

200.2015.410.AI

BEJ

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

Jugement du 12 mai 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, 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 3 avril 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1969, est divorcé et père de quatre enfants, dont un encore mineur. L'assuré a déposé une première demande de prestations (placement) de l'assurance-invalidité (AI) le 18 juin 1988. Suite à une expertise psychiatrique (rapport du 17 octobre 1990), l'Office AI Berne a, par décision du 19 décembre 1990, octroyé à l'assuré une mesure de réadaptation professionnelle. Interrompue par l'assuré, la mesure a été arrêtée le 16 février 1991. Dès juin 1991, l'assuré a travaillé en qualité d'ouvrier, avant d'être licencié en octobre 1992 en raison de trop nombreuses absences.

Le 5 octobre 1992, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI Berne. Un stage d'observation dans un atelier protégé lui a été octroyé pendant deux semestres. Par décision du 6 juillet 1994, l'Office AI Berne a pris en charge une formation professionnelle initiale en qualité de cuisinier, dans ce même atelier protégé. L'assuré a échoué à l'examen de fin d'apprentissage, avant d'obtenir finalement son CFC de cuisinier en juin 1998. Pendant toute la durée des mesures professionnelles et jusqu'au 31 juillet 1998, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières. Par décision du 2 avril 1996, l'Office AI Berne a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité rétroactivement du 1^{er} octobre 1987 au 30 juin 1991, puis du 1^{er} septembre 1992 au 31 août 1993.

B.

Par décision du 2 octobre 1998, l'Office AI du canton de Neuchâtel (Office AI NE), désormais en charge du dossier, a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité extraordinaire à compter du 1^{er} août 1998. Un emploi comme cuisinier dans un restaurant a été résilié après trois mois. Dès l'été 1999, l'assuré a été engagé à nouveau dans les cuisines de l'atelier protégé à 60%, mais pas en qualité de cuisinier avec CFC (salaire Fr. 10.-

l'heure). L'Office AI NE a procédé à une révision de la rente d'invalidité en 2001 et en 2003-2005, en constatant l'absence de changement susceptible d'influencer le droit à la rente. Ayant quitté son emploi auprès de l'atelier protégé en juin 2007, l'assuré a retrouvé un travail de manœuvre non qualifié à 60% dans le décolletage. Il a été licencié le 18 décembre 2009 après avoir abandonné sa place de travail.

C.

L'assuré a déménagé dans le canton de Berne le 1^{er} décembre 2009. Au cours d'une nouvelle procédure de révision, l'Office AI Berne a organisé une expertise médicale pluridisciplinaire dans un centre d'expertises médicales lié par convention à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; le centre C. _____; rapport du 30 mai 2014). Confirmant son préavis du 12 février 2015 en dépit d'observations formulées le 25 février 2015, l'Office AI Berne a, par décision du 3 avril 2015, supprimé la demi-rente d'invalidité versée à l'assuré.

D.

L'assuré, désormais représenté par un mandataire professionnel, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par acte du 8 mai 2015. Il a requis l'assistance judiciaire totale et conclu, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision, au maintien de la demi-rente d'invalidité après le 30 avril 2015 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

Dans son mémoire du 6 juillet 2015, l'intimé a renoncé à son droit de réponse, en précisant néanmoins la date de suppression de la rente (31 mai 2015) et renvoyant pour le surplus à la décision contestée.

Par courrier du 21 juillet 2015, l'assuré, par son mandataire, a rectifié ses conclusions principales dans le sens d'un maintien de la rente au-delà du 31 mai 2015, et produit une note d'honoraires du même jour.

En droit:

1.

1.1 La décision du 3 avril 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime la demi-rente d'invalidité versée au recourant depuis le 1^{er} août 1998 avec effet au 1^{er} juin 2015 ("suppression à la fin du mois qui suit la date de la décision" à comprendre comme le 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit sa notification). L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de ladite décision et le maintien du droit à la demi-rente d'invalidité ou sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées les bases médicales ayant conduit l'intimé à retenir un changement de circonstances propres à fonder un motif de suppression de la rente et l'absence de calcul de l'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 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; 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 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 84 al. 3 LPJA).

2.

Le recourant invoque que la décision attaquée est, formellement, insuffisamment motivée. Si l'obligation de motiver représente une composante importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; voir aussi art. 49 al. 3 LPGA), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. En l'occurrence, les réflexions qui ont guidé l'intimé dans ses choix, même si mentionnées de manière succincte, figurent dans la décision. En particulier, l'absence de calcul du degré d'invalidité par comparaison de revenus, spécifiquement reprochée par le recourant, découle logiquement de l'appréciation d'absence d'atteinte à caractère invalidant. Quant à savoir si l'intimé est parvenu à cette conclusion à juste titre est une question de fond. De plus, ainsi que le démontre la motivation détaillée du recours, la décision du 3 avril 2015 a permis au recourant de se faire une idée de sa portée. La décision litigieuse comporte donc une motivation suffisante et le droit d'être entendu du recourant n'a, par conséquent, pas été violé en l'espèce (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

3.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans 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).

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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait

empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

3.2 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

3.3 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 LPG). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1). 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; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

3.4 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).

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 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 3 avril 2015, l'intimé a rappelé qu'une amélioration de la capacité de gain entraînait une diminution ou suppression de la prestation et a insisté sur la différence entre atteintes à la santé et répercussions de ces dernières sur la capacité de gain. Au vu des résultats de l'expertise médicale organisée, selon lui approfondie et suffisante, et aussi sur la base de son constat

d'exigibilité d'une activité lucrative, dans la mesure où le recourant avait pu réaliser sur une longue période des revenus excluant un droit à une rente, l'intimé a confirmé son préavis, à savoir que l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens économique et juridique du terme.

