

200.2016.299.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 15 mars 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 24 février 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1972, souffre d'une maladie congénitale du cœur avec anomalie valvulaire aortique, à raison de laquelle il a bénéficié de mesures médicales de l'assurance-invalidité (AI) jusqu'à sa majorité. Courant novembre 1987, il a déposé une demande de prestations AI en vue d'une orientation vers une profession mieux adaptée à ses handicaps que celle de bûcheron qu'il planifiait alors. Cette demande a été retirée en mars 1988 par sa mère, qui préférait le voir entamer la formation de bûcheron projetée à proximité du foyer familial. L'intéressé a interrompu cette dernière après deux ans d'apprentissage, puis a exercé des emplois temporaires, tels aide-magasinier ou ouvrier dans la construction et la mécanique. Dès le 1^{er} décembre 1998, il a été engagé auprès d'une fabrique de décolletage (travail à l'emballage et à l'expédition de machines). Suite à son licenciement à fin février 2007, l'assuré s'est annoncé à l'AI en février 2008 (date de la réception de sa demande AI) pour des problèmes cardiovasculaires et un souffle au cœur. Il bénéficie de l'aide sociale et d'un encadrement de vie spécialisé (pour ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 1.1/4-6, 3/4, 12/3-4, 13/7 et 11-13, 27/1, "Protokoll per 25.04.2016" 4, 12 et 13).

B.

A réception de cette demande AI, l'Office AI Berne a recueilli notamment l'appréciation d'un service hospitalier ayant suivi l'assuré pour une cardiomyopathie dilatative et, courant septembre 2007, un choc cardiogénique avec arrêt cardiaque survenu dans un contexte d'éthylisme chronique. Une première expertise pluridisciplinaire a été mandatée auprès d'un centre d'observation médical de l'AI (COMAI; Policlinique B. _____; rapport du 5 février 2009). Du 15 avril au 8 juin 2009, puis du 28 septembre 2009 au 24 février 2012 (activité respectivement interrompue, puis arrêtée des suites d'une ostéotomie pratiquée à la cheville droite le 10 juin 2009 et de la pose d'une prothèse totale à celle-ci le 24 février 2012), l'assuré a

travaillé de 50 à 70% comme aide cuisinier. Dans le cadre de son activité, il a bénéficié du 1^{er} décembre 2010 au 31 juillet 2011 d'une aide au placement sous forme d'une préformation en cuisine, dont le déroulement a été entravé par son alcoolisme et une hospitalisation à raison de celui-ci. Un reclassement professionnel comme aide de cuisine octroyé ensuite du 4 juin au 2 décembre 2012 a été interrompu le 29 juin 2012, en raison de problèmes cardiaques et dorsaux ainsi que d'un nouvel épisode d'alcoolisation massive. Dans l'intervalle, l'assuré a été sommé par l'AI, selon courrier du 9 mai 2012, de se soumettre mensuellement à des tests sanguins propres à retracer sa fonction hépatique. Il s'est en outre vu accorder des moyens auxiliaires en lien avec une déformation pathologique du pied droit.

C.

Sur mandat de l'Office AI, une seconde expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès du COMAI déjà désigné antérieurement (nouveau rapport établi le 30 septembre 2013). Le même office a ensuite accordé à l'assuré une observation professionnelle du 15 septembre au 14 décembre 2014, mesure qui a toutefois dû être précocement interrompue au regard de la situation médicale de l'assuré (rapport final y relatif du 10 novembre 2014). Un entraînement à l'endurance a ensuite été octroyé à trois reprises à l'intéressé au sein d'un atelier de production et de réinsertion (APR), à savoir du 26 janvier au 19 avril 2015, du 20 avril au 12 juillet 2015, puis du 13 juillet au 25 octobre 2015 (voir les rapports d'évaluation des 20 avril, 13 juillet et 26 octobre 2015 concernant ces mesures). En possession dans l'intervalle de l'appréciation du psychiatre traitant, l'Office AI a mis fin le 30 novembre 2015 aux mesures professionnelles, faute d'exigibilité médicale. Après due préorientation demeurée incontestée, le même office a rejeté la demande de rente (invalidité de 36%) par décision du 24 février 2016.

D.

