

200.2017.152.AI
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 7 décembre 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
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 rendue par ce dernier du 6 janvier 2017



En fait:

A.

A._____, né en 1957, ressortissant suisse depuis 1992, est arrivé en Suisse en 1982, où il s'est marié. Père de quatre enfants (nés en 1986, 1988, 1990 et 2002), il s'est remarié en 2009 avant de divorcer à nouveau en 2015. Au bénéfice d'une formation d'électricien radio-tv (CFC), il a travaillé en qualité d'indépendant dans ce domaine et aussi, pendant environ deux ans, à la tête d'une agence de voyage, de même qu'en tant que consultant indépendant en électronique et conseil financier jusqu'en 2002. Depuis lors, il est soutenu par les œuvres sociales.

Le 27 octobre 2005, A._____ a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) datée du 7 octobre 2003 et tendant au versement d'une rente au motif de problèmes dorsaux, stomacaux et psychiatriques. Après diverses mesures d'instruction comprenant notamment une expertise pluridisciplinaire du 29 janvier 2007 (réalisée auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI [COMAI]; en l'espèce COMAI Y._____), l'Office AI Berne a, par décision du 2 juillet 2008, octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2004 au 31 mars 2007, en lui indiquant que sa demande était tardive et qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail à fin 2006. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) l'a confirmée par jugement du 2 février 2009 (JTA AI/69726/69802 du 2 février 2009).

B.

Expliquant avoir subi deux crises cardiaques avec complication, souffrir de diabète, d'hypertension et d'une allergie respiratoire, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI en mai 2011 (datée du 27 et reçue le 31). Saisi de cette nouvelle demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant différents rapports médicaux auprès des médecins traitants et a consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a

conseillé la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, médecine interne et rhumatologie), laquelle a eu lieu le 23 avril 2013 (examens des 12 et 19 novembre 2012; COMAI X._____). Une enquête économique sur le ménage a ensuite été réalisée, puis un complément d'expertise a été demandé aux experts, qui ont pris position le 27 mai 2014. Après avoir à nouveau consulté son SMR, l'Office AI Berne a, le 10 décembre 2014, sommé l'assuré de suivre le traitement prescrit par les experts en vertu de son obligation de réduire le dommage. L'Office AI Berne a ensuite actualisé les rapports médicaux des médecins traitants et a, à nouveau, consulté son SMR, puis a diligenté une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr. C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a eu lieu les 26 (examen) et 28 juillet 2016.

Par préavis du 6 juin 2016, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré qu'il envisageait de refuser toute prestation AI. Nonobstant les observations formulées par l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, et les rapports médicaux présentés à leur appui, l'Office AI Berne a confirmé son préavis par décision du 6 janvier 2017 niant tout droit à des prestations de l'AI.

C.

Par acte du 8 février 2017, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a interjeté recours auprès du TA contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à la condamnation de l'Office AI Berne à verser les prestations AI (cas échéant après avoir ordonné toute mesure d'instruction utile), ou, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Une requête d'assistance judiciaire était jointe au recours.

Par réponse du 24 mars 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le recourant a répliqué les 18 avril et 9 mai 2017, maintenant ses conclusions, et a présenté la note d'honoraires de son mandataire. L'Office AI Berne a dupliqué le 1^{er} juin 2017. Le 20 juin 2017, le recourant a transmis la note d'honoraires complétée de son mandataire puis a

spontanément pris position le 7 mars 2018 en invoquant une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF). L'Office AI Berne a ensuite pris position le 12 mars 2018, avant un dernier échange d'écritures les 27 mars 2018 et 10 avril 2018. Le 24 avril 2018, le mandataire du recourant a actualisé sa note d'honoraires.

Les 17 et 19 octobre 2018, le recourant a une nouvelle fois pris position. L'Office AI Berne n'a plus réagi.

En droit:

1.

1.1 La décision du 6 janvier 2017 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 quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi de prestations AI ou, à tout le moins, à une instruction complémentaire. Sont particulièrement critiquées la valeur probante de la dernière expertise psychiatrique sur laquelle l'Office AI Berne se base principalement pour rendre sa décision, de même que l'insuffisance de l'instruction sur le plan somatique. Est également contestée l'intervention dans le dossier du COMAI X._____, dont les méthodes ont été mises en cause par le TF.

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 légitimé, 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.

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 exigibles (art. 7 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).

2.2 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 et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) 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.

2.3 Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et

de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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).

2.4 Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

3.

3.1 Les thèses des parties sont les suivantes.

3.1.1 L'Office AI Berne refuse toute prestation AI au recourant pour toute la période couverte par l'objet de la contestation, d'une part, sur la base de la dernière expertise psychiatrique réalisée, qu'il considère probante et

fiable, et, d'autre part, en raison de l'absence de toute atteinte somatique invalidante, au vu des appréciations de son SMR reprenant l'ensemble des avis médicaux au dossier. S'il reconnaît que l'incapacité de travail est totale dans les dernières activités exercées, il considère que l'exercice d'une activité adaptée, exigible à temps complet, exclurait toute perte de gain en raison du faible niveau des rémunérations ressortant des extraits du compte individuel des revenus soumis à cotisations sociales de l'assuré (CI).

