

200.2018.97.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 7 août 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 20 décembre 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1963, père d'un enfant né en 1989 et de deux enfants nés en 1999 et 2001 d'un mariage dissout par le divorce en 2011, bénéficie d'une formation universitaire d'enseignant et a travaillé en dernier lieu en cette qualité auprès d'une école moyenne.

Le 6 septembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI), à savoir une rente, en invoquant être atteint d'une maladie depuis avril 1999 et en renvoyant à la documentation en possession de la Caisse de pension bernoise. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli, par le biais de cette Caisse (l'assuré percevant une rente de cette dernière depuis le 19 avril 2000), des rapports médicaux des spécialistes consultés par l'assuré ainsi que d'un hôpital universitaire et il a sollicité des informations du dernier employeur ainsi que des médecins traitants. Le 16 janvier 2001, l'Office AI Berne a organisé une expertise auprès du département de médecine de l'hôpital universitaire précité, dont les conclusions, aboutissant à un syndrome de fatigue chronique, ont été retranscrites dans un rapport du 17 octobre 2001. Par décision du 22 mai 2002 confirmant une préorientation rendue dans le même sens le 10 janvier 2002, l'Office AI Berne a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré depuis le 1^{er} mai 2000.

B.

A la suite de trois procédures de révision, l'Office AI Berne a confirmé le droit de l'assuré à une telle rente par actes du 31 mars 2004, du 12 décembre 2006 et du 9 avril 2010. Dans le contexte d'une quatrième procédure de révision, initiée après l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision de l'AI, l'Office AI Berne a encore consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et organisé une expertise pluridisciplinaire. A l'issue de celle-ci et en raison des objections formulées par l'assuré, représenté par un juriste, le 5 juillet 2016 notamment, contre

une préorientation du 7 juillet 2016 prononçant la suppression de la rente, l'Office AI Berne a requis un complément d'expertise, qui a été versé en procédure le 11 août 2016. Après que l'assuré s'est déterminé à ce propos le 29 août 2016 et qu'il a fait valoir de nouvelles objections par écrit de son juriste du 7 septembre 2016, ainsi que de son propre chef, en octobre 2016, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation en ordonnant la suppression de la rente par décision du 20 décembre 2017. Le lendemain, l'Office AI Berne a octroyé à l'assuré une mesure d'entraînement à l'endurance du 3 janvier au 2 avril 2018, ce après l'avoir rendu attentif à son obligation de réduire le dommage et invité à prendre part à cette mesure. Dans une communication du 22 décembre 2017, il a encore prononcé la poursuite du versement de la rente durant la mesure de nouvelle réadaptation et au plus tard jusqu'au 2 janvier 2020.

C.

Par mémoire du 1^{er} février 2018, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 20 décembre 2017 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de celle-ci et, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité accordée depuis le 1^{er} mai 2000, de même que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 23 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le 4 mai 2018, l'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires et déposé une réplique spontanée, dans laquelle il a maintenu ses conclusions. L'intimé a renoncé à répliquer, ce qu'il a fait savoir au TA le 17 mai 2018. Après la clôture de l'échange d'écritures, prononcée par ordonnance du 18 mai 2018, le recourant a encore produit une détermination datée du 28 mai 2018 et confirmé ses conclusions. Invité à s'exprimer sur cet écrit par ordonnance du 31 mai 2018, l'intimé s'est déterminé le 21 juin 2018, en persistant également dans ses conclusions. Suite à un courrier du 22 février 2019, le recourant a encore obtenu des renseignements sur l'avancement de la procédure, le 26 février 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 20 décembre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime la rente entière d'invalidité du recourant en application des dispositions finales de l'AI relatives à la 6^{ème} révision, premier volet, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (disp. finales LAI 6/1). L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur le maintien de la rente, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par le recourant l'instruction du dossier menée par l'intimé ainsi que la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire.

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, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; 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 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). 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).

2.3 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4

2.4.1 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPG). La nouvelle jurisprudence concernant les syndromes douloureux somatoformes ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ni de révision (ATF 141 V 585).

2.4.2 D'après la let. a des disp. finales LAI 6/1, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPG ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPG ne sont pas remplies (al. 1). Cette réglementation ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification ou qui touchent une rente de l'AI depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen (al. 4). Le moment déterminant pour examiner si une rente a été perçue depuis plus de quinze ans est celui du début du droit à la rente et non pas la date à laquelle la décision de rente (entrée en force) a été prononcée (ATF 139 V 442 c. 4.3).

2.5 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 LPG), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPG; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). En fin de compte, la question décisive reste celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 144 V 50 c. 4.3).