En date du 10 mars 2016, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant au réexamen de son cas et, implicitement, au versement d'une rente AI (voir ses explications du 17 mars 2016 complémentaires au recours). Par courrier du 23 mars 2016, l'intéressé a une nouvelle fois complété son recours et a adressé au TA une requête d'assistance judiciaire encore perfectionnée par ses soins les 6 et 11 avril 2016, puis par l'entremise du service social s'occupant de lui selon un courrier du 18 avril 2016. Dans son mémoire de réponse du 25 avril 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours sous suite des frais et dépens. Hormis le dossier AI, la réponse précitée était accompagnée d'un «Protokoll per 25.04.2016». Le recourant n'a pas fait usage de son droit de répliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision du 24 février 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente d'invalidité (voir à ce sujet encore l'ordonnance judiciaire du 14 mars 2016 et la prise de position du 17 mars 2016 du recourant).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). L'on précisera à toutes fins utiles qu'il est sans incidence, sous l'angle de la

qualité pour recourir, que l'assuré, respectivement le service social en charge de son dossier qui avait reçu de lui, le 3 décembre 2016, tous pouvoirs pour acquérir des informations dans le cadre de la procédure AI (voir dossier [dos.] TA), n'aient en l'occurrence pas participé à la procédure de préorientation préalable à la décision présentement contestée (UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 59 n. 12 avec références citées).

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.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

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).

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 (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du 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).

2.3 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa

propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et sa réponse au recours, l'Office AI a estimé que l'assuré serait en mesure d'exercer une activité physiquement légère (sans port de charges régulier supérieur à 15 kg, ni station debout prolongée) à un taux atteignant 100%, moyennant une diminution de rendement de 25% liée aux douleurs et à la nécessité de changer régulièrement de position. Ce profil d'activité, qui exclut la poursuite de l'ancienne activité d'aide magasinier, est défini à partir des conclusions du rapport du COMAI du 30 septembre 2013, dont l'intimé n'infère au surplus aucune restriction quant à l'exigibilité d'un tel emploi dans le marché libre de l'économie. En comparant le revenu annuel sans handicap provenant de la dernière activité exercée (Fr. 59'979.-) avec un revenu statistique d'invalide grevé d'une perte de rendement de 25% et d'un abattement supplémentaire de 15% du fait des restrictions de charges encourues (Fr. 38'236.- par an), l'Office AI évalue le degré d'invalidité de l'assuré à 36%.

Le recourant ne remet en soi pas en cause le contenu de la seconde expertise pluridisciplinaire du COMAI. Il fait au contraire implicitement grief à l'intimé de s'en être distancié, à mesure que les conclusions de cette dernière postuleraient, selon lui, «l'impossibilité d'une réinsertion sur le marché du travail et l'adéquation d'un poste de travail en atelier protégé». L'assuré fait au surplus valoir que la place de travail (protégée) qu'il avait à

l'introduction du recours était menacée par la décision de l'intimé et demande que sa situation de santé soit réexaminée (conclusion qu'il a par la suite confirmé devoir être interprétée comme conclusion tendant au versement d'une rente AI; voir c. 1.1 supra).

3.2 L'expertise pluridisciplinaire querellée du 30 septembre 2013 rapporte le résultat de plusieurs consultations spécialisées.

3.2.1 *Sur le plan interne*, la doctoresse mandatée a tout d'abord décrit le contexte général par le biais de larges extraits du dossier médical, ainsi que des plaintes rapportées par le patient (lombalgies chroniques, douleurs à la cheville droite, problème cardiologique, consommation d'alcool et aspect psychologique) et de leur évolution jusqu'à la date de l'expertise. Elle a au surplus fait mention d'autres éléments anamnestiques (familiaux, personnels, systématiques, psychosociaux et professionnels), des habitudes (tabac, alcool), du déroulement des journées et des projets de l'assuré, respectivement de la prise en charge médicamenteuse et thérapeutique de ce dernier. A l'issue de son propre examen clinique le 4 juin 2013, cette doctoresse interniste a relevé que le recourant présentait un BMI de 37.8 kg/m² (125 kg pour 182 cm) moyennant une prise de poids de 25 kg depuis l'expertise du COMAI de 2009, sans foetor éthylique, ni signe d'imprégnation éthylique au niveau cutané.