3.1.2 Le recourant fait valoir, sur le plan psychiatrique, que le refus de prestation se fonde sur une expertise non probante car entachée de lacunes, l'une formelle (durée d'examen insuffisante) et d'autres matérielles, en raison de contradictions extrinsèques avec d'autres avis médicaux et diagnostics au dossier et intrinsèques, en ce qui concerne les conséquences tirées des diagnostics posés. Sur le plan somatique, le recourant conteste les bases médicales sur lesquelles repose l'appréciation de l'intimé, les estimant dépassées. Finalement, il remet l'ensemble de l'appréciation médicale en question du fait de l'expertise réalisée dans le COMAI X. _____ dont les méthodes ont été désapprouvées par le TF.

3.2 L'Office AI Berne est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations et a ainsi admis que l'assuré avait rendu plausible l'existence d'un motif de révision. L'Office AI Berne a donc procédé à un examen matériel qui l'a conduit au résultat que l'invalidité ne s'était pas modifiée dans une mesure susceptible d'ouvrir (à nouveau) le droit à une rente (voir art. 17 LPGA; art. 87 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). En l'espèce, dans le cadre de la procédure 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). Il s'agit ainsi d'examiner si la situation du recourant, telle qu'instruite par l'Office AI Berne, depuis la décision du 2 juillet 2008, a changé de façon à lui ouvrir un droit à des prestations de l'AI.

4.

Il ressort du dossier les éléments de fait suivants.

4.1 Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée par le recourant, une expertise du COMAI Y._____ avait été organisée. Dans leur évaluation conjointe du cas effectuée le 15 avril 2007, les médecins de ce COMAI avaient diagnostiqué un trouble affectif bipolaire en voie de rémission (chiffre F31.7 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et une personnalité borderline avec des éléments psychotiques aigus (CIM-10 F60.31), ces deux atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Des diagnostics de syndrome fibromyalgique évoluant depuis 1989, de dyspepsie mixte depuis 2000, de syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP nasal depuis mai 2005, de rhino-conjonctivite allergique et de kyste thyroïdien hémorragique avaient également été posés, sans toutefois qu'ils n'influencent la capacité de travail du recourant. Les experts estimaient qu'après une réadaptation de quelques mois avec un horaire à mi-temps, un travail à plein temps serait à nouveau exigible dans l'activité antérieure, ainsi que dans toute autre activité légère permettant l'alternance des positions assise et debout et ne nécessitant ni sollicitation du tronc, ni de gestes répétitifs et ce, sans diminution du rendement. L'incapacité de travail attestée par les médecins de l'assuré remontait, aux yeux des experts, après étude du dossier, au début de l'été 2003. Elle avait connu une amélioration qu'ils ne pouvaient dater, mais ils admettaient, en raison du trouble bipolaire en cours de rémission à l'époque de l'expertise (soit en novembre 2006), qu'une absence d'incapacité de travail pouvait être admise dès la fin de 2006. Ils préconisaient, pour assurer la persistance de la capacité de travail retrouvée, même par la suite, un suivi psychiatrique, afin de maintenir la rémission du trouble bipolaire et d'empêcher que d'éventuelles exacerbations futures de celui-ci ne deviennent chroniques.

Sur la base notamment de cette expertise, une rente entière avait été octroyée au recourant pour la période allant du 1^{er} octobre 2004 au 28 février 2007, ce qu'avait confirmé le TA (JTA AI/69726/69802 précité).

4.2 L'assuré ayant déposé une nouvelle demande en mai 2011, après avoir recueilli les rapports du médecin interniste traitant (faisant état d'une détérioration de l'état psychiatrique depuis la crise cardiaque et d'un événement traumatique intervenu lors de la réadaptation consécutive à la crise cardiaque), du psychiatre traitant (faisant état d'une péjoration sur le plan psychiatrique depuis la crise cardiaque) et du médecin responsable de la prison dans laquelle le recourant était incarcéré (évoquant un pontage aorto-coronarien intervenu en 2009 et une thyroïdectomie intervenue en 2010), l'Office AI Berne a consulté son SMR, qui a indiqué les 7 et 14 décembre 2011 que l'opération cardiaque ne semblait pas avoir de répercussion sur la santé du recourant, mais qu'il existait en revanche une détérioration sur le plan psychiatrique. Invité à préciser son rapport médical, le psychiatre traitant a indiqué le 24 février 2012 que le recourant était atteint d'un trouble affectif bipolaire (CIM-10 F31.6) et se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 18 mars 2003 en tant que conseiller financier. Le 14 mars 2012, le médecin du SMR a conseillé la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, médecine interne et rhumatologie).

4.3 Une expertise pluridisciplinaire a ainsi été réalisée auprès du COMAI X. _____ (examens en novembre 2012 et rapport final du 19 mars 2013; dos. AI 139).

4.3.1 De façon générale, les experts (psychiatre [Dr. D. _____], rhumatologue [Dr. E. _____] et cardiologue [Dr. F. _____]) ont en préambule souligné la difficulté de reconstituer une anamnèse précise, le recourant énonçant une multitude de propos incohérents ou imprécis.

