

200.2015.1047.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 31 janvier 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière



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 29 octobre 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1956, divorcé et père d'un enfant adulte, est géomètre de formation. A son arrivée en Suisse, en 1980, il a travaillé en tant que chef de chantier. De 1997 jusqu'en 2000, il a dirigé des entreprises qui ont connu de graves difficultés financières. Déclaré en incapacité de travail à 100% dès le 19 juin 2000 pour dépression réactive, il a déposé, le 10 juillet 2001, une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) dans le but de pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel, voire d'une rente AI. Le 5 mai 2003, l'Office AI a accordé à l'assuré un droit à un reclassement professionnel en qualité de maître socioprofessionnel. Jusqu'au terme de son reclassement (après avoir obtenu plusieurs prolongations) au 31 décembre 2010, l'assuré a bénéficié du versement d'indemnités journalières.

Les 17 février 2012 et 19 mai 2014, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a rendu deux jugements. Il a tout d'abord confirmé une décision sur opposition du 5 avril 2011 de l'Office AI attestant la fin du reclassement de l'assuré en tant que maître socioprofessionnel avec le titre de "Bachelor of art en travail social" (JTA AI 2011/374 du 17 février 2012). Par jugement JTA AI 2013/246 du 19 mai 2014, le TA a admis le recours de l'assuré du 21 mars 2013 contre la décision sur opposition du 22 février 2013 de l'Office AI lui niant un droit à une rente d'invalidité (sur la base d'un degré d'invalidité de 31%) et renvoyé le dossier de la cause au dit Office pour instruction (médicale) complémentaire, sur les plans somatique (hépatologique) et psychique.

Sur le plan professionnel, après avoir connu une période de chômage puis occupé différents postes depuis octobre 2011 en relation avec son nouveau domaine de formation, l'assuré a travaillé depuis le 1^{er} août 2015, à 70%, en tant qu'éducateur dans un centre de formation professionnelle.

B.

Conformément au dernier jugement du TA précité, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Après avoir sollicité l'avis du médecin du Service régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a requis, le 17 décembre 2014, l'établissement d'une expertise sur les plans psychiatrique et infectiologique dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI [...]). En se fondant sur les conclusions interdisciplinaires des experts, rédigées le 13 avril 2015, l'Office AI a informé l'assuré que, sur la base d'un degré d'invalidité de 31%, il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente AI. En dépit des objections formulées par l'assuré, l'Office AI, par décision formelle du 29 octobre 2015, a confirmé le contenu de son précédent préavis.

C.

Par acte daté du 30 novembre 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès du TA, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'(au moins) une demi-rente AI, éventuellement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire.

Dans son mémoire de réponse du 29 décembre 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 25 janvier 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 29 octobre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à l'obtention d'une rente AI en raison d'un degré d'invalidité (insuffisant) de 31%. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'(au moins) une demi-rente AI, voire le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Sont particulièrement critiqués par le recourant, les montants retenus par l'intimé dans le calcul du revenu d'invalidité.

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 2010 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 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. 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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

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

Conformément au jugement du TA du 19 mai 2014 (cf. let. A), l'intimé a actualisé l'état de santé du recourant sur les plans somatique et psychique en sollicitant la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire.

Le rapport d'expertise rédigé le 13 avril 2015 a retenu, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, une hépatite virale chronique C (B18.2 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) de type 1b et diagnostiquée pour la première fois le 7 février 2003. Sans influence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné une hypertension essentielle bénigne (I10.00) et un statut après abus de nicotine. D'un point de vue interdisciplinaire, ils ont conclu que le recourant pouvait exercer une activité lucrative à plein temps moyennant une perte de rendement de 20% en raison d'une certaine fatigabilité générée par l'hépatite chronique.

4.