4.2 Le recourant, pour sa part, conclut au maintien de son droit à la demi-rente d'invalidité ou, au moins, à son droit à un calcul de son invalidité après instruction complémentaire. Il estime que l'appréciation d'une capacité de travail de 50% formulée par le généraliste qui le suivait en 1998 est toujours d'actualité. Il conteste la valeur probante formelle et matérielle de l'expertise pluridisciplinaire et nie avoir pu réaliser, qui plus est sur une longue période, des revenus dans une mesure excluant tout droit à une rente.

4.3 En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPG, il convient d'abord d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI en date du 2 octobre 1998 et la décision litigieuse du 3 avril 2015 – les procédures de révisions en 2001 et 2003/2005 n'ayant pas mis en œuvre un examen complet de l'état de santé du recourant (voir communications des 31 juillet 2001 et 5 décembre 2005; art. 74^{ter} let. f du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; SVR 2010 IV n° 3 c. 3.1). Si un tel changement s'est véritablement produit, il conviendra dans une deuxième phase de se fonder sur la nouvelle appréciation de la situation pour se prononcer sur le droit aux prestations.

5.

5.1 Jusqu'à la décision d'octroi de la demi-rente d'invalidité rendue en octobre 1998 les informations suivantes ressortent du dossier.

5.1.1 Suite au dépôt de la première demande de prestations, en retenant, dans leur rapport du 16 août 1989, les diagnostics d'hypertonie portale avec splénomégalie prononcée, léger hypersplénisme avec leucopénie et thrombopénie, ainsi que varices œsophagiennes en présence d'un status

post cathéter ombilical et probable thrombose portale consécutive, les spécialistes de la clinique universitaire pour la chirurgie viscérale et de transplantation mandatés par l'Office AI Berne avaient confirmé, pour l'essentiel, les constats établis le 25 juillet 1988 par la généraliste traitant le recourant. Les experts, en plus d'une problématique psychosociale, avaient cependant aussi noté une recanalisation partielle de la veine porte et un shunt spontané vers la veine rénale. Qualifiant les risques d'hémorragies de modérés (et non pas de sévères à l'instar de la généraliste) et de rupture de la rate de sévères en cas de traumatisme, les experts retenaient toutefois dans l'ensemble un pronostic favorable. Concernant la capacité de travail du recourant, ces experts avaient estimé qu'elle était de 50% dans la profession d'ébéniste, mais pleine et entière pour une activité légère adaptée, telle celle de cuisinier, activité que la généraliste, quant à elle, n'avait pas encouragée au vu des efforts physiques qu'elle impliquait. Les experts (et la généraliste malgré ses doutes au niveau de la stabilité et de persévérance au niveau psychique) recommandaient des mesures professionnelles adéquates.

Le chef de clinique du centre psychiatrique hospitalier également mandaté par l'Office AI Berne a rapporté dans son expertise datée du 17 octobre 1990 le diagnostic d'une personnalité mal structurée (borderline non exclue) opérant par un faux-self et présentant des tendances toxicophiliques dans le cadre d'une affection somatique grave (hypertension portale avec splénomégalie, varices œsophagiennes et hypersplénisme modéré). D'un point de vue psychiatrique, il expliquait partager l'avis des experts en chirurgie viscérale, estimant qu'une capacité de travail de 100% pouvait être exigée dans une activité adaptée, sédentaire et permettant au recourant une exécution autonome de sa tâche (en tenant aussi compte de ses aptitudes physiques réduites encore à définir). Bien que faisant une réserve en ce qui concerne les professions de la branche hôtelière et du service en particulier, il ne se prononçait pas spécifiquement sur le taux exigible dans les professions de cuisinier et d'ébéniste/menuisier (Schreiner), mais soulignait l'importance pour le recourant de réajuster ses choix professionnels dans un cadre protégé et structurant, les métiers ayant sa préférence correspondant à des représentations inadéquates inhérentes à sa psychopathologie. Quant au

pronostic, le psychiatre conseillait un soutien psychothérapeutique pour favoriser la réinsertion professionnelle en atelier protégé. Dans le questionnaire concernant la toxicodépendance complété le 7 novembre 1990, l'expert psychiatre constatait chez le recourant une dépendance (ou un abus) en ce qui concernait l'alcool et les drogues depuis l'adolescence, n'ayant pas engendré de troubles physiques aigus. Il confirmait l'exigibilité d'une activité adaptée, mais au terme d'une réadaptation socio-professionnelle, telle celle alors en place.

5.1.2 L'évaluation du 20 décembre 1992 formulée par la généraliste traitant le recourant à la suite de la nouvelle demande de prestations introduite en octobre 1992 notait un progrès sur le plan psychique, mais renvoyait pour l'essentiel aux rapports précédents. La généraliste y soulignait l'urgence de (nouvelles) mesures de réadaptation en vue d'une formation initiale. Elle soulignait l'exigibilité d'un emploi à 100% au sein d'une entreprise relativement petite, voire moyenne, avec un encadrement compréhensif, dotée d'une certaine fibre psychologique et ayant de la compréhension pour une personne fragilisée psychiquement et probablement plus exposée aux maladies somatiques également.

Le 23 septembre 1997, en réaction à l'échec des examens en vue de l'obtention d'un CFC de cuisinier, le médecin de l'Office AI NE avait estimé que l'affection psychiatrique du recourant avait été sous-estimée et avait exprimé la nette impression d'une totale impasse. Il avait néanmoins approuvé la prolongation de la formation de cuisinier, en dépit du fait que l'octroi d'une rente entière lui paraissait être la conclusion logique de ce qu'il qualifiait de vaste et inopérant branle-bas.

