

200.2014.1196.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 29 mars 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier



A. _____
représenté par Me B. _____

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 11 novembre 2014

En fait:

A.

A. _____ (ou [...]), né en 1958, marié et père de deux enfants nés en 1999 et 2001, a travaillé en tant qu'ouvrier depuis 1984 jusqu'à fin 2001, connaissant aussi des périodes de chômage par intermittence. Le 15 septembre 2004, il a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office AI Berne en mentionnant souffrir de douleurs du dos, de hernie discale, d'un problème à la main gauche et de maux de tête. Après un jugement (JTA AI/2005/6070) du 13 juillet 2005 annulant une décision sur opposition du 28 avril 2005 refusant toute prestation d'invalidité, l'Office AI Berne, auquel la cause était renvoyée, en a repris l'instruction. Sur recommandation de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a notamment organisé une expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'un centre spécialisé (C. _____ COMAI). Sur la base du rapport du 21 juillet 2006 de ce dernier, par décision du 6 novembre 2007, l'Office AI Berne a alloué rétroactivement à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2004. Par communication du 18 juin 2009, l'Office AI Berne a confirmé la poursuite du versement de cette demi-rente à l'issue d'une procédure de révision.

B.

Le 5 avril 2012, l'Office AI Berne a ouvert une nouvelle procédure de révision d'office. L'assuré a fait valoir une aggravation de son état de santé dans un questionnaire rempli le 19 avril 2012. Se fondant sur une expertise requise par l'Office AI Berne auprès du Dr D. _____, spécialiste FMH en neurologie et psychiatrie ainsi que psychothérapie (rapport du 29 juillet 2013), le 13 novembre 2013, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait augmenter sa rente à trois quarts dès le 1^{er} avril 2012, puis la diminuer à un quart dès le 1^{er} mars 2014. Au vu des objections formulées le 12 décembre 2013 par l'assuré, l'Office AI Berne a à nouveau consulté l'expert psychiatre (qui a répondu le 15 mai 2014) ainsi que son SMR. Sur cette base, dans une nouvelle préorientation du 22 septembre 2014,

l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait supprimer sa rente à la fin du mois qui suit la date de la décision. Nonobstant les objections produites le 23 octobre 2014 par la mandataire de l'assuré, l'Office AI Berne a rendu, le 11 novembre 2014, une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 22 septembre 2014.

C.

Par acte du 11 décembre 2014, toujours représenté par la même mandataire, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision du 11 novembre 2014 précitée. Sous suite des frais et dépens, il a conclu à son annulation et, principalement, à la continuation de son droit à une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Par ailleurs, il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour ce qui concerne les frais de procédure.

Dans son mémoire de réponse du 3 février 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par réplique du 23 février 2015 et duplique du 16 mars 2015, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

D.

Sollicité en ce sens par ordonnance du 17 mars 2015, dans sa prise de position du 27 mars 2015, le recourant s'est prononcé sur l'hypothèse d'une issue du recours fondée sur une substitution de motifs par application de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6^e révision, 1^{er} volet [disp. finales LAI 6/1] de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Par courrier du 27 mars 2015, l'intimé a quant à lui renoncé à prendre position à cet égard et maintenu ses conclusions.

Le 1^{er} avril 2015, la mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 11 novembre 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours, supprime la demi-rente d'invalidité du recourant à la fin du mois qui suit la date de la décision (comprendre, selon l'art. 88^{bis} al. 2 let. a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]: le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision). Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement de la demi-rente ou, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Est particulièrement critiqué, le fait que l'intimé ait retenu une amélioration de l'état de santé du recourant, alors que l'expert psychiatre, dont les conclusions sont confirmées par le SMR, est d'avis que l'état de santé de l'intéressé est le même depuis 2003.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence 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 LPGGA).

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 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, 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).

2.2 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

2.4

2.4.1 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une

atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

2.4.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, l'intimé a admis que sur la base du rapport de l'expert psychiatre qu'il a lui-même mandaté, la capacité de travail était toujours réduite. Il a toutefois estimé que l'état de santé du recourant s'était considérablement amélioré et n'avait plus de répercussions permanentes sur sa capacité de travail et de gain, étant donné que les limitations psychiques constatées étaient la suite de problèmes psychosociaux, provoqués par un élément extérieur au corps humain. L'intimé est arrivé à la conclusion que le recourant pouvait réaliser un revenu excluant toute perte de gain due à une atteinte à la santé au sens de l'AI et n'était donc plus du tout invalide.