3.2.2 *L'aspect rhumatologique* a été abordé dans le cadre des constatations cliniques objectives par une doctoresse rhumatologue, également interniste. Au status ostéo-articulaire, elle a constaté de discrets troubles statiques sous forme d'effacement des courbures physiologiques au niveau du rachis dorsolombaire, moyennant encore une distance doigt-sol limitée à 31 cm et une discrète sensibilité au niveau des antéflexions et rétroflexions du rachis. Le bilan radiologique lombaire fait quant à lui état d'un bon alignement des murs antérieurs et postérieurs au niveau dorsal et, au plan lombaire, d'une discrète scoliose dextro-convexe centrée sur L3-L4, d'une perte de la lordose physiologique, d'une arthrose inter-apophysaire L3-L4-L5 ainsi que de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1. Selon l'experte, les lâchages du membre inférieur droit se sont pratiquement amendés depuis l'intervention neurochirurgicale de micro-discectomie L4-L5, L5-S1 avec décompression des récessus et

foraminotomie (7 mai 2013). L'experte recommande au surplus un consilium orthopédique complémentaire s'agissant des douleurs à la cheville droite d'origine post-traumatique.

3.2.3 *Du point de vue neurologique*, le spécialiste, à l'issue de son examen clinique du 24 juin 2013 complété par un électroneuromyogramme (ENMG), n'a pas mis en évidence d'éléments significatifs en faveur d'une atteinte neurogène périphérique. Un écho-Doppler des vaisseaux pré-cérébraux pratiqué, vu la présence de vertiges transitoires, n'a pas non plus révélé selon lui de lésions athéromateuses déterminantes sur les réseaux carotidiens et vertébraux pré-cérébraux ainsi que sur les artères sous-clavières. Selon ce médecin, la discrète atteinte poly-neuropathique n'explique pas les troubles de l'équilibre et est vraisemblablement secondaire à l'éthyle. Au plan radiologique, le neurologue considère les troubles dégénératifs lombaires comme modérés après l'intervention neurochirurgicale ayant significativement amélioré la situation au niveau du membre inférieur droit, moyennant toutefois des séquelles sous forme de lombalgies persistantes. Aussi, il considère qu'une activité physiquement légère (sans port régulier de charges de plus de 15 kg) autorisant des changements fréquents des positions assis/debout est exigible à 100%, compte tenu éventuellement d'une perte de rendement de 25% en raison des douleurs et de la nécessité de changer régulièrement de position.

3.2.4 *Sous l'angle orthopédique*, le spécialiste, à l'issue de sa consultation du 5 juillet 2013 complétée par un bilan radiologique, a fait état, d'une part, de lombalgies basses en hémi-ceinture postérieure persistantes après un status d'infiltration facettaire et épidurale (février 2013) ainsi que de micro-dissectomie L4-L5 et L5-S1 et foraminotomie (7 mai 2013) et, d'autre part, d'une situation globalement stabilisée à la cheville droite avec une marche sans douleur suite à la pose d'une prothèse et un bon état fonctionnel. Si le pronostic est qualifié de favorable au niveau du rachis, l'expert émet en revanche des réserves importantes concernant la seconde affection et prévoit la nécessité, d'ici une dizaine d'années, de poser une nouvelle prothèse totale à la cheville droite ou, plus probablement, de procéder à une arthrodeèse. Selon lui, même sous ces

réerves, la capacité de travail demeure cependant entière dans une activité légère strictement assise et ce, depuis le début 2013.

3.2.5 *A l'issue de sa consultation en cardiologie* du 26 juillet 2013, l'expert a constaté à l'examen écho-cardiographique une fonction systolique ventriculaire gauche dans la norme, sans trouble de la cinétique segmentaire ainsi qu'une valve aortique exempte de toute anomalie de fonctionnalité. De son avis, la dyspnée à l'effort et la fatigue décrites par le patient s'expliquent par le contrôle insuffisant de sa fréquence cardiaque, trop élevée surtout pendant l'effort, ce que documente également l'ergométrie. Cela étant, le même spécialiste estime qu'un métier physique adapté, en particulier en position assise, est en l'état exigible à un taux de 50%, mais que l'assuré pourrait récupérer des aptitudes fonctionnelles normales s'il adaptait son traitement (Amiodarone) par une médication ralentissant la fréquence cardiaque (digoxine, anti-calcique) et, en cas d'échec, procédait à une thermoablation des veines pulmonaires.