Dans son rapport du 12 juillet 1998 sollicité à l'époque de la répétition des examens de fin d'apprentissage, en vue du placement du recourant, le (nouveau) généraliste traitant du recourant retenait le diagnostic d'une thrombose de la veine porte péri-natale avec hypersplénisme stationnaire et splénomégalie, ainsi que recanalisation de la veine porte. Il constatait une amélioration sur le plan médical au regard du peu d'absentéisme constaté au cours des cinq années de formation au taux de 80%, mais relevait une fatigue anormale à l'effort. Il considérait comme justifié que le recourant trouve un emploi à 50%, compensé par une rente d'invalidité

de 50%. Il expliquait que le taux plus élevé (80% assumé au cours de la formation de cuisinier) s'expliquait par la bienveillance du milieu protégé.

Dans leur rapport de stage final du 19 juillet 1998, les responsables saluaient, sur le plan professionnel, l'obtention du CFC, attestant des pratiques professionnelles acquises. Sur le plan psychique, ils notaient les importants progrès réalisés (amélioration du mode relationnel et fragilité de caractère moindre). Le recourant était qualifié d'encore très réactionnel face à l'injustice et une autre logique que la sienne, même en milieu protégé. Les intervenants indiquaient aussi que l'absentéisme était devenu chose rare au cours des deux années précédentes, mais relevaient une fatigabilité et des douleurs sur le plan physique.

5.2 Pour les besoins de la procédure de révision de la demi-rente d'invalidité octroyée en 1998, le généraliste traitant, qui n'avait revu le recourant qu'en date du 15 janvier 2001, diagnostiquait, dans un rapport du 13 juillet 2001, une HTA portale sur ancienne thrombose de la veine porte (cathétérisme néo-natal), ainsi que des troubles de la personnalité. Il décrivait son patient comme pesant 58 kg, normotendu et présentant des varices des membres inférieurs. Psychologiquement, il l'avait trouvé en bonne forme, s'occupant bien de sa famille. Le généraliste avait conseillé le maintien de la demi-rente.

Le nouveau généraliste traitant interpellé dans la procédure de révision ouverte le 15 octobre 2003, dans son rapport du 31 octobre 2005, s'était fondé principalement sur le dossier médical qui lui avait été transmis et une consultation du 15 septembre 2005 pour se référer aux diagnostics évoqués précédemment par ses confrères. Il estimait que l'état général du recourant semblait être le même depuis plusieurs années, recommandant donc d'admettre un degré d'invalidité inchangé.

5.3 Suivant l'avis du SMR du 29 novembre 2013 (confirmé le 4 février 2014 en dépit d'un test positif à la présence de cannabis), l'intimé a organisé une expertise pluridisciplinaire sur laquelle il a étayé sa décision de suppression de rente. Dans leur rapport du 30 mai 2014 (examens du 28 mars 2014), les experts mandatés (médecine interne, gastro-entérologie et psychiatrie) ont retenu les diagnostics, tous sans répercussion sur la

capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, utilisation épisodique (ch. F12.26 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), d'autres troubles spécifiques de la personnalité (CIM-10: F60.8), ainsi que de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10: F68.0), status après thrombose de la veine ombilicale ayant entraîné une hypertension portale actuellement résolue suite à la constitution d'un cavernome portal, hépatite C à investiguer et à traiter. Selon les experts, le recourant ne connaît aucune limite physique, mentale ou psychique significative et dispose ainsi d'une capacité de travail complète en temps et en rendement. Quant à l'évolution de son état de santé, les experts mandatés ont relevé le caractère succinct du rapport du médecin généraliste sur lequel l'intimé s'était fondé pour poursuivre de façon inchangée le versement de la demi-rente lors de la procédure de révision précédente 2003/2005. Les experts ont donc conclu à une capacité de travail du recourant entière en temps et en rendement, précisant qu'ils ne sauraient dire à partir de quand il en était ainsi.

6.

6.1 Le recourant émet tout d'abord des griefs de nature exclusivement formelle et critique la durée d'une heure à peine de chacun des trois examens, en relevant des lacunes (notamment pour la période de 1969 à 1988) ainsi que plusieurs erreurs et imprécisions, révélatrices selon lui du caractère bâclé de l'expertise.

6.2 L'expertise pluridisciplinaire visée a été organisée selon la procédure prévue à l'art. 72^{bis} RAI, ce que ne conteste pas le recourant. Contrairement à ce que celui-ci prétend, leur synthèse révèle que les experts avaient une bonne connaissance du dossier. Ils n'ont notamment pas ignoré la période dès la naissance (1969) jusqu'en 1988 (octroi de la rente), quand bien même ces années, certes indispensables à la compréhension de la personnalité du recourant, ne sont pas directement concernées par l'examen comparatif auquel il faut procéder pour juger du

bien-fondé d'une révision de rente. La liste des pièces consultées figurant au début de l'expertise et sous le titre "Analyse du dossier" témoigne des documents passés en revue par les experts. Le parcours médical du recourant depuis sa naissance et jusqu'en 2013 est en outre relaté avec, pour références, les pièces médicales figurant au dossier. De plus, les experts ont par la suite évoqué les diagnostics établis dans des rapports médicaux même antérieurs à l'octroi de la demi-rente. Avant de recevoir le recourant en consultation, les experts, comme il se doit, s'étaient donc à l'évidence adéquatement préparés en vue de cibler leurs questions et examens pour en réduire la durée. L'anamnèse personnelle comporte d'ailleurs de nombreuses informations supplémentaires données par le recourant sur toute l'évolution de son parcours, ce qui prouve que le temps d'examen a été efficacement utilisé grâce à une conduite sûre des entretiens et examens. En l'espèce par conséquent, le seul fait que les examens n'aient duré chacun qu'une heure environ ne suffit en aucun cas à nier le caractère probant de l'expertise, puisque celle-ci apparaît complète au niveau du contenu et ne méconnaît aucune période de la vie du recourant (TF 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