Le recourant ne conteste pas la valeur probante de l'expertise du COMAI du 13 avril 2015 sur laquelle l'Office AI s'est fondé pour arrêter sa capacité de travail. Le TA peut se rallier à cette appréciation. En effet, d'un point de vue strictement formel tout d'abord, on ne peut que constater que l'expertise est complète et convaincante. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Elaborée sur la

base d'examens personnels de l'assuré en psychiatrie et en hépatologie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Sur le plan matériel et au niveau psychiatrique tout d'abord, l'experte consultée, tant sur la base des déclarations de l'assuré (il considère qu'il va bien, atteste qu'il n'a plus besoin de soutien psychologique depuis 2013 et se décrit lui-même comme n'étant plus dépressif) que sur ses propres observations (l'experte fait état d'un assuré équilibré, sans craintes manifestes avec une attention, concentration et mémoire intactes, capable de s'enthousiasmer) a exclu de manière convaincante tout signe d'affection psychiatrique (et, partant, toute altération de la capacité de travail y afférant). Seule la perception d'une personnalité quelque peu narcissique avec une susceptibilité émotive prononcée a pu être mise en évidence. Pour ce qui est toujours de la fiabilité matérielle de l'expertise bidisciplinaire mais sous l'angle hépatique, l'expert consulté a, de manière probante également, et après avoir procédé à un examen clinique de l'assuré, confirmé le diagnostic d'hépatite C précédemment retenu. Pour estimer l'incidence de cette pathologie sur la capacité de travail du recourant, l'expert en a retracé l'évolution, depuis les (premières) analyses sérologiques en 2003. Il a ainsi confirmé, à l'instar de ses confrères, un état hépatique stationnaire jusqu'en 2008 (malgré le refus de l'assuré de se soumettre à une thérapie virale en 2004 en raison d'effets secondaires importants prévisibles, et de l'incertitude du succès de cette thérapie). Toujours en accord avec le corps médical, sur la base de l'examen par Fibroscan® effectué en 2010 (dossier [dos.] AI 197.1/13) l'expert a lui aussi confirmé, d'un point de vue médical, une péjoration de la santé hépatique du recourant par la suite. Dans son appréciation médicale de la situation, il n'a pas sous-estimé l'échec de la thérapie virale innovatrice débutée en 2011/2012, tempérant toutefois ce manque de réussite en précisant, qu'au vu des pièces versées au dossier, il ne lui était pas possible de déterminer si l'assuré avait véritablement bénéficié du traitement médicamenteux escompté ou du médicament placebo. En relation avec l'hépatite, l'expert n'a pas ignoré non plus qu'une varice œsophagienne avait (nouvellement) été mise en évidence, pour la

première fois, le 19 mars 2014. Dans l'évaluation de la capacité de travail, c'est sur la base de ces constatations médicales et des déclarations de l'assuré (qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute), que l'expert a, à juste titre, (uniquement) retenu une réduction des prestations en présence d'une grande fatigue chez un assuré, qui n'éprouve, depuis deux ans et en relation avec sa maladie virale, aucun autre symptôme significatif (telles que des douleurs notamment). Il relève même que le recourant entretient une bonne forme physique avec la pratique régulière du vélo (une à deux fois par semaine avec des parcours jusqu'à 50 kilomètres) et de la marche. Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée.

Il découle des observations et constatations qui précèdent et qui sont pertinentes, que tant le profil d'exigibilité que le pensum retenu par l'expert en infectiologie (avec lesquels le recourant s'accorde) sont probants. Le TA relève que ceux-ci sont non seulement en adéquation avec la (dernière) estimation du SMR datant de novembre 2012 (dos. AI 166) qui estimait (après l'échec de la thérapie virale ayant eu lieu de septembre à avril 2012 et dès lors qu'aucune péjoration de l'état de santé de l'assuré n'est attestée depuis lors) à hauteur de 80% la capacité de travail du recourant, mais aussi avec la dernière évaluation du généraliste traitant de l'assuré le 25 juillet 2014 (dos. AI 184/3) qui a, lui aussi, attesté un état de santé stationnaire et s'est prononcé en faveur d'un pensum de 80%. Il convient donc de retenir, qu'au moment déterminant de la décision querellée (ATF 131 V 242 c. 2.1), l'assuré était à même, dans son activité lucrative habituelle ou toute autre activité lucrative adaptée (activité légère à moyenne), de travailler à plein temps tout en tenant compte d'une réduction du rendement de l'ordre de 20% en raison de la fatigue induite par l'hépatite.