4.3.2 Au niveau de l'appareil locomoteur, les experts n'ont pas retenu de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une cervicarthrose débutante et une discarthrose lombaire étagée, toutes deux stabilisées. Ils ont qualifié ces atteintes dégénératives de légères, sans aucune compression radiculaire. Les experts ont souligné les plaintes extrêmes exprimées dans un auto-questionnaire, dont les conséquences seraient une incapacité sévère à la limite de l'infirmité, de même que les plaintes sans spécificité lors de l'examen. Il n'existait ainsi, selon les experts, aucune limitation objective de la capacité de travail. A noter encore

qu'ils ont exclu l'existence d'une fibromyalgie, en relevant que la moindre palpation était douloureuse, ou encore un score de 4/5 dans l'examen des signes de Waddell.

4.3.3 Sur le plan cardiaque, les experts ont diagnostiqué une maladie coronarienne de deux vaisseaux dans une phase de status post double pontage coronarien. Ils ont précisé que cette maladie n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Tout en soulignant l'existence de "pincements" rétro sternaux atypiques, ils ont indiqué une évolution excellente depuis le pontage coronarien effectué en 2009, mais l'existence de risque mal contrôlé, à savoir du tabagisme et une perte de poids seulement minime. De leur avis, il n'y avait plus de nécessité de limitations d'effort. Les experts ont ainsi retenu une incapacité totale de travail du 16 juin 2009 au 9 août 2009, période correspondant au pontage coronarien, puis une pleine capacité de travail à compter de cette date.

4.3.4 Sur le plan psychiatrique, les experts ont diagnostiqué un trouble schizo-affectif de type maniaque (CIM-10 F25.0) en cours de rémission retardée, et considéré qu'il se répercutait sur la capacité de travail du recourant. Ils ont ainsi retenu que la capacité de travail était inexistante dans l'ancienne activité (conseiller, agent ou consultant) et de 50% dans une activité adaptée; toutefois, ils ont aussi indiqué qu'après quatre à six semaines de traitement psychiatrique adéquat, la capacité de travail serait complète dans une activité adaptée. Par ailleurs, ils ont expliqué pourquoi ils ne renaient pas les diagnostics de dépression (jamais attestée au dossier par un psychiatre) ni de fibromyalgie.

4.3.5 Dans la synthèse de l'expertise, les différents experts ont indiqué qu'il existait une limitation de la capacité de travail en raison du trouble schizo-affectif de type maniaque, en tant qu'il s'agissait de concentration, de compréhension, d'adaptation et de rythme de travail. En conséquence, de leur avis, la capacité de travail était nulle dans la dernière activité et de 50% dès le 1^{er} juillet 2009 dans une activité adaptée (à savoir un travail simple, dirigé, cadré, avec des instructions claires et sans autonomie). Toujours selon les experts, après sommation de suivi de traitement du trouble schizo-affectif, la capacité de travail dans l'activité adaptée décrite plus haut serait de 100% après quatre à six semaines de traitement.

4.3.6 Le 27 mai 2014, les experts ont communiqué des informations complémentaires à l'Office AI Berne, qui les avait requises. En substance, ils ont réitéré les conclusions de leur expertise en indiquant que la capacité de travail était inexistante dans la dernière activité exercée. Dans une activité adaptée, selon eux, la capacité de travail était de 50% depuis le 1^{er} juillet 2009 et serait de 100% quatre à six semaines après l'introduction du nouveau traitement, exigible et à contrôler.

4.4 Le 21 octobre 2014, le SMR (par un médecin généraliste) a indiqué que les diagnostics retenus dans l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée étaient compréhensibles (*nachvollziehbar*) et a conseillé à l'Office AI Berne de sommer le recourant de suivre le traitement décrit dans l'expertise, ce qui a été fait le 10 décembre 2014. Le 3 janvier 2015, le médecin interniste traitant du recourant a fait parvenir un rapport médical dans lequel il énumérait les diagnostics qu'il retenait (à savoir une affection coronaire, un diabète melitus de type II, de l'hypertension artérielle traitée, un syndrome obstructif d'apnée du sommeil traité par CPAP depuis 2005, des douleurs généralisées avec une tendance à la fibromyalgie, des acouphènes, une diathèse atopique et une dépression chronique) et a demandé, considérant que son patient était capable de travailler quelques heures par jour dans une activité adaptée, la prise en charge d'un entraînement au travail. Il a par la suite communiqué des résultats de laboratoire le 18 janvier 2015. Le 18 mai 2015, le SMR a indiqué que ces résultats de laboratoire ne permettaient pas de vérifier le suivi effectif du traitement préconisé par les experts et a recommandé de requérir un rapport complémentaire au psychiatre traitant, qui s'est exécuté le 19 juin 2015. Dans ce rapport, le psychiatre traitant a décrit un état stationnaire et un diagnostic de trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel mixte (CIM-10 F31.6). Il a considéré que la capacité de travail était inexistante et que le recourant n'était pas apte à une réadaptation. Une nouvelle fois invité à se prononcer, le SMR (par un médecin psychiatre) a considéré le 12 janvier 2016 qu'aucun des diagnostics psychiatriques posés, que ce soit par le psychiatre traitant ou par les experts, ne se révélait convaincant. Elle a ainsi conseillé la tenue d'une nouvelle expertise, uniquement sur le plan psychiatrique, dès lors que la pathologie somatique n'avait pas évolué depuis la dernière expertise réalisée auprès d'un COMAI.

