

200.2016.1131.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 17 novembre 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, 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 18 octobre 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, originaire du Kosovo et né en septembre 1964, marié et père de quatre enfants, a travaillé en dernier lieu et jusqu'à fin 2005 en qualité d'aide en maçonnerie. Alors au chômage depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, il a subi un accident de circulation en janvier 2007, dont les suites ont été prises en charge par la SUVA jusqu'au 11 février 2008 (voir à ce propos le JTA LAA/69384 du 12 février 2009). Le 2 février 2012, invoquant des douleurs à la tête et à la nuque, un trouble anxio-dépressif, un problème respiratoire (asthme), un trouble visuel et un manque de force, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Après instruction de la situation médicale de l'assuré, et notamment une expertise pluridisciplinaire réalisée les 10 et 15 mai 2013 auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'espèce, COMAI C. \_\_\_\_\_), l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI par décision du 29 janvier 2014.

**B.**

En février 2015, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Après avoir pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a indiqué à l'assuré, par préavis du 31 mars 2015, qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'intéressé d'avoir rendu vraisemblable que la situation se soit modifiée de manière essentielle depuis la dernière décision. Suite aux objections formulées par l'assuré, représenté par une mandataire, à l'encontre de ce préavis et à la présentation de nouveaux documents médicaux, l'Office AI Berne a à nouveau pris conseil auprès de son SMR, puis diligenté la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle a été réalisée en juin 2016 auprès du COMAI D. \_\_\_\_\_. Par nouveau préavis du 9 août 2016, l'Office AI Berne a indiqué à l'assuré qu'il projetait de rejeter sa demande, faute de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Nonobstant les objections formulées à l'encontre

de ce préavis et la présentation d'un nouveau certificat médical, l'Office AI Berne a, après avoir une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR, confirmé le contenu du préavis par décision formelle du 18 octobre 2016.

### **C.**

Par acte de recours du 18 novembre 2016, l'assuré, toujours représenté en procédure, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par mémoire de réponse du 21 décembre 2016, l'Office AI Berne a conclu, sous suite de frais, au rejet du recours. Le 6 février 2017, le recourant a confirmé le contenu de son recours, puis, le 15 février 2017, a fait parvenir la note d'honoraires de sa mandataire.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 18 octobre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la mise sur pied d'une expertise médicale complémentaire. Est particulièrement critiquée la valeur probante de la nouvelle expertise pluridisciplinaire.

**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 une mandataire dûment constituée, 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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 (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). 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 141 V 281 c. 3.7.1, 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, conserve une capacité à 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).

**2.3** 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).

**2.4** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière importante, à même d'influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier

1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

### **3.**

#### **3.1**

**3.1.1** En l'espèce, l'Office AI Berne a rendu une première décision le 29 janvier 2014 par laquelle il niait tout droit de l'assuré à des prestations de l'AI, faute de diagnostic ayant valeur d'atteinte à la santé au sens de l'AI et ayant une influence permanente sur la capacité de travail, respectivement de gain (voir dossier [dos.] AI 51). Après être entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant, l'Office AI Berne a diligenté la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, sur laquelle il se base pour nier une nouvelle fois le droit à des prestations de l'AI (dos. AI 85). En substance, il retient qu'il n'existe pas de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et, dans cette mesure, pas d'atteinte à la santé diminuant de manière durable la capacité de travail dans une activité adaptée.

**3.1.2** Dans son recours, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée en tant qu'elle retient que les atteintes psychiatriques découlent de problèmes culturels. A l'appui de ses contestations, il se réfère aux certificats médicaux de ses psychiatres traitants ainsi qu'aux multiples séjours en clinique psychiatrique.

**3.2** A ce stade, l'on relèvera que la décision attaquée (objet de la contestation) nie le droit du recourant à toutes prestations de l'AI. La période couverte par cette décision, s'agissant d'un éventuel droit à une rente, court dès le mois d'août 2015 (deuxième demande déposée en février 2015; voir art. 29 al. 1 LAI) et jusqu'au 18 octobre 2016, date du prononcé. L'Office AI Berne étant entré en matière sur cette deuxième demande, il s'agit d'examiner si l'instruction matérielle du dossier permet de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante (niveau de preuve exigé de façon générale en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), la modification notable de la situation, depuis le 29 janvier 2014 (date du précédent refus de prestations), dont l'Office AI Berne a admis le caractère plausible en entrant en matière. Si tel est le cas, il faut déterminer si le recourant a présenté un degré d'invalidité suffisant pendant la période en cause pour ouvrir un droit à des prestations AI (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

#### **4.**

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants:

**4.1** Après avoir travaillé en qualité d'aide en maçonnerie de 1990 à la fin de l'année 2005, le recourant a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. En janvier 2007, il a subi un accident de voiture de type "coup du lapin". Le 11 février 2008, la Suva a mis fin aux prestations légales qu'elle avait octroyées du fait de cet accident, faute de lien de causalité existant encore à cette date entre les douleurs alléguées et l'accident (voir dos. AI 15.1). Cette décision a été confirmée par jugement du TA du 12 février 2009 (voir JTA LAA/69384). Par la suite, il n'a plus travaillé et a été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique à plusieurs reprises en 2011 et 2012, avant de déposer, en février 2012, une première demande de prestations de l'AI (voir dos. AI 2).