6.3 On peut certes relever une très probable faute de frappe (sans conséquence comme l'admet le recourant lui-même) dans la date de l'expertise psychiatrique réalisée en 1990 (1999 au lieu de 1990 à p. 5, mais pas à p. 3 de l'expertise). Force est toutefois de constater que les autres prétendues lacunes relevées dans le chapitre "Analyse du dossier" (absence de description explicite des suites du premier stage professionnel de six mois, renonciation à une explication du passage du dossier d'un canton à un autre, défaut de mention des périodes de rentes antérieures à 1988, constat, du reste exact sur la base du dossier reçu par les experts, d'une absence d'information concernant l'activité professionnelle actuelle) découlent plus de l'effort de synthèse auquel se sont astreints les experts que de véritables erreurs, étant donné que les détails du parcours du recourant devaient être repris dans les "Données subjectives", au fil des questions à poser à l'intéressé.

Au surplus, il est inhérent à sa nature que le chapitre "Données subjectives" (fournies par la personne expertisée) comporte certaines

imprécisions ne correspondant pas aux faits établis par d'autres documents au dossier. Les erreurs relatives aux dates de mariage et de divorce et au terme d'un emploi (un écart d'au plus 2 ans) n'avaient donc pas à être rectifiées par les experts. La retranscription fidèle des données subjectives fournies par l'expertisé peut en effet être révélatrice et constituer une source d'informations sur l'état de santé ou son appréciation par l'assuré lui-même. Au demeurant, il faut souligner que par le biais de cette part d'anamnèse subjective, les experts ont abordé tous les thèmes dont le recourant reproche l'absence dans le chapitre "Analyse du dossier" (notamment: histoire médicale dès la naissance, plaintes actuelles spontanées et orientées, activités quotidiennes actuelles, toxicomanie/traitements, histoire personnelle et familiale, formation, dont celle en atelier protégé, et professions [dont l'activité dans ce même atelier], finances, relations affectives, vie sociale, antécédents médicaux personnels et des proches).

6.4 En définitive, on ne peut donc suivre le recourant lorsqu'il allègue que l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle s'est fondé l'intimé pour statuer sur le droit à la rente du recourant aurait été bâclée sur le plan formel (voir aussi c. 3.4 ci-dessus).

7.

7.1

7.1.1 D'un point de vue matériel et sur le plan somatique, plus précisément gastroentérologique, le recourant conteste l'évaluation de l'expert car elle n'a pas été vérifiée par un test à l'effort, ne tient pas compte ni de l'avis des médecins traitants ni du nouveau diagnostic d'hépatite C - qui n'a de surcroît pas été communiqué au recourant - et présente des incohérences par rapport à certains empêchements évidents d'exercer le métier de cuisinier.

7.1.2 Comme le reconnaît du reste le recourant, la conclusion par laquelle l'expert arrive au constat d'un état gastroentérologique, en particulier hépatologique, normal sans splénomégalie ni signe d'hypertension portale,

donc d'une résolution du status après thrombose de la veine ombilicale (suite à une nutrition parentérale par l'artère ombilicale à la naissance) est dûment justifiée et pas à remettre en question. Elle est confirmée par les examens pratiqués par les experts (palpation et échographie) et l'évolution documentée au dossier dès la fin des années quatre-vingts (comparer l'avis de la généraliste du 12 juillet 1988 avec l'expertise du 16 août 1989, puis les informations d'un institut de pharmacologie à la généraliste du recourant des 2 novembre 1994 et 21 novembre 1996, ainsi que le rapport du généraliste du 12 juillet 1998 fondé sur une œsogastroduodénoscopie déjà normale [c. 5.1.1 et 5.1.2 ci-dessus], selon laquelle un cavernome portal avec reperméabilisation a été reconstitué naturellement, d'où disparition des varices œsophagiennes et au niveau gastrique).

Il ressort de nombreux documents au dossier que le recourant a constamment fait valoir qu'il n'avait pas une grande résistance à l'effort. Lors des examens pratiqués par l'expert en médecine interne, dans le contexte de son histoire médicale, le recourant a décrit, spontanément, une fatigue qui restreint son activité de cuisinier à un taux de 50-60% à cause des problèmes de rate, hypertension et varices œsophagiennes, a nié, sur questions plus précises, d'autres symptômes, en expliquant qu'il vit depuis 40 ans à 60% avec un handicap, en raison de douleurs éprouvées au niveau de la rate et du foie quand il soulève des poids trop lourds, qu'il marche trop vite ou qu'il abuse de ses forces. Sur le plan général de la médecine interne, il a mentionné un essoufflement et une dyspnée à l'effort. C'est en connaissance de ces données que l'expert en gastroentérologie a formulé, et confirmé dans la discussion interdisciplinaire, son appréciation d'une capacité de travail complète en temps et rendement, sans juger nécessaire l'organisation d'un test à l'effort. Il incombe à l'expert de décider des méthodes diagnostiques qu'il a à appliquer. En l'occurrence, l'absence d'un examen supplémentaire en situation de sollicitation découle du reste logiquement, d'une part, des résultats déjà à disposition (notamment sur la base de l'imagerie médicale) aboutissant à une situation gastroentérologique récupérée et tout à fait normale et, d'autre part, correspond aussi au caractère vague des plaintes de fatigue et douleurs émises, même après questions ciblées, par le recourant, qui a par ailleurs déclaré ne pas pratiquer d'exercice physique

régulier, fumer une dizaine de cigarettes par jour et consommer occasionnellement du haschisch et de l'alcool.