4.5 Diligentée par l'Office AI Berne, une nouvelle expertise psychiatrique a été réalisée en juillet 2016 (examen du 26 et rapport du 28). L'expert psychiatre (le Dr. C. _____) a, au terme de son évaluation, retenu un diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, d'un trouble de la personnalité sans précision (CIM-10 F60.9) existant depuis l'adolescence. L'existence d'un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, a également été mentionnée, sans qu'il n'ait d'incidence sur la capacité de travail. Il a considéré que la capacité de travail était nulle depuis le mois d'août 2003 dans l'activité préalablement exercée. A contrario, il a retenu qu'elle était complète dans une activité adaptée, à savoir structurée dans un cadre bienveillant, sans responsabilité, peu ou pas qualifiée. Se référant à l'expertise pluridisciplinaire réalisée précédemment, l'expert psychiatre a spécifiquement précisé qu'il n'avait jamais existé d'incapacité passée de travail dans une activité adaptée.

4.6 A l'appui de ses observations à l'encontre du préavis de l'intimé du 6 juin 2016, le recourant a produit différents rapports médicaux. Ainsi, le médecin généraliste traitant du recourant a établi le 1^{er} novembre 2016 une liste de plusieurs diagnostics (un trouble de la personnalité [CIM-10 F60.9], un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission [CIM-10 F31.7], un trouble dépressif et anxieux dans un épisode moyen [CIM-10 F41.2], un status après un double pontage coronarien réalisé en 2009, des risques cardio-vasculaires, des douleurs au niveau du thorax, un syndrome obstructif d'apnée du sommeil traité par CPAP depuis 2005, des douleurs généralisées avec certains critères appartenant à la fibromyalgie, des acouphènes, une diathèse atopique et un status après une opération de la cataracte des deux yeux), estimant sur le plan somatique la capacité de travail dans un bureau à 50% (en raison des douleurs musculaires et dans la poitrine) et, sur le plan psychiatrique, une incapacité totale de travail en raison du trouble de la personnalité et de l'"implaçabilité" du recourant sur le marché libre du travail. Le psychiatre traitant a indiqué le 3 novembre 2016 qu'il se déclarait d'accord avec la rémission du trouble bipolaire et, également, avec l'absence de trouble schizo-affectif. Toutefois, au vu de l'extrême fragilité psycho-affective, son patient, selon lui, subissait une pleine incapacité de travail, d'autant plus qu'il n'existait pas d'activité adaptée. Un second psychiatre consulté par le recourant les 21 septembre

et 7 novembre 2016 précisait que le traitement préconisé par les experts avait dû être interrompu.

4.7 A l'appui de son recours, le recourant a présenté deux rapports médicaux. Le premier, daté du 28 février 2017 et rédigé en anglais, semblait indiquer, notamment, un diabète et une fibromyalgie, pour peu que l'on arrive à lire ce qui est écrit. Le second était daté du 30 avril 2017 et provenait du dernier et nouveau psychiatre consulté. En substance, celui-ci retenait un diagnostic de trouble bipolaire mixte avec alternance d'épisodes maniaques et dépressifs. Il énonçait également un trouble dissociatif dont l'expression symptomatologique était liée à son appartenance culturelle (ethno-psychiatrie) et un trouble de la personnalité de type histrionique. Une capacité de travail de l'ordre de 20% avec un rendement de 80% était retenue.

5.

5.1

5.1.1 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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

5.1.2 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2

5.2.1 D'emblée et à titre liminaire, il convient de s'intéresser à l'expertise réalisée en 2013 auprès du COMAI X._____. Dans son courrier du 7 mars 2018, le recourant fait valoir que le Tribunal fédéral a mis en évidence de graves manquements dans la réalisation de nombreuses expertises de ce COMAI (Arrêt du TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017) et conteste en conséquence la valeur probante de ladite expertise. Par la suite, le TF a rendu un nouvel arrêt, le 16 août 2018, dans lequel il admet la demande de révision d'une assurée dont la rente a été refusée sur la base d'une expertise psychiatrique réalisée en 2014 dans ce COMAI (TF 9F_5/2018; voir également les courriers du recourant d'octobre 2018).

5.2.2 En l'occurrence, l'expertise réalisée auprès du COMAI X._____ a été menée entre fin 2012 et début 2013 (avec encore un complément apporté en mai 2014), soit quelque temps avant l'expertise en question dans le second arrêt du TF précité. Le TF, considérant que cette dernière avait été réalisée à une période au cours de laquelle le médecin responsable du "département psychiatrie" et du "département expertise" (voir TF 2C_32/2017 précité c. 7.1) modifiait les conclusions de certains rapports, a retenu que cette expertise ne se révélait pas suffisamment probante, quand bien même l'on ignore si ledit médecin était effectivement intervenu dans ce dossier. Dans ces conditions, la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise réalisée auprès du COMAI X._____ doit être appréhendée avec beaucoup de retenue et de prudence, ainsi que le fait du reste valoir le recourant dans ses courriers d'octobre 2018. Toutefois, en l'espèce, cette réserve ne joue pas véritablement de rôle, dans la mesure où l'Office AI Berne s'est principalement fondé sur l'expertise psychiatrique réalisée ultérieurement par le Dr. C._____ (voir à ce propos le considérant 5.3 qui suit). En ce qui concerne le volet somatique de l'expertise réalisée auprès du COMAI X._____, il sied de préciser que le TF ne s'est, à ce stade, prononcé qu'en ce qui concerne la valeur probante des expertises psychiatriques réalisées auprès de cette clinique pendant une certaine période (voir TF 9F_5/2018 précité, voir

aussi TF 9C_397/2018 du 28 août 2018). Il sera revenu sur ce point dans les considérations qui suivent (voir ci-après c. 5.4).