2.6 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).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a relevé que les diagnostics qui ont ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, si bien que le droit à la rente devait être revu, conformément aux disp. finales LAI 6/1. Il a

toutefois souligné que l'expertise pluridisciplinaire avait conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante reconnue et a noté que les experts avaient vérifié la situation en fonction des indicateurs et de la cohérence. L'intimé a rappelé que les diagnostics des experts (neurasthénie et syndrome de fatigue chronique) n'avaient, selon eux, aucun effet sur la capacité de travail et que l'activité habituelle du recourant ou toute activité adaptée étaient exigibles sans restriction. En outre, l'intimé a indiqué que, d'après les experts, le recourant présentait des ressources dans sa vie quotidienne et ses loisirs que ce dernier pouvait aussi utiliser pour un travail. L'intimé a avancé que le rendement était élevé et contrastait avec les indications subjectives du recourant. L'intimé a encore déclaré que la prise de position du médecin traitant, soumise aux experts, n'apportait aucun nouvel aspect objectif, que l'expertise était complète et qu'il ne se justifiait pas de consulter un spécialiste du syndrome de fatigue chronique. Partant, l'intimé a conclu que l'activité du recourant étant entièrement exigible, un taux d'invalidité nul devait être retenu après une comparaison des revenus avec et sans invalidité. L'intimé a encore affirmé que la suppression de la rente était imposée du fait du changement de la jurisprudence en matière d'atteintes psychosomatiques. Au sujet du reproche d'absence de réadaptation professionnelle, l'intimé a rappelé que l'assuré était tenu de faire le nécessaire de sa propre initiative, des essais de réadaptation ne paraissant pas irréalistes. Dans sa réponse, l'intimé a encore défendu la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Il a mentionné qu'en tant que les experts n'avaient retenu aucun diagnostic avec effets sur la capacité de travail, il n'était pas nécessaire d'examiner les indicateurs. Il a précisé que même si l'on procédait à cet examen, il n'en résultait aucune invalidité. En effet, l'intimé a relevé que le recourant ne consultait aucun psychiatre, qu'il ne prenait aucune médication antidépressive et qu'il n'existait aucune comorbidité. Il a ajouté que le recourant ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychique, qu'il disposait de ressources suffisantes ainsi que d'un bon encadrement familial et social, qu'il s'occupait de ses filles, qu'il réalisait ses tâches ménagères et qu'il accomplissait de nombreuses activités. Il a encore affirmé que le recourant n'était pas parvenu à se réinsérer en raison d'une conviction prononcée du fait qu'il était malade et invalide.

3.2 Dans son mémoire de recours du 1^{er} février 2018, le recourant a tout d'abord rappelé que l'octroi de sa rente entière d'invalidité avait été confirmé à de nombreuses reprises, notamment par une décision du 9 avril 2010, alors qu'il avait essayé de reprendre par lui-même une activité à un taux de 20% mais que cette tentative s'était soldée par un échec, à l'instar d'ailleurs de toutes les autres démarches qu'il avait entreprises dans le même sens, de sa propre initiative. Le recourant a ainsi reproché à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte. De plus, il a avancé que l'échec de ses essais de réinsertion professionnelle démontrait déjà en tant que tel qu'aucune activité n'était adaptée à ses problèmes de santé. Le recourant a également très vigoureusement remis en question les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de 2016, en prétendant que son médecin traitant avait démontré qu'elle constituait une démarche approximative et qu'elle présentait des incohérences. Le recourant a d'ailleurs affirmé que son médecin traitant contestait sérieusement l'appréciation des experts et qu'il avait émis des doutes au sujet de leurs connaissances dans le domaine médical très spécifique se rapportant à ses atteintes à la santé. A cet égard, le recourant a par ailleurs rapporté que, selon son médecin traitant, il était difficile de reconnaître les maux dont il souffre, si bien qu'une appréciation plus globale de son état de santé était justifiée. Le recourant a soutenu que l'avis de son médecin traitant revêtait une pleine valeur probante et qu'il ne pouvait sans autre être écarté, en particulier pas au seul motif qu'il le suivait depuis plusieurs années. Le recourant a encore écrit qu'il serait choquant d'admettre qu'un assuré âgé de près de 55 ans et dont l'invalidité a été reconnue depuis presque 17 ans puisse du jour au lendemain retrouver une pleine capacité de travail. En dernier lieu, le recourant s'est exprimé à propos des mesures de réinsertion professionnelle octroyées par l'intimé après le prononcé contesté. Il a déclaré que leur succès était incertain et que la décision était d'autant plus injustifiée qu'elle était trop précoce.

4.

En l'occurrence, le dossier contient les éléments médicaux principaux suivants, jusqu'au prononcé de la décision attaquée (les faits survenus

postérieurement, à l'instar de ceux visés par les rapports du 23 février, 8 mars et 14 mai 2018, versés en procédure le 28 mai 2018, n'étant en principe pas déterminants, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

4.1 Dans un rapport du 29 juin 1999 du département de médecine d'un hôpital universitaire dans lequel le recourant a été hospitalisé du 28 mai au 11 juin 1999 en raison d'un état d'épuisement (*Erschöpfungszustand*), un spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie/psychothérapie a retenu le diagnostic de tableau clinique de dépression agitée. Il a en outre posé les diagnostics différentiels de trouble affectif bipolaire et de maladie dans le spectre psychotique. Ce médecin a en particulier expliqué que le recourant souffrait d'une importante fatigue depuis ses 20 ans (quelques mois après son retour d'un voyage en Asie) et que celle-ci s'était accentuée depuis 10 semaines. Il a ajouté que les capacités physiques du recourant avaient massivement diminué, que la fatigue était accompagnée de migraines ainsi que de troubles de la concentration et que le recourant avait aussi déclaré être sujet à des difficultés de sommeil. Il aurait de plus confié ne plus être capable de lire ou de donner ses leçons (en particulier de sport) et qu'il éprouvait des idées suicidaires, ayant perdu 5 kg durant les dernières semaines et souffrant ponctuellement de dyspnée. Une thérapie médicamenteuse a notamment été instaurée.

