté afin de surmonter les douleurs ne s'avèrent pas remplis dans une mesure suffisante, afin de reconnaître un caractère invalidant au TSD. Il faut par conséquent conclure, conformément à la présomption posée par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 4.2), que le TSD diagnostiqué chez le recourant s'avère désormais surmontable et n'entraîne plus d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée tenant compte de l'atteinte somatique à la santé, cette dernière étant demeurée stationnaire. Cela étant, on doit retenir que le recourant, au moment où la décision litigieuse du 9 octobre 2013 a été rendue, disposait d'une capacité de travail à plein temps dans une activité légère tenant compte des troubles dorsaux dont il est atteint depuis 1998, ainsi que l'a indiqué le SMR dans son rapport du 4 octobre 2013.

5.

Au vu de ces éléments, un changement important de la situation réelle, susceptible de modifier le degré d'invalidité du recourant de façon déterminante pour le droit à la rente, est avéré (TF 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 c. 6.1.3). Sur la base de la capacité de travail du recourant ainsi retenue, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant. A cet égard, l'année de référence pour la comparaison des revenus doit être 2012 – soit l'année de la procédure de révision –, comme l'invoque le recourant et ainsi que l'intimé l'a reconnu dans son mémoire de réponse du 20 décembre 2013.

5.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; voir aussi ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b: méthode générale de comparaison des revenus).

5.2 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1).

En l'espèce, d'après les indications de l'ancien employeur du recourant, ce dernier a réalisé un salaire de Fr. 62'684.- (arrondi) en 1996, dernière année complète où il a travaillé (voir JTA AI/5640/2002 précité c. 3.1.2). Ce revenu doit encore être adapté en fonction de l'indice suisse des salaires en 2012 – année de référence en l'occurrence – publié par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 129 V 410; table T1.93, indice des salaires nominaux pour les hommes 1993-2013, construction: indice 1996 = 104,5, indice 2012 = 124,9). Ce faisant, on obtient un *revenu hypothétique sans invalidité* déterminant en l'espèce de Fr. 74'921.- (arrondi).

5.3

5.3.1 Le *revenu d'invalidé* doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 37 c. 4.1). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'OFS (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1). Pour déterminer sur la base des statistiques de l'ESS le revenu d'invalidé chez des personnes assurées qui ne sont plus en mesure d'effectuer que des travaux légers sans exigences intellectuelles particulières, il convient en règle générale de se fonder sur le revenu brut moyen dans des activités simples et répétitives, chez les hommes ou chez les femmes. Dans ce contexte, on prendra comme référence en premier lieu les salaires du secteur privé (SVR 2002 UV n° 15 c. 3c/cc). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb).

En outre, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1).

5.3.2 Au cas d'espèce, le recourant n'exerçant plus d'activité lucrative exigible adaptée à son état de santé, il se justifie, à l'instar de ce qu'a fait l'intimé, de se fonder sur les données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS 2010, table TA1, niveau 4 (activités simples et répétitives), hommes, secteur privé, soit Fr. 58'812.- par année, indexées à 2012, Fr. 59'813.- (selon table T1.93 précitée, valeur "total": indice 2010: 123,4 indice 2012: 125,5). Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures selon la statistique publiée par l'OFS) un revenu annuel déterminant de Fr. 62'355.-.

L'intimé considère un abattement de 10% sur ce revenu comme justifié du fait que, contrairement à la situation prévalant dans le jugement du TA du 21 octobre 2003, le recourant dispose maintenant d'une capacité de travail à plein temps dans un emploi adapté et a été naturalisé suisse il y a quelques années, ce qui implique que les critères du statut d'étranger en Suisse et d'une capacité de travail limitée à un temps partiel ne s'appliquent plus en l'occurrence. Dans sa réplique du 6 février 2014, le recourant revendique pour sa part la prise en compte d'un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé, eu égard à sa situation. La question de la justification d'un tel taux d'abattement – qui apparaît au demeurant en tout cas excessif au vu de la pratique, de l'âge et du niveau d'intégration du recourant – peut toutefois être laissée ouverte en l'espèce.