5.3 En substance, l'Office AI Berne s'est basé sur la dernière expertise psychiatrique réalisée par le Dr. C._____ en juillet 2016 pour retenir qu'il n'existe pas d'atteinte invalidante sur le plan psychosomatique.

5.3.1 Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré, cette expertise comporte une anamnèse précise (autant que faire se peut, au vu des déclarations peu fiables du recourant [voir ci-après c. 5.3.2]) sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont étayées. Concernant le grief du recourant relatif à la durée de l'examen, la valeur probante d'une expertise médicale n'en dépend en principe pas; il est avant tout déterminant que l'expertise soit complète au niveau du contenu – ce qui est le cas en l'espèce - et que son résultat soit concluant, ce qui est examiné ci-après (SVR 2016 IV n° 35 c. 3.2.2; TF 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). En l'espèce, sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles.

5.3.2 Sur le plan matériel, l'expert psychiatre a conclu à l'existence d'un trouble de la personnalité surmontable.

5.3.2.1 Pour ce faire, il s'est efforcé de recueillir différents éléments personnels de la vie de l'assuré, tout en soulignant que les informations données n'étaient pas fiables dans la mesure où le recourant approuve pratiquement toutes les possibilités de symptômes, se contredit ou n'arrive pas expliquer certaines contradictions. L'expert a ainsi quand même recueilli des informations relatives à l'enfance de l'assuré, qualifiée de sans grande particularité, mais que celui-ci estime toutefois difficile dans la mesure où il a dû travailler à partir de l'âge de cinq ou six ans dans la ferme de son père avant et après l'école. Il a également relevé que les motifs et circonstances des trois incarcérations qui ressortent du dossier n'ont guère pu être éclaircis. Selon les dires de l'assuré, il aurait été incarcéré la première fois, pendant environ deux semaines en 1992 dans le contexte

d'un trafic de stupéfiants, la deuxième fois d'avril 2002 à mars 2003, parce qu'il aurait tiré sur des cambrioleurs qui l'ont par la suite accusé d'escroquerie et la troisième fois, de juillet 2012 à mars 2013, suite à une plainte de sa deuxième épouse pour viol et menaces de mort. Sur le plan familial, l'expert indique que la première femme du recourant appartenait à une secte, ce qui aurait pu, avec également la présence de la belle-mère au domicile familial, conduire au divorce qui a été prononcé en 2007 (séparation en 2000). Trois enfants sont issus de cette union, avec lesquels la relation est qualifiée de bonne. Selon les informations données à l'expert psychiatre, le recourant a également un quatrième enfant, né hors mariage, vivant avec sa mère et avec lequel les relations seraient également préservées. Le recourant s'est également remarié en 2009, mais sa nouvelle épouse, qui aurait déposé plainte contre lui, a quitté le domicile conjugal après moins d'une année et le divorce a été prononcé en 2015. Finalement, l'assuré a encore décrit une consommation d'opium jusqu'à l'âge de 25 ans et une consommation de cannabis jusqu'à l'âge de 40 ans. Concernant le déroulement du quotidien, tel que rapporté par l'assuré, l'expert psychiatre indique notamment que celui-ci fait des rangements le matin puis rencontre des personnes en allant boire un café, puis effectue une marche de 3-4 km. Le repas de midi est livré par un ami ou un copain vient l'aider pour la préparation, et est finalement pris en compagnie de son fils, qui range la cuisine. Au cours de l'après-midi, le recourant a indiqué à l'expert lire son courrier, mettre de l'ordre dans ses classeurs avec l'aide de voisins, effectuer une promenade accompagné d'un voisin et aller boire un café. Finalement, il a exposé à l'expert préparer le repas du soir et le partager avec son fils.

5.3.2.2 Pour expliquer son diagnostic de trouble de la personnalité, l'expert psychiatre explique tout d'abord le problème de la fiabilité du discours du recourant, dans la mesure notamment où celui-ci acquiesce quasi systématiquement par l'affirmative aux symptômes qu'il pourrait ressentir, ou encore se contredit complètement en deux phrases avant de présenter une troisième variante lorsqu'on lui demande de lever l'ambiguïté. Par ailleurs, alors même qu'il se plaint de douleurs, il ne démontre aucun comportement algique lors de l'examen clinique. De la même façon, alors qu'il dit être "persécuté" ou "attaqué de partout", le recourant possède