7.1.3 Il est vrai que les analyses pratiquées en vue de l'expertise ont permis de confirmer la guérison de l'hépatite B, mais ont conduit à une sérologie positive pour l'hépatite C, après constat d'une perturbation modérée des transaminases. Sur ce point également, c'est en toute connaissance de ces résultats que l'expert spécialiste a estimé que cette maladie (inflammation) du foie ne justifiait pas d'incapacité de travail, mais des investigations supplémentaires en vue d'éventuels traitements. En l'absence d'avis médical contraire dûment étayé, les arguments du recourant, plus particulièrement de son mandataire, ne sont pas susceptibles de faire douter de cette évaluation, ce d'autant moins que l'intéressé lui-même ne semble pas avoir consulté en raison de symptômes de cette affection. S'agissant des prétendus risques de contamination dans l'exercice de la profession de cuisinier, il faut relever que les emplois à la portée du recourant et susceptibles de lui procurer un revenu comparable ne se résument de toute façon pas à la profession de cuisinier, au demeurant déconseillée par plusieurs des médecins impliqués. Le parcours professionnel du recourant démontre aussi que d'autres activités lui sont accessibles. Pour le surplus, hormis le fait que ce reproche du recourant déborde manifestement de l'objet de la présente contestation, il faut garder à l'esprit que la communication de (nouveaux) diagnostics par l'expert à la personne expertisée, sauf urgence vitale, peut se heurter à des considérations de protection des patients (hypothèse d'une communication directe) et de protection des données (communication indirecte par un tiers dont par exemple un médecin).

7.1.4 Au vu de ce qui précède et de l'absence d'avis médical pertinent divergent, il faut conclure que l'évaluation somatique de l'expertise du 30 mai 2014 correspond aux standards définis par la jurisprudence aussi sur le plan matériel (c. 3.4 ci-dessus). Il s'impose de suivre les conclusions des experts et de retenir, sur le plan somatique, qu'à la faveur d'une évolution de la situation de santé au cours des années, le recourant dispose actuellement d'une capacité de travail complète en temps et rendement.

7.2

7.2.1 Toujours en relation avec la force probante matérielle de l'expertise, le recourant estime que l'évaluation d'une capacité de travail entière également sur le plan psychique est déjà en soi en parfaite contradiction avec les trois diagnostics posés (ce que prouvent selon lui aussi les résultats positifs au THC et le parcours de vie du recourant) et, d'un point de vue extrinsèque, avec les résultats de l'expertise de 1990.

En présence d'une évaluation psychiatrique, en droit de l'AI, il incombe à l'expert d'évaluer 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).

7.2.2 D'abord, il est faux de déduire une contradiction dans les évaluations de la capacité de travail en comparant les deux expertises psychiatriques de 1990 (c. 5.1.1 ci-dessus) et 2014 (c. 5.2 ci-dessus). Sur la base de son diagnostic de personnalité mal structurée (borderline non exclue) opérant par un faux-self et présentant des tendances toxicophiliques, l'expert de 1990, tout en soulignant l'importance de mesures de réadaptation professionnelle en milieu protégé et en émettant une réserve quant à un emploi dans le domaine de la restauration et l'hébergement, partageait l'avis des experts en chirurgie viscérale, estimant qu'une capacité de travail de 100% pouvait être exigée dans une activité adaptée, sédentaire et permettant au recourant une exécution autonome de sa tâche. L'expert psychiatre de 2014 arrive à des conclusions somme toute semblables eu égard tant à l'évolution de la science médicale que de la pratique juridique en la matière qu'au vu du parcours de vie du recourant au cours des 24 années qui séparent les deux évaluations.

En effet, en l'espèce, aucun avis médical spécialisé n'impute à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, le premier des trois diagnostics

de l'expert psychiatre, à savoir les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, utilisation épisodique (CIM-10: F12.26; diagnostic qui s'inscrit dans la continuation des tendances toxicophiliques de l'expertise de 1990). L'expert, sur la base du dossier, le décrit comme essentiellement réactionnel et lié à des périodes de vie difficiles, telles l'adolescence et des séparations sentimentales, et comme en retrait pendant la période stable d'emploi au centre de formation protégé. Rien non plus n'incite à penser que ce trouble est à l'origine d'une maladie ou d'un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (ATF 124 V 265 c. 3c; SVR 2016 IV n° 3 c. 2.2.1). C'est donc à raison que l'expert ne lui a prêté aucune incidence sur la capacité de travail du recourant relevant sous l'angle de l'AI.