3.2.6 *Sous l'angle psychiatrique*, le spécialiste a fait état d'une évolution plutôt favorable depuis 2009 avec une abstinence et des projets de formation mis en place par l'AI, mais a néanmoins précisé que les récentes tentatives d'autonomisation professionnelle ont fragilisé l'assuré qui a été amené à apaiser ses angoisses par des consommations de plus en plus sévères d'alcool (jusqu'à une hospitalisation de 10 jours pour sevrage en octobre 2012). Après un changement de foyer en raison des conflits générés par cette situation avec ses référents, le recourant vit depuis lors dans une autre structure où il aurait trouvé un apaisement et bénéficie d'un soutien psychiatrique. L'expert considère qu'un tel encadrement médical intégré associé à une abstinence à l'alcool ou à tout le moins à une consommation éthylique contrôlée peut seul permettre à l'assuré de répondre aux exigences minimales d'un quotidien social et professionnel.

3.2.7 *Du point de vue neuropsychologique*, une thérapeute (non doctoresse), à l'issue de sa consultation du 11 septembre 2013, a mis en évidence chez le recourant des difficultés mnésiques antérogrades dans les modalités verbale et non verbale et des performances limites en mémoire de travail, associées à des signes discrets de fléchissement exécutif se manifestant par un manque de flexibilité mentale et des troubles

de la programmation visuo-constructive. De son avis, ces observations s'expliquent de manière prépondérante par la problématique éthylique et sont propres à limiter significativement la capacité de travail dans la dernière activité exercée. En cas de formation élémentaire en cuisine, la neuropsychologue recommande un encadrement soutenu privilégiant les routines.

3.3 Dans leur synthèse finale des consultations spécialisées précitées (expertise visée par les médecins interniste, rhumatologue/interniste et psychiatre), les experts ont posé les diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, de lombo-sciatalgies droites chroniques associées à un status après micro-discectomies L4-L5, L5-S1 avec décompression des récessus et foraminotomie le 7 mai 2013 (M51.9) ainsi que troubles dégénératifs lombaires étagés L4-L5 et L5-S1 (M47.86), de douleurs chroniques à la cheville droite avec status après fracture ouverte du tiers distal du tibia droit traitée par ostéosynthèse en 1984, ostéotomie de neutralisation en 2010 (M19.17) et mise en place d'une prothèse en février 2012, d'un trouble dépressif récurrent, épisode en l'état léger (F33.0), d'une dépendance à l'alcool, actuellement en rémission en milieu protégé (F10.21), de difficultés mnésiques antérogrades en modalités verbale et non verbale avec fléchissement des aptitudes exécutives et défaut d'attention (R41.8), d'une fibrillation auriculaire chronique anticoagulée avec réponse ventriculaire rapide malgré une thérapie avec Cordarone et bêtabloquant (I48), d'une première notion d'une cardiomyopathie dilatée d'origine indéterminée (alcool, tachycardie) en 2004 (I42.0) et d'un choc cardiogénique le 13 septembre 2007 lié à une récurrence de la cardiomyopathie. Sans influence du point de vue des aptitudes professionnelles ont été diagnostiqués une valve aortique bicuspidée dépourvue de répercussion hémodynamique significative (actuellement, fraction d'éjection du ventricule gauche [FEVG] dans la norme), une discrète atteinte poly-neuropathique des membres inférieurs, des sensations vertigineuses sans substrat organique clair, une obésité (BMI de 37.8 kg/m²), une hypertension artérielle traitée, un ancien tabagisme et une anamnèse d'arthropathie goutteuse. Sur ces bases, les experts ont exclu la poursuite de l'emploi d'aide-magasinier ou d'ouvrier dans la construction (le COMAI de 2009 considérait quant à lui l'activité

d'aide-magasinier comme «probablement limitée»; dos. AI 24/18), respectivement nié que l'activité d'aide en cuisine corresponde aux restrictions orthopédiques et rhumatologiques présentes.

Par rapport à leurs précédents confrères qui tablaient en 2009 sur des aptitudes potentiellement intactes dans un emploi adapté en cas d'abstinence à l'alcool, de compliance au traitement cardio-vasculaire et d'un soutien psychiatrique si les symptômes dépressifs venaient à se péjorer (dos. AI 24/18-19), les experts du COMAI de 2013 ont retenu une capacité de travail limitée à 50% dans une activité idoine essentiellement assise excluant les travaux lourds (charges de plus de 15 kg) et la marche prolongée ou en terrain irrégulier, et présupposant un encadrement en foyer. Ils ont motivé cette dernière exigence par le trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger) entraînant une certaine fragilité chez l'assuré, par la dépendance à l'alcool actuellement en rémission en milieu protégé, ainsi que par les difficultés mnésiques antérogrades, le fléchissement des aptitudes exécutives et le défaut d'attention également présents. De leur avis, cette diminution de la capacité de travail s'explique par un mauvais contrôle de la fréquence cardiaque qui ne peut être daté, mais qui est en tout cas postérieur à l'expertise du COMAI de 2009. En cas d'adaptation du traitement régulateur de la fréquence cardiaque associée à une position de travail strictement assise (excluant la poursuite de l'activité d'aide cuisinier pourtant pratiquement seule souhaitée par le recourant), les nouveaux experts escomptent une capacité de travail théorique de 100% avec une baisse de rendement de 25%.