4.2 Le 6 juin 2000, le médecin traitant du recourant, un spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que ce dernier souffrait d'un syndrome de fatigue chronique. Il a confirmé que son patient se plaignait d'une fatigue accrue depuis ses 20 ans et spécifié qu'il avait été en état d'incapacité de travail en mai 1999, suite à une aggravation des symptômes. Il a encore écrit que le recourant était physiquement capable d'accomplir certaines tâches (notamment de réaliser de brefs joggings) mais qu'il se sentait immédiatement épuisé après de simples activités intellectuelles. Le médecin traitant a ajouté qu'aucun des spécialistes consultés n'avait pu expliquer la pathologie du recourant sur le plan somatique (voir notamment dossier [dos.] AI 6/3) et il a rappelé que le diagnostic de maladie dépressive avait été évoqué. D'après ce rapport, le recourant aurait été enclin à travailler mais il aurait affirmé qu'il ne parvenait pas à imaginer pouvoir assumer une activité à temps partiel.

4.3 D'après un rapport du département cardio-vasculaire de l'hôpital universitaire précité, du 2 août 2000, rédigé par un angiologue (agissant en qualité de médecin-conseil de la Caisse de pension bernoise), le diagnostic d'état d'épuisement d'origine peu claire correspondant probablement à un syndrome de fatigue chronique a été retenu. Ce spécialiste a indiqué que la situation demeurait obscure mais que le recourant n'était pas en mesure de travailler. Il a par conséquent recommandé l'octroi d'une rente entière de la Caisse de pension, ce à titre provisoire et pour une durée d'une année, une réévaluation devant intervenir au terme de celle-ci.

4.4 Le médecin traitant du recourant a encore rédigé un rapport le 14 novembre 2000. Il y a alors confirmé le diagnostic de syndrome de fatigue chronique et souligné que le recourant souffrait d'une réduction inhabituellement conséquente de sa capacité de travail, tant sur le plan physique qu'intellectuel, précisant que l'état était stationnaire. Il a aussi expliqué que la maladie altérait la capacité de concentration et qu'elle se manifestait par une impression de très forte pression crânienne. Il a relevé que, selon le recourant, il lui était pratiquement impossible de lire un journal ou de travailler sur un ordinateur plus de 10 minutes sans tomber dans un état d'épuisement. Il a dès lors jugé que l'activité d'enseignant n'était plus exigible, même à temps partiel et que seuls de simples travaux de traduction, sans délai à tenir, étaient envisageables. Le médecin a encore déclaré que toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques avaient été épuisées et que seul un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique demeurait indiqué. Une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 1^{er} mai 1999, pour une durée indéterminée.

4.5 A la demande de l'intimé, le spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie/psychothérapie du département de médecine de l'hôpital précité, de même qu'un spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et de réadaptation (notamment), ont réalisé une expertise les 25 et 28 juin 2001. Dans ce contexte, ils ont en particulier recueilli un rapport neuropsychologique d'une psychologue et de deux neuropsychologues. Dans leur écrit du 28 août 2001, qui a été intégré aux conclusions du rapport d'expertise, du 17 octobre 2001, les spécialistes en psychologie et en neuropsychologie ont avancé que le recourant souffrait

de sévères troubles de l'attention et de la concentration, probablement causés par des facteurs psychiques, mais sans manifestation au niveau des performances cognitives. Les experts ont pour leur part relevé qu'il n'existait aucun signe en faveur d'un trouble dépressif et que le recourant ne présentait aucun trouble psychogène. Ils ont retenu le diagnostic de syndrome de fatigue chronique et expliqué que celui-ci était justifié du fait que le recourant souffrait d'un état de fatigue inexplicable persistant depuis plus de 6 mois, que cet état était accompagné d'une réduction significative des activités, qu'aucune autre maladie ne permettait de l'expliquer et qu'un état dépressif n'était pas exclu. Selon les experts, ce diagnostic était aussi justifié par la présence d'une limitation de la mémoire à court terme ainsi que de la concentration, de la présence de douleurs musculaires et articulaires, de même que d'un sommeil non réparateur et d'une sensation de malaise à l'effort. Retenant que le recourant présentait une invalidité importante, ils ont conclu qu'en raison de l'état de fatigue chronique ainsi que des sévères troubles de l'attention et de la concentration, le recourant présentait une capacité de travail de 30% au plus dans une activité adaptée et que l'emploi d'enseignant n'était plus exigible. Ils ont encore spécifié que le recourant mettait en œuvre cette capacité de travail résiduelle pour la prise en charge de ses enfants et pour accomplir ses tâches ménagères, soulignant qu'il ne pouvait dès lors être attendu d'aucun employeur qu'il emploie le recourant. Les experts ont précisé que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles, ou par des moyens auxiliaires.

4.6 Le 30 août 2006, le médecin traitant du recourant a indiqué que l'état de santé de ce dernier était demeuré stationnaire. Il a expliqué que le sommeil s'était cependant amélioré mais que le recourant se plaignait toujours d'une fatigue extrême durant la journée. Il a en outre mentionné que son patient avait débuté une activité de traducteur à 20% dans laquelle il pouvait s'organiser et répartir son temps de travail librement, ce qui constituait, selon ce médecin, une solution idéale et pourrait permettre au recourant de se réintégrer plus tard sur le marché du travail.