5.1 Dans la décision contestée, l'Office AI, se basant sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus, a évalué à 31% le degré d'invalidité du recourant, procédant à la comparaison d'un revenu annuel sans invalidité de Fr. 114'317.- et d'un revenu exigible, compte tenu du handicap, de Fr. 79'142.- (Fr. 79'143.- en p. 2 de la décision contestée) par an sur un marché du travail équilibré. Pour ce faire, l'intimé a pris en considération, comme revenu sans invalidité, le dernier salaire réalisé par l'assuré dans son activité de chef de chantier (et qui avait servi de base pour le calcul des indemnités journalières, dos. AI 83) qu'il a indexé à 2010. Pour obtenir le revenu exigible, l'Office AI s'est fondé sur les chiffres émanant des tables de l'ESS en prenant en compte le revenu général du secteur privé, TA1, hommes, domaine d'activité 88 "Action sociale sans hébergement", niveau 1+2, moyennant une réduction pour perte de rendement de 20%.

Le recourant, quant à lui, conclut à l'annulation de la décision du 29 octobre 2015 et à l'octroi d'(au moins) une demi-rente d'invalidité. Pour arriver à cette conclusion, il requiert lui aussi (et à l'instar de l'Office AI) la prise en compte, comme revenu de valide, du dernier salaire réalisé dans sa dernière activité lucrative en tant que chef de chantier. Il revendique toutefois, pour le revenu d'invalidé, le gain effectif réalisé dans son activité actuelle d'éducateur, au taux exigible de 80%, d'où il en résulterait un degré d'invalidité de 54% (*recte*: 39,9%, le recourant s'étant trompé dans ses calculs).

5.2 Pour calculer 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 mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174).

5.3 En l'espèce, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2011, et non 2010, comme l'a retenu à tort l'intimé. En effet, selon l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à une rente AI ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (à savoir pendant l'exécution des mesures de réadaptation). Il est avéré en l'espèce que le recourant a bénéficié de mesures de reclassement (et, partant d'indemnités journalières y afférentes) jusqu'au 31 décembre 2010, au terme d'une ultime prolongation de sa formation professionnelle l'ayant mené au titre de "Bachelor of art en travail social" (dos. AI 131 et 158/2). Partant, il faut donc bien se référer à l'année 2011 pour procéder à la comparaison des revenus.

5.4 S'agissant du **revenu de valide**, le TA considère qu'il n'est pas possible de se fonder sur les derniers salaires réalisés par l'intéressé dans la mesure où ce dernier, en tant qu'indépendant, a connu de graves difficultés financières avec son entreprise, cette dernière ayant été déclarée en faillite le 2 octobre 2000 et la faillite suspendue pour défaut d'actifs le 15 janvier 2001 (selon l'extrait du registre du commerce, accessible en ligne à partir de www.zefix.admin.ch). Il convient d'emblée de préciser, au vu des pièces médicales versées au dossier, en particulier sur la base de l'avis du médecin traitant de septembre 2001 (dos. AI 8/1), que ce sont des raisons économiques (et non médicales) qui ont généré la faillite de la dernière entreprise du recourant. En effet, le recourant a souffert d'une dépression réactive (à savoir une dépression causée par un événement marquant) dont l'origine est à attribuer, selon son médecin traitant, aux difficultés financières qu'il a rencontrées dans son activité professionnelle (et non l'inverse). En tout état de cause, dans la mesure où l'entreprise dans laquelle le recourant exerçait son ancienne activité n'existe plus, même sans handicap, l'assuré n'occuperait plus son précédent emploi. On ne peut par conséquent admettre, selon la règle générale (ATF 139 V 28 c. 3.3.2), que le salaire que le recourant réalisait dans cette entreprise correspond, indexé, avec une vraisemblance prépondérante, au revenu qu'il gagnerait sans atteinte à la santé. En l'absence de données fiables, il convient donc de se référer (et comme l'indique très justement l'intimé dans sa réponse du 29 décembre 2015) aux données statistiques. Si l'on table sur le revenu général du secteur privé (TA1, hommes, domaine d'activité