5.4 En effet, même en tenant compte d'un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé précité de Fr. 62'355.-, on obtiendrait un revenu d'invalidé de Fr. 46'766.-. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de Fr. 74'921.- exposé plus haut (c. 5.2), il en résulterait une perte de gain de Fr. 28'205.-, soit un degré d'invalidité de 38%, de toute manière inférieur au degré minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (voir ci-dessus c. 2.1).

6.

6.1 Contrairement à l'argument qui semble être avancé dans la réplique du 6 février 2014 (art. 9), puisqu'un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA doit être admis, les conséquences qu'entraînerait une suppression de rente au sens de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI, premier volet, ne s'appliquent pas (voir c. 2.3.4 ci-dessus; cette disposition finale constitue la base légale dont l'absence à l'époque est à l'origine de la jurisprudence, dépassée, citée à l'art. 9 de la réplique [ATF 135 V 215 = TF 9C_1009/2008 du 1^{er} mai 2009]).

6.2 Cependant, comme le relève l'intimé dans sa duplique, selon la jurisprudence, hormis le cas (pas réalisé en l'espèce) où l'expert lui-même sur le plan médical a déjà expressément réservé la nécessité d'une réadaptation pour atteindre la capacité de travail qu'il a évaluée (TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.1.1 et références), du point de vue strictement professionnel, deux situations peuvent également justifier, à titre exceptionnel, la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel préalables à la suppression ou réduction de rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit en principe uniquement des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou sur reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Ces deux situations permettent toutefois seulement d'admettre qu'une réadaptation par soi-même ne peut en principe pas être exigée de l'assuré en raison de son âge ou de la longue durée de la rente, mais ne fondent pas un droit acquis à de telles mesures (TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.1.2.2, 9C_228/2010 du 26 avril 2011 = SVR 2011 IV n° 73 c. 3.3-3.5). Ces mesures sont en effet superflues si la personne assurée par exemple, lorsqu'elle touchait la rente, disposait encore d'une capacité de travail résiduelle qu'elle exploitait et dont il lui suffit d'augmenter le taux, ou si elle peut réintégrer le monde du travail dans une activité déjà exercée ou dans un milieu qui lui est familier (TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.1.2.1, 9C_474/2013 du 20 février 2014 c. 6.2.1). Contrairement à ce que prétend l'intimé dans sa duplique du 27 février 2014, le moment déterminant pour examiner la réalisation des deux critères (alternatifs) n'est pas, ainsi que cela vaut dans la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite (ATF 138 V 457), celui auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible,

mais bien la date de la décision de suppression ou diminution de rente (TF 9C_920 du 20 mai 2014 cpr. c. 4.3 et 4.5, 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 c. 2).

Le 9 octobre 2013 (date de la décision de suppression de rente prenant effet à fin novembre 2013), le recourant était âgé de 50 ans, donc de moins de 55 ans, mais touchait une rente entière depuis le 1^{er} novembre 1998, soit depuis exactement 15 ans. Compte tenu du caractère non absolu des limites mentionnées par la jurisprudence, qui servent de repères et créent une sorte de présomption, il est superflu de s'attarder sur la question de savoir si une rente servie juste pendant 15 ans à la date de la décision de suppression suffit ou si le critère n'est ainsi pas tout à fait réalisé. Il doit être considéré comme l'étant, eu égard aussi à la volonté du législateur, dans ses dernières révisions légales, de mettre l'accent sur les efforts de réadaptation. En l'occurrence, d'une part, il convient de relever que le recourant vit certes en Suisse depuis 1992, est devenu suisse, parle convenablement le français (voir déjà rapport d'expertise du 18 janvier 2002 p. 10) et ne connaît donc pas, dans cette mesure, de problème d'adaptation sociale. Par ailleurs, l'expertise montre qu'il exerce certaines activités (pêche, promenades, séjours dans son pays d'origine, quelques tâches ménagères, intérêt pour la lecture, l'actualité, les contacts avec ses proches, notamment). D'autre part cependant, il faut aussi constater qu'il ressort du dossier qu'à la date de la décision, en plus du fait que le recourant avait touché sa rente (entière) pendant quinze ans, il avait quand même déjà atteint la cinquantaine, qu'il n'avait jamais exercé en Suisse le métier appris dans son pays d'origine (mécanicien d'entretien), n'avait pratiqué celui de carreleur en Suisse (du reste plus adapté au handicap) que trois ans et neuf mois (selon la durée de cotisation prise en compte pour le calcul de la rente) et n'avait plus repris d'activité lucrative depuis novembre 1997. Il résulte de ces circonstances que les points positifs du profil social du recourant ne font pas le poids par rapport aux caractéristiques professionnelles, qui le handicapent sensiblement, même sur un marché du travail équilibré. Aucun indice ne permet d'inférer que les efforts que l'on peut raisonnablement exiger du recourant (même par exemple avec l'appui de l'assurance-chômage) – qui priment sur les mesures de réadaptation – suffiront à mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans la mesure justifiant la suppression de rente. Dans une telle situation, l'intimé ne pouvait pas supprimer la rente entière versée depuis juste 15 ans, en dépit de la capacité de travail recouvrée, avant de vérifier que l'assuré était concrètement en