4.7 Selon un écrit du 7 janvier 2010, le médecin traitant du recourant a toutefois fait état d'une détérioration de l'état de santé de son patient. Il a

indiqué que l'état de fatigue s'était aggravé dès 2008 et que d'importants examens ainsi qu'une thérapie intensive avaient été mis en œuvre auprès d'un spécialiste (de l'encéphalomyélite myalgique, voir dos. AI 60/2), sans apporter d'amélioration. Le médecin traitant a précisé que le recourant avait dû mettre fin à son emploi de traducteur, précisant qu'aucune activité lucrative régulière n'était exigible pour le moment. Il a ajouté que le recourant était uniquement capable de travailler sur un ordinateur à raison d'une à deux heures par jour, avec des interruptions. Une incapacité de travail de 100% a été attestée dès le mois d'août 2009.

4.8 Dans son rapport du 10 décembre 2012, le médecin traitant du recourant a confirmé l'incapacité de travail du recourant à 100%, pour une durée indéterminée. Il a rappelé que celui-ci souffrait de migraines durables et chroniques, plus prononcées après l'effort, de même que d'un état de fatigue présent dès le matin, accompagné d'une diminution de la capacité d'attention et de compréhension, de même que d'une réduction massive de l'entrain. Le pronostic a été jugé mauvais. Le médecin traitant a souligné que, par intermittence, le recourant éprouvait de la tristesse et qu'il perdait espoir, de sorte qu'il y avait lieu de se demander dans quelle mesure le syndrome de fatigue chronique était accompagné de symptômes dépressifs (un isolement social étant en outre évoqué, du fait que le recourant n'était plus en mesure d'accomplir des activités normales).

4.9 Un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR s'est exprimé le 21 décembre 2012. Dans son rapport, il a indiqué que la neurasthénie et les migraines durables avancées par le médecin traitant du recourant étaient des symptômes et ne constituaient pas des diagnostics. Il a ajouté que l'avis du médecin traitant ne permettait pas de conclure à l'existence d'une maladie psychiatrique ou d'une atteinte neurologique et il a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, psychiatrie et neurologie, voire en ophtalmologie). Celle-ci a été réalisée dans chacune de ces disciplines, au sein d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI, en l'occurrence le COMAI C. _____), du 7 au 9 décembre 2015, de même que le 13 janvier 2016 et ses résultats ont été retranscrits dans un rapport du 22 février 2016. S'agissant de la médecine interne, l'expert spécialisé dans cette discipline

a relevé de l'anamnèse médicale du recourant que ce dernier présentait essentiellement une hypertonie diastolique, un syndrome de fatigue chronique, ainsi qu'une neurasthénie avec des migraines persistantes. Il n'a toutefois retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et donc conclu que, du point de vue de la médecine interne, le recourant présentait une pleine capacité de travail. Dans le volet psychiatrique de l'expertise, l'expert psychiatre est arrivé à la même conclusion, en retenant le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de neurasthénie. A cet égard, l'expert a expliqué que le recourant avait déclaré ne pas souffrir de dépression mais plutôt d'un sentiment de frustration et il a souligné que le recourant s'occupait lui-même de la lessive ainsi que de la préparation des repas, notamment pour ses enfants, qu'il allait parfois se promener, travaillait le bois dans sa cave, faisait du yoga et s'entraînait chez lui sur un home-trainer. L'expert a encore relevé que le recourant se rendait chaque automne dans le sud de la France et qu'il voyageait parfois en voiture. L'expert psychiatre a néanmoins relevé l'existence de troubles de la concentration et constaté que le recourant était très inquiet au sujet du résultat de l'instruction menée par l'intimé. Il a en revanche ajouté que l'attention, l'intelligence et la mémoire n'étaient pas limitées. Concernant le volet neurologique de l'expertise, l'expert spécialisé dans cette discipline a tout d'abord retenu qu'il n'existait pas d'indice de déficit cognitif et que le status neurologique était normal. Il a toutefois écrit que la symptomatologie était compatible avec un syndrome de fatigue chronique d'origine peu claire, selon le ch. R53 (malaise et fatigue) de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). A ce propos, l'expert a précisé que l'origine de cette pathologie n'était pas de nature organique mais plutôt la suite de facteurs d'interférences, si bien qu'elle était potentiellement réversible. L'expert a dès lors conclu que, du point de vue neurologique, ce diagnostic n'avait pas d'effet sur la capacité de travail, retenant que cette question devait plutôt être appréhendée sous l'angle psychiatrique. Enfin, un expert spécialisé en ophtalmologie a relevé la présence d'un trouble chronique de l'humidification de l'oeil, d'une anisométrie entraînant une plus grande fatigabilité des yeux et d'une réduction de la fonction stéréo. Il a toutefois exclu la présence d'un diagnostic présentant des effets sur la capacité de travail, en précisant que

les yeux du recourant étaient dans un état ophtalmologique intact et correspondant à son âge. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont conclu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans son activité habituelle, de même que dans toute autre activité et ce à compter de la réalisation de l'expertise, soit en décembre 2015. Dans leur complément d'expertise du 11 août 2016, ils ont encore confirmé leurs conclusions, en ajoutant que les objections du recourant n'apportaient aucun élément nouveau et que ses plaintes subjectives n'étaient pas étayées sur les plan somatique et psychique, si bien qu'elles ne pouvaient justifier une incapacité de travail. Les experts ont ajouté qu'il n'était pas exclu que la sollicitude du médecin traitant ait contribué à perpétuer et consolider de façon défavorable le tableau clinique du recourant.