41-43, "Construction", niveau 1+2, Fr. 6'500.- 12 fois l'an; SVR 2002 UV n° 15 c. 3c/cc), l'on parvient, après indexation à l'évolution des salaires nominaux en 2011 (T1.93 [1993=100], valeur dans la construction hommes: 2010: 122,7; 2011: 124) et adaptation au temps de travail usuel en 2011 de 41.7 heures hebdomadaires (valeur "Total"; les salaires ESS sont standardisés à 40 heures hebdomadaires; ATF 126 V 75 c. 3b/bb), à un salaire annuel de Fr. 82'176.-. Tant le recourant que l'intimé (dans sa décision sur opposition) ont, à tort, pris en considération, comme salaire de valide, le revenu ayant servi de base pour le calcul des indemnités journalières. Ce montant ne lie pas le TA pour le calcul de la rente. En effet, en matière d'AI est déterminant le revenu qu'aurait réalisé l'assuré en bonne santé selon l'art. 16 LPGa, alors que le montant de l'indemnité journalière se fonde sur le revenu perçu par l'assuré pour la dernière activité lucrative exercée sans restriction due à des raisons de santé (voir notamment l'art. 23 al. 1 LAI). A toutes fins utiles, le TA précise que même si, dans la présente espèce, il avait fallu prendre en considération les revenus réalisés par le recourant dans sa dernière activité de chef de chantier, on aurait dû faire preuve de la plus grande réserve dans leur appréciation, dans la mesure où, tout d'abord, les derniers salaires versés à l'assuré ont été attestés par le recourant lui-même en sa qualité de directeur et propriétaire de l'entreprise. De plus, il apparaît qu'un des salaires notamment (celui de juin 2000, dos. AI 65/8) n'a pas été payé. Le TA note aussi que le gain assuré attesté par le recourant de janvier à juin 2000 (soit peu avant la déclaration de faillite le 20 octobre 2010) est relativement élevé dans le contexte de perspectives financières moroses que connaissait son entreprise à ce moment-là. Enfin, les revenus afférant à l'année 2000 et qui ont servi de base pour le calcul des indemnités journalières (ces dernières ont été calculées sur la base d'un revenu annuel déterminant de Fr. 110'966.-, dos. AI 153/20) ne sont nullement en adéquation avec ceux réalisés jusqu'en 1999, et alors que le recourant était encore en bonne santé. En effet, à la lecture des extraits de compte individuel (dos. AI 14/4), à aucun moment, il n'est fait état d'un salaire annuel au-delà de Fr. 91'200.- (année 1995), des montants de l'ordre de (seulement) Fr. 25'200.- et Fr. 24'000.- étant même relevés en 1998 et 1999. Par conséquent, même si le TA avait dû se référer, pour le revenu de valide, à une moyenne des derniers salaires réalisés par le recourant, le

montant retenu aurait été bien en deçà des Fr. 114'317.- pris en compte à tort.

5.5

5.5.1 Concernant le **revenu d'invalidé**, le TA ne saurait suivre l'avis de l'intimé, qui s'est basé sur un revenu statistique pour le déterminer. Il convient en effet d'évaluer le revenu d'invalidé avant tout en fonction de la situation personnelle concrète de la personne assurée. En effet, lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose - cumulativement - sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond effectivement au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 p. 133 c. 7.1; VGE UV 2014/717 du 5 mars 2015; voir aussi UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, n° 50 ad art. 16 LPG). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou d'autres données empiriques (TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 c. 5.1 et ATF précité c. 2.3).