Après avoir discuté et exclu l'hypothèse d'un trouble de type borderline (notamment en raison de la longue période de stabilité de l'âge de 21 ans à 2006), l'expert explique pourquoi sur la base d'un constat de personnalité immature (défenses de nature projective et mégalomaniacale, attitude revendicative de réparation et rigidité psychique ainsi qu'abus réactif de substances), il pose le deuxième diagnostic d'autres troubles spécifiques de la personnalité (CIM-10: F60.8). Eu égard cependant au résultat de l'examen somatique, qui ne permet pas d'expliquer la fatigabilité et les difficultés à l'effort dont l'expertisé continue à se plaindre, et l'organisation de sa personnalité qui conduit aussi le recourant à se présenter en victime exprimant clairement l'attente d'une réparation, l'expert retient le troisième diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10: F68.0; en 1990, la personnalité du recourant avait été qualifiée de mal structurée et opérant par un faux-self aussi en fonction d'observation de tendances déjà revendicatrices). L'expert de 2014 souligne le fait que cette situation n'est pas cristallisée, qu'un soutien thérapeutique psychologique adéquat (auquel il n'a pas été recouru) pourrait permettre à l'expertisé de faire face à la situation, expertisé qui par ailleurs ne connaît pas d'altération manifeste de ses relations interpersonnelles, ni perte d'intégration sociale. Si l'expert concède que cette organisation de la personnalité restreint les possibilités de l'expertisé à gérer certaines situations conflictuelles sur le plan psychique, il en

conclut néanmoins qu'elle n'entrave pas de façon déterminante la capacité de travail, qu'il qualifie de complète en temps et rendement, sans limitations fonctionnelles (avec à l'appui l'intégration professionnelle réussie comme cuisinier entre l'âge de 21 ans et jusqu'en 2006), en précisant qu'un cadre structuré et soutenant serait souhaitable, en plus du soutien psychothérapeutique.

L'analyse à laquelle a procédé l'expert de 2014 s'inscrit tout à fait dans la continuité de celle de 1990. L'absence d'influence sur la capacité de travail des différents diagnostics psychiques est d'autant plus convaincante en 2014 que le risque inhérent aux atteintes somatiques néo-natales n'avait pas encore tout à fait été écarté dans l'évaluation psychique de 1990. En outre, l'appréciation du caractère invalidant des atteintes proposée par l'expert de 2014 correspond parfaitement au raisonnement préconisé par le Tribunal fédéral (TF) jusqu'à son arrêt de principe du 3 juin 2015 sur l'évaluation du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychosomatiques comparables (voir c. 7.2.3 ci-dessous). Que les années de (relative) stabilité professionnelle (mesures de formation puis, après une brève interruption, emploi dans les cuisines du centre de formation de 1999 à 2006) prises en compte par l'expert à l'appui de son évaluation ne correspondent pas à un taux d'activité de 100% et à un salaire de cuisinier avec CFC sur le marché ordinaire du travail ne changent rien aux conclusions auxquelles il aboutit. Cette période prouve que le recourant est à tout le moins capable de s'adapter à un milieu professionnel dans la durée et à contrôler ses traits de caractère parfois peu tolérants, impulsifs et provocateurs, ne serait-ce que dans sa tenue et son hygiène personnelle. Le taux d'occupation et de rendement démontré alors n'est pas déterminant puisque, par rapport au taux de 50% admis lors de l'octroi de la demi-rente en 1998, les experts, qui ont constaté en 2014 une capacité totale en temps et rendement, n'ont pas pu fixer le moment de l'amélioration, qui a donc pu intervenir après 2006. Le fait que le recourant n'ait pas exercé une activité lucrative exigible de sa part dès l'amélioration de la capacité de travail reconnue par les experts doit être mis au compte d'éléments qui ne relèvent pas de l'invalidité (par exemple comportements et présentation qui se veulent marginaux [tels que décrits dans l'expertise] et facteurs psychosociaux).

Les conclusions de l'expert fondées sur l'ensemble de la situation du recourant permettent de se convaincre que dans le cas du recourant, la présomption d'exigibilité (qui découlait de la pratique au moment de la réalisation de l'expertise) n'est pas renversée. Dans ces conditions les critiques de contradictions intrinsèques et extrinsèques du recourant se révèlent injustifiées.

7.2.3 La pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en présence de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychosomatiques comparables, comme cela vient d'être relevé, a été modifiée par le TF dans son arrêt ATF 141 V 281. Il convient de préciser à cet égard qu'une expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure (comme tel est le cas en l'espèce) ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 210 c. 6).

Au cas particulier, pour l'examen de la preuve d'une atteinte à la santé (1^{ère} étape de l'évaluation, de nature diagnostique), même si les experts n'ont pas diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant au sens strict (CIM-10: F45.40), il doit être néanmoins admis qu'il est question d'un trouble psychosomatique comparable, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10: F68.0) retenu par les experts constituant manifestement un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au vu notamment de sa référence dans la classification ICD-10 au chapitre F68 (VENZLAFF/FOERSTER, *Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, 1999, p. 508, spéc. 509; PETER HENNINGSEN, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, in: RSAS 2014 p. 499, spéc. 533). Comme le TF le précise, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si cette pathologie résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131