4.10 Une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a encore indiqué, dans une attestation du 30 août 2017, que l'état de santé psychique du recourant rendait inconcevable toute mesure de réadaptation. Cette spécialiste a expliqué que l'état de santé psychique du recourant s'était subitement et fortement détérioré un peu plus d'une année plus tôt, lorsque la suppression de la rente AI a été envisagée. De son avis, le recourant se serait alors trouvé dans un état dépressif accompagné d'idées suicidaires qui aurait rendu nécessaire une hospitalisation dans un centre de réadaptation médical et neurologique, du 24 avril au 12 mai 2017. Selon le rapport de ce centre, du 18 mai 2017, les diagnostics principaux de syndrome de fatigue chronique après deux gripes en 1999, de même que de dépression ont été retenus. Il est en outre mentionné que le recourant présentait une humeur dépressive et d'énervement, sans idées suicidaires, des troubles du sommeil, des maux de tête durant la nuit et des douleurs cervicales et dans les extrémités. Une incapacité de travail à 100% a été attestée.

5.

Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 22 février 2016.

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

5.2 Dans son recours, le recourant mentionne que son médecin traitant (à l'appui des observations formulées dans la procédure de préavis) a remis en cause les connaissances des experts en matière de syndrome de fatigue chronique et qu'il a également démontré qu'il était nécessaire de procéder à une appréciation plus globale.

5.2.1 En l'occurrence, en tant que le recourant invoque ainsi des irrégularités dans la mise en œuvre de l'expertise, son argumentation ne peut être suivie. En effet, il a été avisé le 4 janvier 2013 de la réalisation d'une expertise et des domaines visés par cette dernière (dos. AI 59). De plus, le nom et les spécialités des experts lui ont été communiqués le 30 septembre 2015 (dos. AI 68; ce courrier octroyant un délai de 10 jours au recourant pour faire valoir des motifs de récusation contre les experts). Dans son écrit du 10 janvier 2013, le recourant a certes fait part de son incompréhension quant à la mise en œuvre d'une telle mesure, il ne s'y est toutefois pas opposé et n'a pas discuté les disciplines médicales retenues (dos. AI 60). Il n'a en outre pas recouru contre la décision du 18 janvier 2013 ordonnant le maintien de l'expertise (dos. AI 61), bien au contraire (dos. AI 62). Il n'a pas non plus soulevé de motif de récusation contre les experts, ni critiqué leurs qualifications ou l'étendue du champ d'expertise, dans son envoi du 11 octobre 2015 (dos. AI 70, voir aussi dos. AI 71/1). Ce faisant et en tant que, d'après les règles de la bonne foi, la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (le fait de savoir si les objections ont été apportées en temps voulu devant être

apprécié d'après les circonstances de chaque cas d'espèce, un délai de 10 jours étant admis par le Tribunal fédéral; ATF 139 V 349 c. 5.2, 138 V 271 c. 1.1), un grief du recourant ayant trait au choix des disciplines et des experts est tardif.

5.2.2 Quoi qu'il en soit, il apparait aussi que les experts consultés n'ont pas remis en cause la portée de l'expertise. Or, il appartient à ces derniers d'apprécier si la participation d'autres spécialistes est nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2) et de déterminer si des examens spécifiques supplémentaires s'imposent, les experts médicaux bénéficiant d'ailleurs d'une large autonomie en la matière (TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 c. 4.3). Dans la mesure toutefois où ces derniers ont eu connaissance du rapport rédigé par le spécialiste de l'encéphalomyélite myalgique consulté par le recourant en 2009 (voir dos. AI 79.1/5 et 79.1/15) et qu'aucun d'entre eux n'a recommandé une intervention complémentaire de ce médecin ou un quelconque examen supplémentaire, on ne saurait contester la valeur probante de l'expertise au motif que son champ d'investigation a été insuffisant.

5.3 Pour le surplus, force est de constater que les experts désignés par l'intimé ont rendu leurs conclusions en se fondant sur un examen personnel du recourant, en tenant compte de ses plaintes subjectives, de son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et des documents au dossier de la cause. Ces résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, la description du contexte médical est claire et les conclusions sont dûment motivées. Formellement à tout le moins, l'expertise répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence à propos de sa valeur probante.