encore une vie riche et variée, selon l'expert. Pour autant, le même expert exclut que ces discordances soient le fait d'une pathologie mentale, dans la mesure où le recourant peut, dans certaines circonstances, donner des explications claires, précises et cohérentes (par exemple concernant sa médication). Sur la base de ses observations et des éléments d'informations fiables ressortant du dossier, l'expert psychiatre a constaté que la presque totalité des critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité sont réalisés, à savoir un dysfonctionnement prononcé et permanent depuis l'adolescence dans le domaine des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable ou d'un impact nuisible sur l'environnement social; trouble par ailleurs habituellement associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. L'expert en veut pour preuve l'existence d'un "burn-out" dès l'âge de 14 ans mentionné par l'assuré, une formation professionnelle déstructurée, une biographie professionnelle également déstructurée avec un parcours fortement dispersé, l'absence d'emploi durable et l'échec de deux tentatives de travail en tant qu'indépendant, les soucis de l'intéressé avec la justice, le recours à des stupéfiants et finalement l'incapacité de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme dans le cadre de ses deux mariages. L'expert précise encore que la personnalité pathologique du recourant est caractérisée par la dispersion psychique ainsi que par la mauvaise adaptation à la réalité, en donnant comme exemple le fait que l'assuré indique la survenance d'un burn-out à l'âge de 14 ans parce qu'il était trop doué à l'école. Il conclut de l'entier de ce qui précède que le recourant présente un trouble de la personnalité sans précision (F60.9 CIM-10).

En ce qui concerne le diagnostic de trouble affectif bipolaire diagnostiqué par plusieurs médecins, l'expert psychiatre l'a confirmé en expliquant qu'il est en rémission au vu de l'inexistence, lors de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 26 juillet 2016, de symptômes maniaques/hypomaniaques ou de symptômes dépressifs, ou encore de combinaisons de ces deux catégories de symptômes.

5.3.2.3 Par ailleurs, l'expert psychiatre a soigneusement pris position sur les diagnostics posés par les autres médecins ou experts consultés par le recourant. Ainsi, il a écarté les diagnostics de personnalité borderline, psychopathe et paranoïde posé en 1997 et de personnalité borderline avec éléments psychotiques aigus (F60.31) décrit en janvier 2007 (voir ci-avant c. 4.1) en raison de l'absence de violence systématique ou encore de d'angoisse d'abandon démesurée. L'expert psychiatre confirme ainsi son diagnostic de trouble de la personnalité sans précision particulière.

L'expert psychiatre s'est également prononcé sur l'existence d'un trouble schizo-affectif tel que diagnostiqué lors de l'expertise réalisée en 2013 (voir ci-avant c. 4.3), expertise dont la valeur probante doit toutefois être relativisée (voir ci-avant c. 5.2). En substance, il fait à nouveau valoir l'inexistence actuelle de symptomatologie maniaque/hypomaniaque ou dépressive. Puis expose qu'au cours de l'entretien d'expertise du 26 juillet 2016, le recourant a décrit avec insistance des éléments psychotiques (mention de "persécution" ou d'attaques de partout"), mais relève en même temps que les personnes qui présentent un délire de persécution ne décrivent d'aucune façon ces symptômes avec une ostentation telle que celle du recourant. De la même façon, l'expert relève l'incohérence entre la vie sociale riche et variée (contact quotidien avec des amis et connaissances) et les idées de persécution telles que décrites. En ce qui concerne également la cohérence des éléments décrits par l'assuré, l'expert psychiatre a également exposé que celui-ci avait déclaré voir des ombres derrière le dos de l'expert, sans toutefois présenter un état d'angoisse tel que ressenti habituellement dans ce genre de situation. Plus loin, le même expert psychiatre a également décrit l'absence de signes indirects en faveur d'hallucinations auditives, en particulier les attitudes d'écoute, les barrages idéiques, un soliloque ou des rires immotivés. L'expert en conclut que les propos rapportés par l'assuré semblent récités, inauthentiques et appris. Se référant à l'expertise réalisée en 2013, l'expert fait également valoir que des aspects psychotiques qui sont recensés ne sont pas mis en évidence de manière objective et se basent avant tout sur ce qui est rapporté par le recourant, alors même que le discours de ce dernier manque de fiabilité, ce qui a été relevé par l'entier des experts.

5.3.3

5.3.3.1 Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation médicale réalisée en 2016. L'expert psychiatre considère, après avoir discuté de façon convaincante l'ensemble des autres avis médicaux au dossier et après avoir soigneusement documenté ses diagnostics, qu'il existe un trouble de la personnalité surmontable. Il a également soigneusement expliqué, par beaucoup d'exemples, le manque de sincérité du recourant dans certains symptômes allégués ou démontrés. Il est inhérent au processus de l'expertise que l'expert doive prendre position à partir d'autres avis médicaux au dossier, alors même qu'il ne connaissait pas encore le cas. Dans ces circonstances, il y a lieu de relever les explications claires et bien documentées de l'expertise niant l'existence d'un trouble schizo-affectif tel que diagnostiqué par l'expertise réalisée en 2013 par le COMAI X._____, dont on doit par ailleurs fortement relativiser la force probante (voir ci-avant c. 5.2).