4.

4.1 A juste titre, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 30 septembre 2013, effectuée sur mandat des organes de l'AI, n'est pas de prime abord remise en question par les parties (sous la seule réserve de la question de l'exigibilité d'une activité professionnelle dans l'économie libre, voir c. 4.4 infra). En tout état de cause, celle-ci s'appuie sur le résultat d'examens spécialisés personnels de l'assuré, eux-mêmes articulés autour de paramètres précis. La liste des diagnostics retenue à l'issue de ces

investigations n'est pas véritablement contestée et reflète l'importante labilité de certaines des affections médicales concernées largement conditionnées par la problématique éthylique et l'obésité, respectivement aussi les retombées positives ou négatives que peuvent impliquer ces mêmes paramètres au plan économique. L'expertise intègre au surplus les avis des autres médecins consultés très largement retranscrits, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Les experts ont de plus soigneusement consigné les plaintes subjectives du recourant, tout comme les observations objectives découlant de ses divers status médicaux. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des spécialistes, bien motivées, ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Ainsi qu'ils y avaient été expressément invités par l'intimé (dos. AI 61/3 en bas et 61/4 en haut), les médecins se sont en particulier prononcés sans équivoque sur le point de savoir si la dépendance éthylique du recourant a pu provoquer une maladie qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ayant valeur de maladie (s'agissant des exigences y relatives posées par la jurisprudence: ATF 124 V 265 c. 3c, SVR 2012 BVG n° 14 c. 4.4.2). D'après les constatations du COMAI de 2013, la dépendance à l'alcool est certes secondaire aux traits pathologiques anxieux, impulsifs, de dépendance et d'instabilité du recourant, lesquels influencent ses décisions et entraînent par moments des phases anxio-dépressives ainsi que des rechutes alcooliques. Selon les médecins du COMAI, ces traits psychologiques ne constituent cependant pas un trouble de la personnalité à part entière (dos. AI 84.1/32), ni ne traduisent, partant, une maladie psychiatrique autonome susceptible de conduire à l'admission d'une invalidité du chef d'un comportement addictif de la personne assurée. Les experts ont de plus exclu toute déficience irréversible due à l'alcoolémie et propre à entraver la capacité de travail en cas d'abstinence de longue durée (dos. AI 84.1/35 réponse n°3). Ainsi, la discrète polyneuropathie au niveau des membres inférieurs vraisemblablement secondaire à l'éthyle a-t-elle été jugée sans portée sous l'angle des aptitudes professionnelles (c. 3.2.3 supra). Au surplus, les derniers médecins mandatés au COMAI ont veillé à définir un

profil d'exigibilités intégrant les déficits neuropsychologiques associés à l'éthylisme, recommandant à raison de ceux-ci des emplois routiniers sans exigences mnésiques ou attentionnelles élevées et ne nécessitant pas non plus d'instaurer des priorités, ni de faire preuve de flexibilité mentale (dos. AI 84.1/30; c. 3.2.7 supra). Pour autant qu'elles ne puissent elles-mêmes être résorbées dans le cadre de l'obligation exigible du recourant de diminuer son dommage (dos. AI 59 et efforts d'abstinence au reste déjà attestés avant la sommation y relative de l'AI: dos. AI 12/54, 24/16 et 30/2), les limitations durables induites par la problématique éthylique ont ainsi été expressément intégrées dans le tableau clinique. Par le fait de lui dénier toute portée invalidante dans les limites de celui-ci, les experts ont en outre tenu compte du fait que l'adiposité n'entraîne en principe pas non plus d'invalidité donnant droit à une rente, à moins que celle-ci ne provoque elle-même des atteintes corporelles ou psychiques, soit la conséquence d'une telle atteinte ou ne puisse être réduite par le biais d'un traitement ou d'une perte de poids exigible (voir exigences posées par la jurisprudence dans l'arrêt TF 8C_74/2008 du 22 août 2008 c. 2.2). En l'espèce, hormis le status à la cheville droite d'origine accidentelle dont le pronostic a été qualifié de réservé en raison du surpoids de l'assuré, aucune atteinte médicale durable (originaire ou secondaire) n'a cependant été mentionnée en lien direct avec l'obésité. L'intimé n'a au surplus pas exigé de l'assuré qu'il réduise sa masse corporelle dans le cadre de son obligation générale de diminuer le dommage envers l'AI.