5.4 Sur le plan matériel, il convient premièrement de constater que le rapport d'expertise contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.5 et 6.2). Il sied en outre de relever que, sur les plans de la médecine interne et de l'ophtalmologie, aucun élément n'est litigieux et ne permet de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, l'expert spécialisé en médecine interne a exclu de façon cohérente la présence d'un diagnostic avec effets sur la capacité de travail, après avoir indiqué que le status était normal sous cet

aspect et que les résultats d'analyses en laboratoire n'avaient révélé que des valeurs très légèrement trop élevées de créatinine, d'acide urique et d'hématocrite. L'expert ophtalmologue a pour sa part fondé sa conclusion en évoquant notamment la possibilité de recourir à des mesures médicales (lunettes adaptées et larmes artificielles). Quant au volet neurologique de l'expertise, s'il est vrai que l'expert neurologue a, comme le médecin traitant du recourant, retenu le diagnostic de syndrome de fatigue chronique (en indiquant que la symptomatique était compatible avec un tel diagnostic), il n'en demeure pas moins qu'il a néanmoins nié la présence d'une restriction de la capacité de travail. A cet égard, l'expert neurologue a relevé de façon convaincante qu'il n'existait aucun signe de déficit cognitif. Il a de plus rappelé que le status neurologique était normal et que l'origine des déficits neurocognitifs dont le recourant se plaignait n'était pas de nature organique. C'est dès lors de manière cohérente que cet expert a mentionné que l'évaluation de la capacité de travail du recourant (qui se plaint subjectivement d'une atteinte à la santé et n'estime pas être capable de travailler alors qu'il n'existe aucun constat pathologique objectif) était difficile d'un point de vue neurologique et qu'elle devait plutôt faire l'objet d'un examen sous l'angle psychiatrique (dos. AI 79.1/17 s.). En l'occurrence, l'expert psychiatre a indiqué de manière probante et par un raisonnement exempt de contradiction qu'un diagnostic de neurasthénie devait être retenu en lieu et place d'un diagnostic de syndrome de fatigue chronique. En effet, l'expert a expliqué de façon crédible que le recourant ne présentait aucun symptôme parlant en faveur d'un épisode dépressif (notamment une comorbidité), celui-ci accomplissant de nombreuses activités (voir c. 4.9), s'estimant incapable de travailler mais parfaitement apte à accomplir ses tâches ménagères et ayant déclaré se sentir davantage frustré que dépressif (dos. AI 79.1/9 s., voir aussi dos. AI 79.1/16 et 123/2 in initio). L'expert a par ailleurs aussi exclu de manière compréhensible la présence d'un trouble de la concentration, soit l'un des principaux facteurs conduisant au diagnostic de syndrome de fatigue chronique (voir dos. AI 92/7), en relevant que le recourant était capable de conduire et qu'il voyageait parfois en voiture jusque dans le sud de la France (dos. AI 79.1/10 et 12). Il a également souligné de façon pertinente que ce dernier ne souhaitait pas de traitement psychiatrique, qu'il n'envisageait pas son avenir de manière négative et qu'il ne souffrait ni

d'une réduction durable de la capacité d'éprouver du plaisir, ni d'une baisse d'appétit accompagnée d'une perte de poids (dos. AI 79.1/12 s.). Partant, l'avis de l'expert, d'après lequel l'appréciation du recourant au sujet de sa capacité de travail ne peut être étayée par des constatations psychiatriques objectives, est convaincante, à l'instar des conclusions interdisciplinaires qui excluent toute restriction de la capacité de travail du recourant.

5.5 En particulier, contrairement au point de vue du médecin traitant du recourant, on ne saurait voir une démarche approximative des experts dans le fait que le diagnostic de syndrome de fatigue chronique a été retenu au sens du ch. R53 CIM-10 (malaise et fatigue, notamment asthénie chronique) par l'expert neurologue et qu'il a été requalifié de neurasthénie selon le ch. F48.0 CIM-10 par l'expert psychiatre, mais qu'il n'a en revanche pas été posé selon le ch. G93.3 CIM-10 (syndrome de fatigue chronique, notamment: encéphalomyélite myalgique bénigne). En effet, cette référence s'inscrit dans le chapitre lié aux "affections du système nerveux" et "autres affections du cerveau" or comme évoqué ci-avant, aucune atteinte organique n'a été constatée par les experts en neurologie et ce d'ailleurs tant en 2016 qu'en 2001 (voir dos. AI 79.1/18, 15/14 et 15/16; le neurologue consulté en 1983, après le retour du voyage en Asie, n'a en outre pas non plus constaté d'atteinte neurologique à cette époque, voir dos. AI 15/3). De même, s'il est vrai que le diagnostic d'encéphalomyélite myalgique a été retenu par un spécialiste de cette pathologie en 2009, il apparaît que cela a essentiellement été dû à la découverte de lipopolysaccharides (LPS) lors des analyses sanguines (voir dos. AI 79.1/15 et 79.2/6). Ces molécules n'ont toutefois pas été décelées par l'expert en médecine interne (dos. AI 79.1/7). C'est dès lors de manière compréhensible que les experts n'ont pas retenu le même diagnostic que ce spécialiste. Cette démarche apparaît d'autant plus fondée que tant l'expert en médecine interne (dos. AI 79.1/8) que l'expert en neurologie (dos. AI 79.1/18) ont évoqué que l'atteinte subie par le recourant devait être appréhendée sous l'angle psychiatrique (à noter que le médecin traitant du recourant a précisément relevé que l'encéphalomyélite myalgique se distinguait de la neurasthénie, en tant que cette dernière relève entièrement de la branche psychiatrique). En tout état de cause, le diagnostic retenu ne constitue pas le critère déterminant pour décider du