5.3.3.2 Par ailleurs, les nouveaux documents présentés ne sont pas de nature à remettre en question l'expertise psychiatrique. Le document produit par le recourant et se référant à ses dettes ne saurait ainsi à l'évidence suffire à faire apparaître l'existence d'une phase maniaque, ainsi qu'il le soutient. Le psychiatre traitant nie également l'existence d'un trouble schizo-affectif dans son rapport du 19 juin 2016 et retient une incapacité de travail qui n'est pas véritablement basée sur des diagnostics psychiatriques (au vu de la rémission du trouble bipolaire, de l'absence de trouble schizo-affectif et une tendance "paranoïde") mais bien davantage sur une approche bio-psychiatrique (voir SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2). Le médecin généraliste traitant admet une capacité de travail de 50%, fondée sur un trouble de la personnalité (ce qui n'est pas son domaine de compétence), un déconditionnement (il a du reste également requis plus tôt dans la procédure un entraînement au travail) et relève une amélioration cardiaque. En tout état de cause, cette appréciation ne suffit pas à remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique. Par la suite, le nouveau psychiatre consulté a conseillé l'arrêt du traitement médicamenteux prescrit par les experts ayant participé à l'expertise réalisée par le COMAI X._____, puis, au stade du recours, a

diagnostiqué une altération fondamentale de la pensée avec un ancrage perturbé à la réalité avec plusieurs hypothèses de diagnostics que l'expert n'aurait pas pu voir pour des raisons ethno-culturelles. Or, une telle approche ne constitue d'aucune façon un diagnostic relevant de la CIM-10 ou d'une autre classification et tient compte de considérations bio-socio-culturelles qui ne doivent pas - ni ne peuvent - être prises en compte dans le domaine de l'AI (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Sur le vu de tout ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan médical, la capacité de travail telle que déterminée par le dernier expert psychiatre, à savoir une incapacité totale de travail dans les activités habituelles telles celles de technicien de radio et de télévision ainsi que d'agent de voyage. Par contre, dans une activité adaptée à l'état de santé (trouble de la personnalité), c'est-à-dire structurée, avec un encadrement bienveillant mais ferme, sans responsabilités étendues ni la nécessité de prendre des décisions importantes, activités peu qualifiées ou non qualifiées (par exemple nettoyage de bureaux), la capacité de travail est entière, à tout le moins pour la période couverte par la décision objet de la contestation, étant précisé que l'expert considère qu'il n'y a jamais eu de diminution de la capacité de travail sur le plan psychiatrique.

5.4 Sur le plan somatique, l'Office AI Berne considère qu'il n'existe pas de trouble incapacitant en se fondant principalement sur le volet somatique de l'expertise réalisée par le COMAI X. _____ et sur le rapport de son SMR.

5.4.1 Il convient tout d'abord de relever la densité et la complétude de l'expertise du COMAI X. _____ en ce qui concerne son volet somatique (très nombreuses annexes et auto-questionnaires). Sur le plan de l'appareil locomoteur, les experts ont souligné l'existence de plaintes extrêmes selon les réponses fournies à un auto-questionnaire équivalentes à une infirmité, de même que les plaintes sans spécificité à l'examen ou une mauvaise compliance. L'atteinte dégénérative constatée est légère et sans aucune compression radiculaire. Tout en excluant l'existence d'une fibromyalgie (tout est fortement douloureux à la moindre palpation, 4/5 des signes de Waddell positifs), les experts concluent à l'absence de limitation objective de la capacité de travail. En ce qui concerne l'affection cardiaque, il est

décrit l'existence de pincements atypiques. Toutefois, l'évolution est qualifiée d'excellente depuis la réalisation du pontage, avec cependant la présence de risques mal contrôlés (tabagisme et perte de poids minime). Il n'existe plus de limitations d'efforts. Les experts reconnaissent ainsi uniquement une incapacité de travail complète de deux mois environ correspondant à la période de l'opération (16 juin 2009 - 9 août 2009).

5.4.2 Au dossier, aucun rapport médical ne tend à indiquer une évolution déterminante de la situation somatique du recourant depuis la tenue en 2013 de l'expertise du COMAI X._____. En effet, sur le plan cardiaque, les rapports médicaux font état d'une amélioration de la situation. Sur le fond, il y a lieu de souligner à ce stade que les experts rhumatologue et cardiologue se sont basés sur des éléments tangibles et objectivables pour retenir l'absence de trouble somatique avec incidence sur la capacité de travail. Ces résultats objectifs d'examen ne prêtent pas le flanc à la critique et ne peuvent être modifiés, ainsi qu'auraient pu l'être certains rapports d'expertises psychiatriques provenant du même COMAI. Ainsi, les douleurs (notamment musculaires) alléguées par le recourant ne peuvent être objectivées, les experts soulignant également une grande différence entre les plaintes exprimées (notamment dans les auto-questionnaires) menant à une infirmité et la réalité observée. Finalement, il ressort du volet somatique de l'expertise du COMAI X._____ que les atteintes du recourant sont, en l'absence de tout diagnostic objectivable les expliquant, de nature psychosomatique et doivent ainsi être examinés sous l'angle psychiatrique, ce qui a été fait. Dans ces circonstances, quant bien même le volet somatique de l'expertise du COMAI X._____ a été réalisé à une période au cours de laquelle la valeur probante des expertises émanant de cette clinique est sujette à caution, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de ses conclusions, dès lors qu'elles se basent sur des éléments objectifs qui ne sont, du reste, pas véritablement contestées par les rapports du médecin traitant, si ce n'est en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, étant toutefois précisé que les explications apportées à la diminution de la capacité de travail se réfèrent davantage au trouble de la personnalité qu'à des atteintes somatiques. En 2015, c'est donc à raison que les médecins du SMR ont appréhendé la situation (douleurs subjectives) sous un angle psychique ou psycho-

somatique et ont conseillé la tenue d'une nouvelle expertise psychiatrique, estimant que la situation somatique avait été suffisamment investiguée.