4.2 Rien ne permet par ailleurs de supputer que les conclusions du COMAI de septembre 2013 ont pu perdre leur légitimité au moment où a été rendue la décision contestée du 24 février 2016. Excepté le fait de demander une reconsidération de son cas et de conclure in fine au versement d'une rente AI, le recourant n'invoque en tout cas aucun élément laissant entrevoir une péjoration substantielle de sa situation médicale durant ce laps de temps de presque 2 ans et demi. Il ne ressort en particulier nullement du dossier que sa fréquence cardiaque a été davantage contrôlée suite aux recommandations du COMAI de 2013 qui préconisait d'adapter la médication cardiaque ou de procéder à une thermoablation des veines pulmonaires. Au plan psychique, le psychiatre de l'assuré, dans un rapport AI du 30 avril 2015, a diagnostiqué, avec

influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (F33.1), un syndrome de dépendance à l'alcool avec un patient actuellement abstiné dans un milieu protégé (F10.25), une personnalité immature, une cardiopathie valvulaire depuis l'enfance, un status post arrêt cardiaque en 2009 (recte: 2007), une hypertension artérielle (HTA), une obésité et une hyperlipidémie et, sans répercussions au plan économique, une solitude et de la goutte. Le psychiatre traitant décrit les restrictions encourues consistant en un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, des angoisses d'origine indéterminée, une appréhension pour n'importe quelle tâche et un manque de confiance en soi. Réservant son pronostic final, il se prononce en faveur du maintien en foyer de son patient ainsi que de la poursuite du suivi médical spécialisé intégré, respectivement recommande une activité adaptée à 50% en milieu protégé. Les constatations strictement objectives de ce spécialiste rejoignent ainsi très largement celles de l'expert psychiatre et du neuropsychologue mandatés en 2013 au sein du COMAI (cpr. c. 3.2.6 et 3.2.7 supra). Tout au plus le psychiatre traitant fait-il nouvellement état d'un sevrage hospitalier à l'alcool du 31 octobre au 5 décembre 2014, en l'absence en revanche de tout indice en faveur d'une péjoration médicale importante et durable depuis les examens spécialisés précités de 2013. En comparaison du dernier COMAI qui considère les aptitudes professionnelles comme étant en principe préservées au plan psychique en cas d'encadrement médical intégré et de maîtrise de la problématique d'alcool, l'estimation à 50% de la capacité résiduelle de travail par le psychiatre traitant représente ainsi tout au plus une appréciation divergente d'un même état de fait médical (s'agissant ensuite de l'exploitation de cette capacité sur le marché économique: voir c. 4.4 infra). A cet égard, sa brève attestation non datée, produite devant le TA, évoquant un suivi dès le 29 janvier 2013 à sa consultation pour un trouble dépressif récurrent et, sans autre étayage médical, une «évolution [...] défavorable malgré un traitement médicamenteux et psychothérapeutique régulier» ne permet de toute évidence pas une autre conclusion (dossier recourant [dos. rec.] 4).

Au surplus, le résultat des mesures professionnelles accordées par l'AI tendent également à confirmer les conclusions de la seconde expertise du COMAI. Ainsi, après l'interruption prématurée consécutive à une rechute