caractère invalidant d'une atteinte à la santé. Cette question doit être appréhendée au regard de l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail et de gain (voir c. 2.2). Toutefois, à cet égard, aucun élément de l'expertise ne permet de remettre en cause l'appréciation des experts. En particulier, contrairement à ce qui est évoqué par le médecin traitant du recourant (voir dos. AI 92/8 § 1), l'affirmation de ce dernier, selon laquelle il ne parviendrait parfois pas à se lever durant toute une semaine (voir dos. AI 79.1/9), a été signalée dans le rapport d'expertise (voir dos. AI 79.1/9), de sorte qu'on ne saurait considérer qu'elle a été ignorée. On comprend de leur écrit que les experts se sont plutôt appuyés sur les conclusions d'un rapport cardiologique du 28 janvier 2010 (dos. AI 43/4), aux termes duquel la condition physique du recourant a été jugée supérieure à la moyenne, ainsi que sur le constat des nombreuses activités accomplies régulièrement par le recourant (voir dos. AI 79.1/6, 79.1/17, 79.1/24 s., voir également dos. AI 15/5 s.). Enfin, s'il est vrai que l'expertise de 2001 a conclu à une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée (dont la nature n'a cependant pas été précisée) et qu'il a été retenu que cette capacité était déjà mise en œuvre pour la prise en charge des enfants et la tenue du ménage (dos. AI 15/17), il n'en demeure pas moins que cette expertise ne prenait pas uniquement en compte l'état de fatigue chronique, mais aussi de sévères troubles de l'attention et de la concentration. De tels troubles n'ont toutefois pas été constatés par les experts en 2016. En cela, on ne saurait non plus suivre le médecin traitant, lorsqu'il soutient que la comparaison des deux expertises illustre une détérioration de l'état de santé de son patient (en particulier, les acouphènes survenus dans l'intervalle ont été qualifiés de "pas graves en soi" par le recourant lui-même, voir dos. AI 114/3 in fine). Par conséquent et au vu de tout ce qui précède, la conclusion du médecin traitant, d'après laquelle le recourant est massivement entravé au quotidien et dans sa capacité de travail, ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales, voir ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6), au contraire des conclusions des experts qui ne prêtent flanc à la critique et dont il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter.

6.

Il sied encore d'apprécier si les conclusions des experts peuvent également être suivies d'un point de vue juridique (voir c. 2.5).

6.1 Il est vrai que le diagnostic de syndrome de fatigue chronique a été reconnu comme invalidant lors de l'expertise du 17 octobre 2001. Alors que cette pratique était tout d'abord admise par la jurisprudence, celle-ci n'a par la suite plus considéré de tels diagnostics comme des troubles invalidants en tant que tels (voir toutefois les arrêts du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 755/05 du 11 mai 2006 et I 954/05 du 24 mai 2006). Cette dernière a alors imposé de les traiter au même titre que les troubles somatoformes douloureux, que la fibromyalgie ainsi que les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 139 V 547 c. 2.2, 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.1; voir aussi JAB 2010 p. 233 c. 3.2). Ce faisant, le TF a tenu compte des composantes somatiques du syndrome de fatigue chronique (voir TFA I 70/07 du 14 avril 2008 c. 5; TF 9C_662/2009 du 17 août 2010 c. 2.3, 9C_98/2010 du 29 avril 2010 c. 2.2.2). Partant, la jurisprudence posait d'abord la présomption que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que les affections psychosomatiques assimilées étaient réputés être surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible (une invalidité n'étant reconnue que dans des cas exceptionnels, lorsque l'assuré présentait une comorbidité psychiatrique importante ou remplissait quatre autres critères définis, souvent appelés critères de Foerster, voir ATF 132 V 65 c. 4, 131 V 49, 130 V 352 c. 2.2.3). Cette pratique a ensuite été abandonnée (ATF 141 V 281 c. 3.5, 4.1.1, 4.3.1.1 et 4.3.1.3). Le TF a en effet indiqué que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique supposait la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 143 V 418 c. 6 et 8.1, 141 V 281 c. 2.2 et 3.2; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 c. 3). Il a aussi jugé que la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée devait dorénavant être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans

résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacité et, d'autre part, les ressources des personnes concernées (ATF 141 V 281 c. 3.5 et 3.6; TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 c. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 c. 6.3 et les références citées). Depuis le 30 novembre 2017, toutes les affections psychiques doivent d'ailleurs faire l'objet de cette procédure probatoire (ATF 143 V 418 c. 7.1 s.). A ce propos, l'argumentation avancée dans le mémoire de réponse par l'intimé, selon laquelle une évaluation selon les indicateurs est superflue compte tenu du fait que les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail doit être nuancée. En effet, il apparaît que l'expert neurologue a diagnostiqué un syndrome de fatigue chronique d'origine peu claire et s'en est remis à l'appréciation de son confrère psychiatre, qui a conclu à une neurasthénie. Il découle de leurs rapports que leur qualification de ces diagnostics de "sans influence sur la capacité de travail" s'appuie en particulier précisément sur l'évaluation structurée que l'expert en psychiatrie a menée. Dans ce contexte, ainsi que l'a du reste fait l'intimé à titre subsidiaire dans sa réponse au recours, il appartient aux organes d'application de l'AI de vérifier la proposition d'évaluation de l'expertise.

6.2 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 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 (ATF 127 V 294 c. 5a). 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). 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).