5.4.3 Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant ne présente pas de trouble somatique incapacitant.

5.5 Il s'agit ensuite d'analyser sous un angle juridique le caractère invalidant des atteintes du recourant. En l'espèce, il y a ainsi lieu d'examiner si le trouble de la personnalité du recourant s'avère invalidant, au sens de la loi.

5.5.1 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne, malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294

c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2; SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

5.5.2

5.5.2.1 Tout d'abord, il sied de relever que la dernière expertise psychiatrique a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du Tribunal fédéral (TF) étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Quand bien même les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de

preuve existants est conforme au droit fédéral. Ces principes développés à l'ATF 137 V 210 c. 6 peuvent être appliqués par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 c. 8).

5.5.2.2 En l'occurrence, l'expertise psychiatrique réalisée en 2016 s'avère suffisante pour évaluer de la situation du recourant également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence. Déjà en ce qui concerne le premier niveau énoncé ci-dessus, l'expert psychiatre, expérimenté, n'a pas été convaincu par les plaintes vagues et indifféremment maximales du recourant, ce qui suggère sans équivoque que ce dernier tend à aggraver ses symptômes (du reste, les experts somaticiens de l'expertise du COMAI X. _____ ont relevé le même genre d'exagération). Dans ces circonstances, l'examen du deuxième niveau des indicateurs devient superflu, mais en tout état de cause, l'expert psychiatre a décrit des incohérences dans les propos et manifestations du recourant et une mauvaise compliance, de même que l'existence de relations sociales qui corroborent l'absence de caractère invalidant des troubles.

5.6 Il convient finalement d'examiner s'il est exigible de la part du recourant de mettre à profit la capacité de travail qu'il possède et, cas échéant de comparer les revenus de valide et d'invalidé.

5.6.1 Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend

également les emplois dits de niches, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4).

5.6.2 Le profil d'exigibilité défini par l'expert psychiatre a déjà été énoncé ci-dessus, à savoir une activité structurée, avec un encadrement bienveillant mais ferme, sans responsabilités étendues ni la nécessité de prendre des décisions importantes, activités peu qualifiées ou non qualifiées. Un tel profil existe sur un marché du travail équilibré, par exemple dans le nettoyage de bureaux, et l'âge du recourant n'est pas un obstacle. Si l'expert psychiatre reconnaît qu'il n'y a pas eu d'entraînement au travail depuis 2012 et que le recourant souffre de déconditionnement professionnel, il faut également relever que la dernière activité professionnelle exercée à la boulangerie de la prison s'est bien déroulée. En tout état de cause, même si une reprise de la vie professionnelle s'avérait compliquée, elle devrait être considérée, au sens de l'AI, comme exigible de la part du recourant

5.6.3 En l'espèce, il apparaît superflu d'effectuer une comparaison des revenus. En effet, il ressort des extraits de compte individuel que le

recourant n'a perçu (de tout temps) que des gains annuels très peu élevés, de l'ordre de Fr. 20'000.- au maximum. A l'instar de l'Office AI Berne, il est ainsi renoncé à ce calcul, qui n'aurait aucun sens.

5.7 Il découle dès lors de l'ensemble de ce qui précède, qu'il est exigible du recourant, qui ne peut certes plus exercer ses précédentes activités de technicien radio-TV, agent de voyage ou consultant, qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle, selon le profil qui résulte de l'expertise psychiatrique, ce qui lui permettra de réaliser un revenu excluant toute perte de gain (donc toute invalidité). La situation du recourant n'a donc pas changé dans une mesure lui ouvrant un droit à des prestations depuis la suppression de sa rente à fin février 2007 par la décision du 2 juillet 2008.

6.

En conséquence, le recours doit être rejeté.

6.1 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 recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement 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).

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

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 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (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 et le recourant 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

6.2.3 La note d'honoraires produite le 24 avril 2018 par le mandataire du recourant fait état d'un montant de Fr. 5'714.- (soit 19,3 heures à Fr. 270.-, Fr. 94.50 de débours et la TVA de 7.7%, soit Fr. 408.50). Ce montant, par rapport au temps à consacrer objectivement à ce genre de cas, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du Tribunal dans des cas semblables, s'avère trop élevé et doit être réduit. Les honoraires du mandataire précité doivent ainsi être taxés à Fr. 4'500.- (soit environ 16,7 heures à Fr. 270.-), auquel montant s'ajoutent des débours à hauteur de Fr. 94.50 et la TVA (7.7%) de Fr. 353.80. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 3'698.95 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 3'340.- [16,7 heures à Fr. 200.-], débours: Fr. 94.50 et TVA à 7.7%: Fr. 264.45; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, 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]).

6.2.4 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 comme avocat d'office.
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. 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. 4'500.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 94.50 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 3'698.95 (honoraires: Fr. 3'340.-, débours: Fr. 94.50 et TVA: Fr. 264.45), 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).