éthylisme d'une mesure d'observation n'ayant de fait pu déboucher sur des conclusions « parlantes et raisonnablement étayées » (dos. AI 99/3), un premier stage de réentraînement au travail au début 2015, organisé selon un horaire de 10 heures réparties sur cinq jours, a permis d'envisager une réinsertion dans l'économie libre au vu des aptitudes de l'assuré répondant aux exigences qualitatives, une évaluation plus approfondie de la résistance psychique et physique étant alors néanmoins recommandée au vu du rendement peu élevé atteint (moyenne de 46,33%). Le nouvel entraînement au travail entamé vers fin avril 2015 a débouché sur une productivité moyenne de 48% en fin de mandat pour un taux de présence de 64% (de 37,25 heures). L'augmentation temporaire à 6,5 heures par jour du temps de travail n'a pas pu être maintenue étant donné les craintes exprimées par le recourant de s'alcooliser massivement s'il devait faire face à davantage de pression à son travail. Le troisième stage à l'APR dès mi-juillet 2015 n'a pas non plus permis d'augmenter le taux de présence (au-delà de 64%) ni le rendement (45% en fin de mesure) et il a été conclu que l'assuré ne disposait pas de la résistance requise pour travailler au-delà de 50% dans l'économie libre, respectivement qu'une telle réinsertion présupposait un environnement adapté à sa vulnérabilité. Certes, les plaintes subjectives du recourant peuvent dans une certaine mesure avoir influencé les conclusions précitées, à mesure que ce dernier a plusieurs fois déclaré qu'il ne se sentait pas en mesure de travailler à davantage que 50% (voir par ex.: dos. AI 84.1/1; 84.1/33 et 126/3 ch. 3.2.2). Des observations tangibles en atelier étayaient néanmoins les conclusions des observateurs professionnels qui n'ont de surcroît jamais mis en doute la bonne motivation de l'assuré, ni sa disposition à coopérer aux mesures instaurées par l'AI malgré ses troubles et ses douleurs. Il ressort en outre du dossier que la problématique éthylisme s'est à chaque fois décompensée lorsque le recourant a été amené à augmenter son taux de présence et ce, même seulement de 50 à 70% (dos. AI 37/3; 84.1/13). Cela s'est de surcroît également produit auprès de l'APR alors qu'étaient en cours les conditions d'abstinence à l'alcool (ou d'une consommation éthylisme à tout le moins réduite) et l'encadrement structuré jugés indispensables par les experts pour maintenir, respectivement accroître les exigences professionnelles. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait d'emblée faire abstraction, sans autre confrontation avec les dernières

conclusions spécialisées du COMAI, du résultat de ces mesures professionnelles auxquelles il avait de plus lui-même jugé utile de recourir pour déterminer, en complément du dossier médical, la capacité économiquement exploitable sur le marché du travail (ATF 140 V 193 c. 3.2; TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 c. 2.3 avec références citées).

4.3 Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut ainsi être reconnue à la seconde évaluation spécialisée du COMAI (c. 2.2 supra). C'est de façon dès lors incompréhensible que l'intimé s'en est écarté pour reconnaître à l'assuré une capacité de travail entière grevée d'une baisse de rendement de 25% et d'un abattement supplémentaire de 15% en raison des douleurs encourues, de surcroît, pour toute la durée de la période couverte par le présent objet de la contestation. Ce n'est qu'à titre hypothétique que les exigences précitées ont été évoquées par le rapport du COMAI de 2013, à mesure en effet que ce dernier les assortissait à la condition expresse d'un contrôle régulier de la fréquence cardiaque (ajustement de la médication, voire thermoablation des veines pulmonaires). Les experts, dans leur appréciation, font clairement dépendre une (éventuelle) amélioration de la capacité de travail du succès de ces mesures médicales (situation différente de celle décrite dans l'arrêt TF 9C_662[et 663]/2013 du 2 décembre 2014 [= SVR 2015 IV n° 16] c. 5). En l'espèce, les mesures médicales indispensables préconisées ne sont, ensuite, nullement attestées ni vérifiées au dossier de la cause. Sur la base de la seconde expertise pluridisciplinaire, il faut dès lors retenir que la capacité de travail s'est réduite de 100 à 50% depuis les derniers examens pluridisciplinaires au COMAI de novembre 2008. Par rapport au calcul du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'on constate qu'une incapacité de travail entière est en tous les cas attestée dans les emplois précédents (aide magasinier, ouvrier dans la construction, aide en cuisine) depuis début 2007 (dos. AI 24/18) et pour toute la période couverte par l'objet de la présente contestation, à savoir du 1^{er} août 2008 (six mois après le dépôt de la demande AI; art. 29 al. 1 LAI) jusqu'à la date de la décision contestée du 24 février 2016. Il ressort en outre du dossier que l'assuré n'a pas été en mesure d'exercer la moindre activité lucrative du 13 septembre 2007 jusqu'à l'été 2008 du fait de son arrêt cardiaque et de la réadaptation