6.3 En l'espèce, l'expertise du 22 février 2016 est également suffisante au regard des indicateurs énoncés par la jurisprudence. Les experts ont en effet exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels et leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (voir notamment dos. AI 79.1/10, ch. 4.1.2). En particulier, l'expert psychiatre a exclu la présence d'un motif d'exclusion (voir dos. AI 79.1/11) et il a pris en considération les ressources du recourant (formation universitaire sanctionnée par un diplôme, expérience professionnelle, maîtrise de l'allemand et du français, soutien familial, nouvelle relation de couple après le divorce et cercle d'amis), de même que les facteurs de contraintes existants (âge du recourant, éloignement prolongé du monde du travail, divorce, dépendance financière vis-à-vis de l'AI, chronicité des souffrances). Le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte des activités de loisirs du recourant, des tâches ménagères assumées par ce dernier (voir dos. AI 79.1/9), de même que de l'absence de symptômes dépressifs (voir dos. AI 79.1/13), de la manifestation de troubles de la concentration mais d'aucune limitation au niveau de la mémoire et de l'attention. L'expert a ainsi apprécié l'influence des restrictions invoquées dans les différents domaines de la vie (travail, loisirs, ménage) et il a tenu compte du fait qu'une thérapie psychiatrique n'était alors ni indiquée, ni souhaitée par le recourant (examen de la cohérence). A ce sujet, il convient en particulier de relever que le suivi d'un

traitement psychiatrique a déjà été évoqué en 1998 (voir aussi c. 4.4 in fine) mais que le recourant s'y est catégoriquement opposé. Le recourant a par ailleurs refusé plusieurs fois par la suite la mise en œuvre d'un tel traitement (voir dos. AI 15/8 s.). Une thérapie n'a été entreprise par le recourant qu'en 2017 (dos. AI 130/2). Cependant, au regard de la jurisprudence (selon laquelle le recours aux options thérapeutiques, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les traitements sont perçus ou négligés, indique le niveau réel de souffrance), un tel comportement tend à relativiser la gravité de l'atteinte (voir ATF 141 V 281 c. 4.4.2). Il en va d'ailleurs de même du fait que le recourant, bien qu'ayant manifesté sa volonté de collaborer à une mesure de réadaptation (voir dos. AI 123) et qu'ayant finalement consenti à une telle démarche, s'est d'abord montré particulièrement réticent à cet égard (dos. AI 114/4, 123, 128/1-4, 130/2, 134, 137). Le TF a en effet retenu que le refus de participer à une telle mesure constitue un indice sérieux que l'atteinte n'est pas invalidante (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2 in fine). Dès lors, au vu de ce qui précède, il apparaît que l'appréciation des troubles invoqués par le recourant, d'après les indicateurs standards énoncés par la jurisprudence, conduit également de façon convaincante à l'absence d'une atteinte invalidante. C'est à raison que l'intimé, dans l'argumentation subsidiaire de sa réponse, a corroboré l'évaluation proposée dans l'expertise. Le droit de l'AI a évolué. L'AI ne prend pas (plus) en charge le genre de troubles et de baisse de performances subjectivement ressentis par le recourant lorsque les capacités fonctionnelles encore présentes sont du niveau de ce qui a pu être constaté en l'espèce au moyen de l'analyse structurée découlant de la jurisprudence. Les disp. finales LAI 6/1 permettent, pour des raisons d'égalité de traitement avec les demandes de prestations à trancher selon la nouvelle pratique, de réexaminer les rentes allouées selon les anciens standards. Le Tribunal ne peut donc que se rallier aux conclusions auxquelles la décision attaquée aboutit.

7.

Enfin, on peut encore constater que la procédure de réexamen selon les disp. finales LAI 6/1 initiée par l'intimé le 3 octobre 2012 (dos. AI 51/1), était

bien applicable dans le cas du recourant, âgé de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2012 et qui n'avait pas touché sa rente AI, allouée à partir du 1^{er} mai 2000, depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. De plus, la mise en œuvre de cette procédure est intervenue dans le délai de 3 ans permettant une telle démarche (voir c. 2.4.2 et ch. 1014 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales du 1^{er} janvier 2012 sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011). Ce faisant, l'intimé a scrupuleusement suivi le mode de faire prescrit (notamment aussi en accordant des mesures de nouvelle réadaptation puis en prolongeant le versement de la rente durant celles-ci mais jusqu'au 2 janvier 2020 au plus tard). S'il est vrai que l'entraînement à l'endurance accordé au recourant du 3 janvier au 2 avril 2018 (à un taux de 20%) a dû être interrompu dès le 16 février 2018 en raison de maux de tête, de même que d'un manque de concentration et que cette mesure s'est par conséquent soldée par un échec, il n'en demeure pas moins que ce résultat est postérieur à la décision litigieuse et qu'il ne saurait dès lors l'influencer (voir c. 4 in initio). A ce propos, on rappellera encore que l'arrêt de cette mesure et la cessation du versement de la rente qui s'ensuit (voir dos. AI 148), ne font pas partie de l'objet de la contestation et n'ont pas à être tranchés dans la présente procédure.

8.

8.1 Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a prononcé la suppression de la rente d'invalidité du recourant en application des disp. finales LAI 6/1, dans sa décision du 20 décembre 2017. Le recours doit par conséquent être rejeté.

8.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le 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).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse de compensation du canton de Berne.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).