mesure de mettre à profit sa capacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Face à cette obligation lui incombant, l'intimé ne saurait objecter un éventuel déconditionnement de l'assuré: il ne représenterait pas un obstacle à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, pas plus qu'un manque de motivation, qu'on peut déduire de l'expertise et d'autres rapports médicaux qui soulignent que l'assuré ne se sent absolument pas capable de reprendre une activité lucrative. Le cas échéant, une attitude passive de l'assuré devrait être sanctionnée par la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA (en relation avec l'art. 7b al. 1 LAI; TF 9C_497/2013 du 30 novembre 2013 c. 3.3, 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 c. 4.1).

Il en résulte que dans la situation du recourant, la question de l'examen préalable des possibilités de réadaptation faisait partie de la procédure de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (et par conséquent aussi de l'objet de la contestation devant le TA). L'intimé ne pouvait l'éluder en signalant à l'assuré, dans la décision de suppression de rente, que ce dernier, s'il le désirait, avait la possibilité de s'annoncer en vue d'obtenir des mesures de placement.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. La décision contestée est annulée en tant qu'elle a été rendue sans que l'intimé ait préalablement mis en œuvre les mesures d'observation professionnelle et/ou de réadaptation permettant de s'assurer, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressé, que le recourant est à même de mettre à profit la capacité de travail qui lui est reconnue médicalement sur le marché équilibré du travail. En ce sens, la conclusion subsidiaire du recours tendant au renvoi de la cause est bien fondée. Pour le surplus (existence d'un motif de révision justifiant une suppression de la rente), le recours est rejeté.

7.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour procéder au sens des considérants et rendre une nouvelle décision, dans un litige concernant une

rente AI, est considéré comme un gain de cause (ATF 132 V 215 c. 6.2), déterminant pour la répartition des frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI) et pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA. En l'espèce, le recourant obtient l'annulation de la décision et le renvoi de la cause conformément à sa conclusion subsidiaire, mais pas pour les motifs principaux qu'il avançait, même à l'appui de cette requête éventuelle. Les frais et dépens doivent par conséquent être liquidés en fonction d'un gain partiel qu'il y a lieu d'estimer à une part de moitié.

7.2.1 Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont donc mis par Fr. 350.- à la charge de chacune des parties (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Le solde de son avance sera restitué au recourant.

7.2.2 Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de la moitié de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPGA; 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA). Au vu de la note d'honoraires du 6 mars 2014, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, ceux-ci sont fixés à Fr. 2'150.- (débours et TVA compris). L'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. a LPGA et 104 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis partiellement et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle a été rendue avant la mise en œuvre de mesures de réadaptation de type professionnel. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.

2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis par Fr. 350.- à la charge de l'Office AI Berne et par Fr. 350.- à celle du recourant. Le solde de l'avance de frais de Fr. 700.- (à savoir Fr. 350.-) versée par le recourant sera restitué lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI versera au recourant la somme de Fr. 2'150.- (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).