stationnaire qui a suivi, respectivement de son sevrage ensuite dans un centre spécialisé en alcoologie (où il est demeuré pensionnaire jusqu'en 2012; dos. AI 17/1 et 24/18). Sa situation médicale s'est ultérieurement à nouveau péjorée après les derniers examens pluridisciplinaires pratiqués en novembre 2008, à une date que les derniers experts ne sont cependant pas parvenus à préciser. A tout le moins, le dossier fait-il état pour cette période d'une incapacité de travail temporaire entière de juin à septembre 2009 en lien avec l'intervention orthopédique pratiquée le 10 juin 2009 à la cheville droite, puis d'une capacité de travail à 50% au dernier contrôle du 28 avril 2010 du généraliste traitant de plus corroborée par le SMR le 7 juillet 2010 (dos. AI 30/1-2, 32/2 et 84.1/10). Pour la suite, le dossier ne permet pas non plus de déterminer si cette incapacité de travail de 50% s'est prolongée à tout le moins jusqu'aux derniers examens pluridisciplinaires pratiqués en septembre 2013, voire même au-delà si aucun suivi de la fréquence cardiaque - seul propre à étayer des exigences professionnelles plus élevées - n'a été mis en place.

4.4 Conformément au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218 c. 6), l'on ne peut dans ces conditions exclure la naissance d'un droit à une rente, du moins partielle et temporaire, au cours de la période couverte par l'objet de la présente contestation. Cette conclusion vaut également si l'on retient que la capacité de travail est susceptible d'être exploitée sur le marché libre de l'économie et non seulement dans un cadre institutionnel protégé. A toutes fins utiles, l'on précisera à ce propos que l'expertise de 2013 n'a de prime abord pas exclu une activité lucrative dans le premier marché de l'économie, contrairement à ce que le recourant infère lui-même de cette appréciation médicale («En effet, les conclusions de l'expertise menée indiquaient l'impossibilité d'une réinsertion sur le marché du travail et l'adéquation d'un poste de travail en atelier protégé»; voir son recours du 10 mars 2016). L'encadrement soutenu en foyer associé au suivi psychiatrique intégré que recommandent les experts du COMAI de 2013 peut faire de prime abord en effet uniquement référence au cadre de vie institutionnel privé de l'assuré, lui-même ensuite propice à une réinsertion professionnelle sur le marché libre de l'économie. C'est en ce sens également qu'il est possible de comprendre la rémission de l'alcoolémie

tenue par les experts pour acquise «en milieu protégé» (même si une alcoolisation épisodique a au surplus été considérée comme vraisemblable). Les mêmes spécialistes ont du reste estimé exigible une formation professionnelle, telle que celle d'aide cuisinier entamée en dernier lieu, confirmant sous cet angle également leur positionnement en faveur d'une réintégration à terme durable dans le premier marché du travail (pour tout ce qui précède: dos. AI 84.1/32 à 35). Comme déjà relevé (c. 4.2 supra), les observateurs professionnels de l'AI ont de plus constaté que l'assuré dispose des aptitudes qualitatives et de rendement requises pour travailler à un taux (maximum) de 50% dans l'économie libre. En définitive, seul le psychiatre traitant conditionne de prime abord les aptitudes de travail reconnues à leur mise en valeur dans un cadre de production protégé (dos. AI 121/3). Cette divergence pourrait en l'occurrence toutefois devoir davantage trouver une explication dans la relation de confiance développée entre l'assuré et son psychothérapeute (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ainsi que dans la nature différente du mandat qui lie l'assuré à ce médecin et celui d'expertise. Ces considérations démontrent que pour répondre à la question juridique de la compatibilité des capacités exigibles résiduelles du recourant avec le marché ordinaire du travail, des investigations médicales plus précises s'avèrent également nécessaires.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision contestée du 24 février 2016 annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'Office AI en vue d'une nouvelle évaluation de l'invalidité couvrant toute la période à considérer, en intégrant les rechutes médicales dûment attestées (par exemple de juin à septembre 2009) et en tenant compte des conditions posées par le rapport du COMAI de 2013 susceptibles de justifier une amélioration de la capacité de travail dans un emploi adapté à un taux dépassant celui de 50% découlant de la péjoration intervenue entre novembre 2008 et septembre 2013.

5.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

5.3 Bien qu'il obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni une indemnité de partie au recourant qui n'est pas représenté en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

5.4 La requête d'assistance judiciaire, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire (dispense des frais judiciaires) déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).