**4.2** Dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, l'Office AI Berne a diligenté la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, neurologie et rhumatologie), laquelle a été réalisée en mai 2013 (rapport du 31 juillet

2013; voir dos. AI 31.1). Au terme de leurs examens, les experts ont retenu dans leur consilium final qu'il n'existait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans qu'ils n'aient de répercussions sur la capacité de travail, ont été retenus les diagnostics de status après traumatisme cervical mineur suite à un accident du 12 janvier 2007, absence d'explication neurologique aux plaintes persistantes depuis le 12 janvier 2007, épisode dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen avec syndrome somatique (ch. F33.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), toutefois actuellement en rémission partielle, et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0). C'est principalement sur la base de ces conclusions que l'Office AI Berne a, le 29 janvier 2014, nié le droit du recourant à des prestations de l'AI (dos. AI 51). Cette décision n'a pas été attaquée et est entrée en force.

**4.3** A l'appui de sa nouvelle demande de prestations de l'AI, le recourant a présenté une "lettre de sortie" du 10 juin 2014 signée par deux médecins psychiatres exerçant dans l'hôpital psychiatrique où le recourant a séjourné entre le 22 avril 2014 et le 21 mai 2014 (dos. AI 53). Les diagnostics mentionnés sont un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), une suspicion d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et une personnalité histrionique (CIM-10 F60.4). Il est également précisé qu'il s'agit de la cinquième hospitalisation du recourant dans l'hôpital psychiatrique susmentionné.

**4.4** Amené à se prononcer sur la vraisemblance d'une modification essentielle de la situation médicale du recourant, un médecin psychiatre du SMR a considéré le 18 mars 2015 qu'il s'agissait d'une détérioration passagère de l'état de santé (voir dos. AI 58). Sur cette base, l'Office AI Berne a émis un préavis selon lequel il projetait de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI (dos. AI 59). Suite aux objections formulées par le recourant, représenté par une mandataire (voir dos. AI 64), le même médecin du SMR a préconisé l'établissement d'une

nouvelle expertise pluridisciplinaire comprenant les mêmes spécialités que la précédente, réalisée en 2013 (dos. AI 66).

**4.5** Cette nouvelle expertise pluridisciplinaire a été réalisée en juin 2016 au COMAI D.\_\_\_\_\_ (dos. AI 74). Dans leur rapport final et commun, l'expert principal (spécialiste en médecine interne et rhumatologie), l'expert psychiatre et l'expert en médecine interne n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Sans effet sur la capacité de travail, sont énumérés les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1), une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0), un état douloureux chronique diffus (CIM-10 R52.9), une obésité (BMI à 38; CIM-10 E66.99), un traumatisme cervical indirect le 12 janvier 2007 (CIM-10 S13.4) et de l'hypercholestérolémie traitée (CIM-10 E78.0).

**4.6** Joint à ses objections présentées à l'encontre du préavis du 9 août 2016, par lequel l'Office AI Berne informait de son intention de rejeter la nouvelle demande (voir dos. AI 76), le recourant a produit une attestation médicale du 7 septembre 2016 de son médecin psychiatre traitant (voir dos. AI 81). En substance, ce dernier confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent dans un épisode actuel moyen, mais, à l'inverse des experts précités, il en conclut une incapacité complète de travail. Consulté une nouvelle fois le 16 septembre 2016, le même médecin du SMR a considéré qu'il s'agissait, selon son appréciation, d'un épisode léger du trouble dépressif récurrent (dos. AI 84). Il a également précisé qu'il n'y avait pas de modification notable de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

## **5.**

Sur la base des éléments qui précèdent, et plus particulièrement de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en juin 2016, l'Office AI Berne a nié le droit du recourant à des prestations de l'AI. Il convient ainsi d'examiner si cette décision peut être confirmée.

**5.1** 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).

**5.2** En l'espèce, il appert que l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée s'inscrit, sur le plan formel, dans le respect des exigences légales et jurisprudentielles précitées. Du reste, le recourant ne semble pas remettre en cause cet aspect de l'expertise. Le rapport d'expertise, qui comporte les rapports séparés de l'expert psychiatre (dos. AI 74.2) et de l'expert en médecine interne (dos. AI 74.3), ainsi qu'un rapport de synthèse (dos. AI 74.1), se révèle en effet complet et très détaillé. Les experts ont tenu compte, dans l'anamnèse, des éléments médicaux remontant à 2002 et ont recensé l'entier des rapports médicaux existants au dossier AI. En ce qui concerne plus particulièrement la période litigieuse, les experts ont également pris en compte l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2013, rappelant que ses conclusions sont très proches des leurs. Finalement, l'on relèvera encore que les conclusions des experts sont étayées, motivées et compréhensibles.