5.5.2 Selon les principes posés par la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être fixé sur la base du revenu que le recourant pourrait obtenir en mettant pleinement à profit sa capacité de travail. Or, en l'espèce, l'évaluation du revenu que le recourant pourrait obtenir en exploitant l'entier de sa capacité résiduelle de travail s'avère bien plus fiable en partant du salaire réalisé dans la situation personnelle concrète qu'en tablant sur des extrapolations de données statistiques. En effet, le revenu général du secteur privé, TA1, hommes, domaine d'activité 88 "Action sociale sans hébergement", niveau 1+2, retenu par l'intimé et dont il résulterait un salaire annuel de Fr. 95'124.- (Fr. 7'927.- 12 fois l'an) prend en compte un éventail d'activités très large, pas vraiment représentatives du revenu d'invalidé d'un éducateur social. Quant aux projections salariales élaborées

par l'intimé en 2010 en vue d'évaluer alors le salaire exigible du recourant (cf. Protokoll per 29.12.2015, p. 2 et 3), il est patent qu'elles varient considérablement en fonction de la base empirique de référence (chiffres de la Fédération des organisations du personnel des institutions sociales fribourgeoises [FOPIS], de l'Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficulté [AVOP], association faîtière réunissant la grande majorité des institutions sociales du canton de Vaud, ou encore selon le calculateur individuel de salaires [Salarium]) et ne sauraient pas non plus, par conséquent, constituer une source aussi fiable que la rémunération effectivement obtenue par le recourant. Dans ces conditions, il convient bien plus, au vu des pièces versées au dossier, conformément à la doctrine et la jurisprudence précitées (cf. c. 5.5.1) et de manière plus favorable pour l'assuré que s'il était fait application des données ESS, de se fonder sur le salaire effectivement perçu par le recourant comme éducateur, rapporté au taux d'activité exigible de sa part (80%), sa situation différant des assurés pour lesquels le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de gagner (TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 c. 5.3). Selon le rapport des experts du COMAI, l'emploi actuel du recourant correspond parfaitement au profil d'exigibilité retenu. Il s'agit par ailleurs d'une activité pour laquelle ce dernier a déployé des efforts remarquables pour la mener à son terme, grâce aussi au soutien de l'AI. De plus, elle repose sur des rapports de travail stables, l'assuré travaillant depuis le 1^{er} août 2015 au taux de 70% selon un engagement de durée indéterminé au sein d'une institution spécialisée dans la formation professionnelle pour un salaire annuel brut (à 70%) de Fr. 60'060.- (13^{ème} salaire compris, soit un salaire mensuel brut pour une activité à temps plein de Fr. 6'600.-). Le gain correspond de surcroît au travail fourni par le recourant, des éléments de salaire social n'apparaissant pas. Le fait que le recourant, à son poste d'éducateur, n'épuise pas sa capacité de travail résiduelle, ne saurait nullement justifier de ne pas retenir le salaire effectif réalisé par l'assuré rapporté au taux exigible (TF 8C_7/2014 du 10 juillet 2014 c. 7.2 a contrario). En effet, il n'est pas exclu (et contrairement à l'arrêt du Tribunal fédéral [TF] précité), qu'en l'espèce, l'assuré puisse, à l'avenir, augmenter son pensum chez son employeur actuel. Par ailleurs, selon les informations figurant dans son anamnèse professionnelle (dos. AI 197.1/8), il apparaît que le recourant a travaillé

depuis le 1^{er} janvier 2015 en sus et parallèlement à sa précédente activité professionnelle (éducateur à 60%) au taux de 30% comme coordinateur des vacances scolaires, ce qui dénote bien qu'à son taux actuel d'occupation (70%), son potentiel n'est pas utilisé au maximum. En conséquence, si l'on table en 2015 sur le revenu effectif de l'assuré (comme le requiert le recourant) au taux exigible de sa part, soit 80% (Fr. 68'640.-), l'on parvient, après "désindexation" à l'évolution des salaires nominaux en 2011 (T1.93 [1993=100], valeur secteur tertiaire hommes 2015: 129,9; 2011: 126,4) à un salaire annuel d'invalidé de Fr. 66'790.-.