V 49. Le TF a ainsi considéré qu'il n'existait aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche repose sur une exagération. L'absence de demande de soins ou de traitement alors même que le recourant évoque des douleurs diffuses constitue un indice pour une telle exagération. Vient s'y ajouter une attitude délibérée de victimisation revendicative. La question de savoir si la tendance à l'exagération chez l'assuré est manifeste au point de constituer un motif d'exclusion peut toutefois rester ouverte. Quant à la preuve de l'incapacité de travail (2^{ème} étape), le TF désormais abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (voir c. 7.2.2 ci-dessus). Il n'en reste pas moins que de manière inchangée, selon la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 9 al. 2 LPGA, dans le but d'une perspective objective, il faut partir du principe qu'une personne est valide. Il s'agit désormais d'évaluer la capacité de travail de façon normative et structurée sur la base d'un catalogue d'indicateurs (répartis en deux grandes catégories: "degré de gravité fonctionnel" et "cohérence") qui tiennent compte des facteurs de contrainte restreignant cette capacité, mais aussi du potentiel de compensation (ressources; ATF 141 V 281 c. 3.7.2, 4.3, 4.4 et 5). En l'espèce, il est admis que la pathologie psychique du recourant trouvait son origine dans les charges émotionnelles liées essentiellement à la pathologie somatique sévère et potentiellement fatale (risques d'hémorragies et d'éclatement de la rate) dont il a souffert, particulièrement au cours de son enfance et de sa jeunesse, ainsi qu'aux relations alors difficiles avec sa mère. Au vu des observations objectives révélées par les différents examens effectués par les experts sur le plan somatique, le recourant a toutefois fort heureusement récupéré pleinement de ces atteintes. Il dispose donc désormais d'un potentiel de compensation. En effet, le recourant, qui vit délibérément dans un petit village et a une vie sociale relativement restreinte, a expliqué vouloir ainsi limiter le contact avec le milieu qu'il fréquentait auparavant en ville, afin de ne pas succomber aux tentations en matière de toxicomanie. Il a cependant bien précisé entretenir de bonnes relations avec un voisin, avec lequel il partage des repas, et s'est décrit aux experts comme étant "*un solitaire, un vieux loup, qui aime le partage et qui n'est pas asocial*". Il a même déclaré aux experts que "*dernièrement, il tente d'entrer un peu plus en contact avec*

d'autres habitants du village". L'on ne saurait considérer le recourant comme étant isolé socialement, ce d'autant plus qu'il entretient des rapports réguliers avec ses fils et a une nouvelle amie qu'il voit environ une fois par mois malgré la distance qui les sépare. La description retrace certes des activités quotidiennes essentiellement domestiques et d'entretien personnel, mais les journées du recourant sont structurées. Le recourant s'occupe seul de ses tâches ménagères, fait ses courses, le ménage et assume la gestion administrative. Il prend également soin du jardin et de son chien. Il a par ailleurs déclaré aux experts médicaux ne rencontrer aucune difficulté sur le plan physique dans ses activités quotidiennes. Il regarde aussi la télévision (apprécie en particulier les séries) et joue à des jeux électroniques. Enfin, l'expertise démontre que le recourant n'a pas cherché à se soigner par des thérapies adéquates. Il a rarement consulté au cours des 15 dernières années. Il serait aussi en mesure d'améliorer encore son hygiène de vie en contrôlant notamment encore mieux ses toxicomanies et dépendances. Ces éléments, à l'aide des indicateurs standards, ne permettent pas d'établir, avec une vraisemblance prépondérante, des répercussions fonctionnelles d'atteintes à la santé médicalement constatées d'une gravité déterminante et exemptes de contradictions (cohérence entre les activités quotidiennes et les prétendues restrictions professionnelles) susceptibles d'attribuer un caractère invalidant au trouble psychosomatique comparable à un trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par les experts chez le recourant (ATF 141 V 281 c. 6).

7.2.4 Sur le plan psychique, les conclusions médicales de l'expertise apparaissent donc aussi en accord avec les critères de qualité matérielle posés par la jurisprudence (voir c. 3.4 ci-dessus). Il convient par conséquent de reconnaître le caractère probant des diagnostics et de se rallier à la proposition d'évaluation fonctionnelle et d'appréciation du caractère invalidant formulée par l'expert psychiatre, tant du point de vue de la pratique juridique en cours à la date de l'expertise que de celle mise en place par l'ATF 141 V 281. De nouvelles investigations médicales sont dès lors superflues. Il y a lieu de retenir que le recourant dispose également sur le plan psychique d'une capacité de travail complète en temps et rendement, sans limitations fonctionnelles avec une

recommandation de cadre structuré et soutenant visant à tenir compte de l'organisation de la personnalité du recourant.

8.

8.1 La constatation d'une modification propre à justifier une révision intervient au moyen d'une comparaison de faits passés avec la situation actuelle. L'objet de la preuve porte ainsi sur l'existence d'une différence déterminante, aux fins de la décision à rendre, parmi les éléments de fait à extraire des documents médicaux. La valeur probante d'une expertise établie en vue d'une révision de rente dépend par conséquent essentiellement du point de savoir si celle-ci se rapporte de manière suffisante à l'objet de la preuve – soit une ou des modifications notables de l'état de fait. Une appréciation médicale en soi complète, compréhensible et convaincante, qui s'avérerait probante en vue d'une première évaluation du droit à la rente, est en principe dénuée de la valeur probante nécessaire lorsque l'évaluation médicale (divergeant d'une précédente appréciation) ne se prononce pas à suffisance sur la survenance effective d'une modification de l'état de santé. Sont toutefois réservées les situations de fait dans lesquelles il est manifeste que les circonstances médicales se sont modifiées (SVR 2013 IV n° 44 c. 6.1.2).

8.2 En l'espèce, en réponse aux questions spécifiques à la révision de la rente, les experts ont réitéré leur constat (actuel) de capacité entière en temps et rendement, en précisant qu'il n'était en revanche pas possible de dater le moment à partir duquel l'amélioration de l'état de santé a été telle que le recourant a recouvré une capacité de travail totale. Ils ont simplement relevé que le rapport du généraliste traitant questionné par l'intimé dans le cadre de la procédure de révision de rente en 2005 était très peu explicatif, puisqu'il se limitait à constater que l'état général de son patient semblait avoir été le même depuis plusieurs années.