**5.3** Quant au contenu matériel de l'expertise pluridisciplinaire, il apparaît également convaincant et étayé.

**5.3.1** A titre liminaire, on relèvera que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, dès lors en effet que la notion légale d'invalidité distingue clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

**5.3.2** En l'espèce, les experts ont considéré que l'évaluation psychiatrique constituait la pierre angulaire de leur bilan, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2013 par le COMAI C.\_\_\_\_\_, mais également et surtout sur leur propre examen physique du recourant (voir dos. AI 74.1/7-8). Concernant ce dernier examen, il est relevé que "le comportement devient par moment à ce point histrionique (dangereuse tendance à la chute avec prompt rétablissement, manifestations de

douleurs empêchant l'application d'un protocole standard de mesures) qu'il oblige l'expert à envisager d'annuler purement et simplement l'expertise. Finalement, en surmontant les manifestations parasites (contorsions, contrepulsions musculaires...), on ne retient pas d'anomalie significative en dehors de l'obésité et de l'aspect déconditionné". Selon les experts, il n'existe ainsi pas d'atteinte physique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant.

Quant à l'aspect psychiatrique, les experts n'ont nullement banalisé la gravité des atteintes du recourant. Ils ont effet considéré que l'état du recourant est grave, du point de vue de la médecine curative. Toutefois, ils ont retenu qu'il n'existait pas de signes pour une maladie dépressive primaire dans le sens d'une psychose mélancolique, mais qu'il s'agissait bien davantage d'une réaction dépressive réactionnelle de la personnalité. Les ralentissements psychomoteur et de la pensée s'expliquent ainsi, selon l'expert psychiatre, par le cumul des médicaments ainsi qu'à la tendance de majorer, voire de souligner de façon démonstrative, sa souffrance. Les experts expliquent également qu'il existe des facteurs contextuels qui jouent un rôle déterminant dans la mauvaise évolution de la situation médicale du recourant. Ainsi, il est fait mention tant de difficultés socio-professionnelles (pas de formation professionnelle à faire valoir sur le marché du travail, précarisation de l'emploi) que de facteurs culturels, par exemple l'isolement du recourant en Suisse, alors qu'il est issu d'une ethnie dans laquelle la cohésion de la grande famille d'origine joue un rôle prépondérant. Les experts soulignent encore finalement, concernant l'évolution de la santé du recourant depuis 2013, que leurs observations de 2016 se superposent à celles décrites dans l'expertise du COMAI C.\_\_\_\_\_. Tout en admettant des périodes de décompensation ayant mené à des séjours plus ou moins longs en hôpital psychiatrique, les experts retiennent qu'il ne s'agit pas de fluctuations majeures et présument que les séjours en milieu psychiatriques sont également organisés à des fins d'assistance psychosociale. Au terme de leur rapport, les experts retiennent qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé psychique ou physique susceptible de retentir sur la capacité de travail du recourant et précisent qu'ils rejoignent en cela les conclusions émises par le COMAI C.\_\_\_\_\_ en 2013. A ce propos également, il convient de souligner qu'ils expliquent

que cette estimation les place dans une situation d'autant plus inconfortable qu'elle peut apparaître comme une négation de l'état de souffrance dans lequel se trouve le recourant, mais précisent appliquer les concepts mis en place par le Tribunal fédéral (TF).

**5.3.3** En vertu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions matérielles de l'expertise réalisée en juin 2016. Les experts ont examiné avec soin la situation du recourant et sont arrivés à la conclusion qu'il n'existe pas de maladie psychique (dans le sens médico-légal) propre à créer obstacle dans une perspective professionnelle. Les mêmes experts se montrent convaincant et motivent leur prise de position en expliquant que l'origine de la maladie du recourant trouve sa source tant dans des difficultés socioprofessionnelles que des facteurs culturels. Il convient également de relever à ce stade que le psychiatre traitant ne s'oppose pas véritablement aux conclusions de l'expertise. Il mentionne, mais toutefois sans l'étayer, que l'état psychique grave n'est pas uniquement lié au contexte culturel, dès lors qu'un diagnostic psychiatrique est retenu et que le recourant a travaillé en Suisse pendant 17 ans. A ce stade, l'on mentionnera, d'une part, que l'expertise se révèle très élaborée et fouillée en ce qui concerne l'origine de la maladie du recourant et, d'autre part, qu'il y a lieu tenir compte du fait, qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin traitant aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en juin 2016.

**5.4** Au vu de ce qui précède, il appert que la situation du recourant à la date de la décision ici contestée (18 octobre 2016) ne s'est pas modifiée de façon notable depuis la première décision de refus de prestation du 29 janvier 2014, entrée en force (voir ci-avant c. 3.2). Une détérioration n'étant pas avérée avec une vraisemblance prépondérante, force en est d'en rester au constat d'une absence d'invalidité et d'un refus de toute prestation AI.

## **6.**

Le recours interjeté contre la décision du 18 octobre 2016 doit ainsi être rejeté.

**6.1** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**6.2** Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

**6.2.1** 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).

**6.2.2** Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant du soutien financier des services sociaux (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

**6.2.3** Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton 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. L'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est accordée au recourant.
3. Les frais de la 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 limitée aux frais de procédure. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'Office AI Berne,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).