5.6 En comparant le revenu d'invalidé de Fr. 66'790.- avec le revenu sans handicap de Fr. 82'176.-, l'on aboutit à un degré d'invalidité (après arrondissement, ATF 130 V 121) de 18%, taux inférieur au degré minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. A noter que même la prise en considération du revenu effectif d'invalidé au taux de 70% ne déboucherait toujours pas sur l'octroi d'une rente AI, le degré d'invalidité arrondi étant alors de 28%.

6.

On peut ajouter que, contrairement à l'avis du recourant (recours ad art. 5 let. b), il n'y a pas lieu, au cas particulier, d'appliquer la jurisprudence qui permet, bien que l'âge en soi représente un facteur étranger à l'invalidité, de considérer que, pour certains assurés âgés et dans des conditions particulières, le marché du travail n'est plus à même d'offrir un emploi correspondant au profil d'exigibilité requis. En l'espèce, le TA relève tout d'abord qu'il n'existe pas de critères allant dans le sens d'une absence d'emploi exigible, le recourant, en dépit de son âge approchant la soixantaine, ayant retrouvé un emploi stable depuis le 1^{er} août 2015 (dos. AI 199/5) et étant engagé pour une durée indéterminée. Il est à noter par ailleurs que dans son précédent recours du 17 avril 2011 (JTA 2011/374 du 17 février 2012 c. 3.3.2), le recourant mettait déjà en relation ses difficultés à retrouver un emploi en raison, selon lui, de la cinquantaine qu'il avait atteinte, alors qu'il s'est avéré, par la suite, que son âge prétendument avancé ne l'a pas empêché de trouver un travail qualifié

dans son nouveau domaine de formation. Enfin, c'est à tort que le recourant se réfère à l'arrêt du TF 9C_734/2013 du 13 mars 2014 et où il était question d'un assuré de 62 ans n'ayant pas (encore) réintégré le marché du travail. Au moment déterminant où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 c. 3.3), soit au terme de la rédaction de l'expertise bidisciplinaire (avril 2015), le recourant n'avait pas encore atteint 59 ans et se trouvait donc encore loin de l'âge de la retraite. Enfin et surtout, contrairement à la situation ayant prévalu dans l'arrêt du TF précité, en l'espèce, le recourant a retrouvé un emploi dans son domaine de formation et correspondant à son profil d'exigibilité. C'est donc à raison que l'intimé n'a pas tenu compte de l'âge de l'assuré dans l'appréciation de la situation du cas d'espèce.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision du 29 octobre 2015 doit être rejeté. Le recourant doit être considéré comme partie succombante et assumer les frais et dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 108 al. 1 et 3 LPJA), quand bien même l'argument essentiel qu'il a avancé (contestation de la base statistique de calcul du revenu avec invalidité) l'a emporté. En effet, en introduisant son recours en le fondant principalement sur ce motif, il devait être conscient du fait qu'il prenait le risque que le TA revoie d'autres points (cf. c. 4.1). En outre, à réception du mémoire de réponse de l'intimé, remettant en cause également le revenu d'assuré valide, il n'a pas du tout réagi, notamment pas pour relever que si ce nouvel argument avait déjà été mentionné dans la décision, il aurait évité des frais.

7.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

7.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu non plus d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. 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,et communiqué:
 - à [...].

La présidente:

La greffière:

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).