8.3 Même si le dossier permet de constater que les prémices de l'évolution favorable de l'atteinte somatique qui handicapait le recourant depuis la prime enfance ont déjà été observées même avant l'octroi de la demi-rente en 1998, il n'en reste pas moins que la demi-rente octroyée en

1998 l'a été sur la base d'une capacité de travail (somatique et psychique) de 50%. Cette évaluation reposait certes essentiellement sur un avis relativement succinct du médecin traitant, sans être étayée par une nouvelle expertise (après obtention du CFC), mais elle ne saurait être qualifiée de manifestement fausse, notamment du fait que la récupération d'un état somatique normal n'était pas encore consolidée de longue date (le rapport de stage final rédigé en 1998 fait état, sur le plan psychique, d'importants progrès, mais relève encore des points faibles). Le fait que les experts de 2014 aient conclu à une capacité de travail médico-théorique entière en temps et rendement dans une activité adaptée représente par conséquent une nette amélioration. Les troubles de la personnalité avec tendances revendicatives se sont, de façon déterminante, transformés, avec l'amélioration de l'état physique, en une majoration des symptômes non cristallisée qui ne relève pas de l'invalidité. Aucun indice ne laisse penser que cette amélioration n'ait pas persisté jusqu'à la date de la décision contestée. Les indications fournies par les experts mettent suffisamment en relief les aspects concrets de l'évolution des atteintes et de la capacité de travail résiduelle qui ont mené à une nouvelle évaluation. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA est donc donné.

9.

9.1 Au vu de tous les éléments qui précèdent, la nouvelle appréciation faite de la situation de santé du recourant et des conséquences en découlant pour la fixation de sa capacité de travail l'emporte. Il est dès lors constaté que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée du genre de celles qu'il a déjà exercées, sans restrictions fonctionnelles d'aucune sorte. Il n'existe ainsi aucune invalidité et il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison de revenus. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé, en application de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, a procédé à la suppression de la demi-rente d'invalidité du recourant avec effet au premier jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision contestée du 15 mars 2016 (formulation légale moins ambiguë que celle figurant dans le prononcé attaqué; voir c. 1.1 ci-dessus).

9.2 Dans des cas très exceptionnels, le TF a jugé que l'administration devait se prononcer sur la nécessité de mesures professionnelles de réadaptation (préalables), malgré une capacité de travail retrouvée, lorsqu'à la date de la décision de révision (ou de reconsidération), la rente d'une personne âgée de 55 ans révolus ou d'une personne percevant une rente depuis plus de 15 ans avait été réduite ou supprimée (ATF 141 V 5 c. 4.1 et 4.2.1; SVR 2011 IV n° 73 c. 3.3). Le TF a précisé que les limites posées de l'âge de 55 ans ou des 15 ans de versement de la rente n'étaient pas absolues et devaient être appréciées de cas en cas (ATF précité, c. 4.2.2).

En l'espèce, le recourant n'avait de loin pas atteint l'âge de 55 ans au moment de la suppression de la demi-rente qui, il est vrai, lui a été octroyée pendant plus de 17 ans. Toutefois, pendant toute cette période, le recourant a disposé également d'une capacité de travail de 50%. Il en a fait usage, puisqu'il a travaillé à 60% de l'été 1999 à 2007 dans les cuisines du centre qui l'avait formé, puis dans une entreprise de décolletage, également à 60%, de 2008 à décembre 2009. Non seulement le recourant a toujours conservé une capacité de travail résiduelle, mais ainsi que les investigations médicales l'ont démontré, son état de santé et par conséquent sa capacité de travail ont continué de s'améliorer au cours des années en cause. En outre, le recourant a été en mesure d'exercer deux emplois très différents, cuisine et décolletage, ce dernier emploi ayant du reste été plus rémunérateur que celui d'employé de cuisine. Il n'a été totalement éloigné du monde du travail que depuis décembre 2009. L'absence d'emploi (à temps partiel) au cours des dernières années n'est pas due à une santé défaillante, mais bien à des facteurs extérieurs à l'invalidité (gain secondaire apporté par la maladie, cf. TF 9C_463/2009 du 10 septembre 2010 c. 4.3: ainsi, le recourant a déclaré aux experts "*qu'il aimerait passer à 100% d'invalidité*"). Eu égard à son obligation de diminuer le dommage, il est exigible du recourant qu'il prenne les mesures que toute personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle ne pouvait pas espérer des prestations d'assurance sociale (ATF 140 V 267 c. 5.2.1).

10.

10.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède, que le recours interjeté contre la décision du 3 avril 2015 doit être rejeté, le recourant ne remplissant plus désormais les conditions légales pour bénéficier de prestations de l'AI.

10.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, doit se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.-. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

10.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

10.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

10.3.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir PJ 3 du recours); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise. Le recourant doit être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et

l'avocat qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désigné en qualité de mandataire d'office.

10.3.3 Selon la note d'honoraires du 28 février 2017, qui ne prête pas à discussion, les honoraires sont taxés à Fr. 3'577.50, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du TA dans des cas semblables. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 338.80 et la TVA par Fr. 313.30, soit, au total, Fr. 4'229.60. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du TA versera la somme de Fr. 3'236.40 au titre du mandat d'office (honoraires de Fr. 2'683.35 [soit 13h25 à Fr. 200.-], débours de Fr. 313.30, TVA de Fr. 239.75; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.811], et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

10.3.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B._____ est désigné mandataire d'office.

3. Les frais de procédure fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 3'577.50, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 338.80 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 3'236.40 (Fr. 2'683.35 d'honoraires, Fr. 313.30 de débours, Fr. 239.75 de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. 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).