3.2 Le recourant ne remet pas en cause l'expertise psychiatrique ordonnée par l'Office AI Berne, mais fait au contraire grief à ce dernier de s'en être distancié pour évaluer son atteinte à la santé et les conséquences de celle-ci sur sa capacité de travail. Selon lui, cette expertise, qui de surcroît s'accorde sur ce point avec l'avis des services psychiatriques qui le suivent et aussi avec celui de la spécialiste du SMR, constate à plusieurs reprises que son incapacité de travail est essentiellement due aux diagnostics psychiatriques présents au moins depuis 2003. Le recourant invoque dès lors que les conditions d'une révision de son droit à la rente ne sont à l'évidence pas remplies. Dans ce contexte, il fait valoir que si l'appréciation de sa capacité de travail diffère éventuellement de celle des auteurs de l'expertise du 21 juillet 2006, il s'agit là d'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée. Dans l'hypothèse où un motif de révision serait contre toute attente reconnu, il relève encore que la capacité de travail appréciée de façon légèrement divergente dans la nouvelle expertise, dûment comprise dans la comparaison de revenus, ne conduirait pas à une modification de la rente.

4.

4.1 En l'espèce, dans la procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient en premier lieu d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision rendue le 6 novembre 2007 par l'intimé et la décision litigieuse du 11 novembre 2014, puisque l'état de fait déterminant à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé de la recourante (ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

4.2 La décision du 6 novembre 2007 accordait au recourant une demi-rente rétroactive à partir du 1^{er} décembre 2004 du fait d'une incapacité de travail de 50% depuis décembre 2003. Pour ce faire, l'intimé s'était fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 21 juillet 2006, synthétisant les

évaluations respectives de spécialistes en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie.

Ces experts ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen et d'anxiété généralisée (ch. F33.1 et F41.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et ont mentionné, comme diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, la présence de lombalgies chroniques, d'une discarthrose lombo-sacrée et d'un status après plaies de la main gauche, lésion du nerf digital et de l'extenseur du 3^{ème} doigt gauche lors d'un accident le 15 octobre 1996. Dans leur appréciation du cas sur le plan somatique et notamment rhumatologique, ils ont constaté que le patient souffrait de douleurs lombaires basses, chroniques, avec une irradiation intermittente dans le membre inférieur gauche avec, pour substrat anatomique, une discopathie sévère L5-S1. Ils ont indiqué que le début des lombo-sciatalgies remontait à 1987 et que l'évolution avait été favorable malgré les lombalgies chroniques récurrentes. Sur le plan psychique, les experts ont exposé que l'état dépressif récurrent de l'assuré faisait suite à la survenue d'une attaque de panique inaugurale en 2003 et à la persistance par la suite d'un trouble anxieux, sous la forme d'une anxiété généralisée. Ils ont posé un pronostic réservé en raison de la ténacité des symptômes d'anxiété et du trouble dépressif, sans amélioration notable malgré la psychothérapie et la pharmacothérapie, la faiblesse des ressources psychiques étant aussi un élément défavorable du pronostic. Ils ont conclu qu'en raison des diagnostics psychiatriques d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, toujours présent, conformes à l'évaluation des psychiatres traitants, la capacité de travail résiduelle de l'assuré pouvait être estimée à 50% depuis la fin de l'année 2003, aucune modification n'ayant été observée depuis lors. Ils ont enfin déclaré que la mise en œuvre de cette capacité de travail de 50% requerrait une activité professionnelle non soumise à des facteurs de stress trop intenses, ne nécessitant pas des aptitudes de concentration ou mnésiques importantes.

4.3 Au cours de la procédure de révision d'office entamée le 5 avril 2012, l'Office AI Berne, sur recommandation de la psychiatre du SMR consultée, a procédé à une expertise psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 11 novembre 2014.

4.3.1 Dans son rapport du 29 juillet 2013, l'expert mandaté par l'intimé diagnostique, en tant qu'atteintes avec répercussions sur la capacité de travail, une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10), d'une part, et, d'autre part, une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) ou, comme diagnostic différentiel, un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger et syndrome somatique (ch. F33.01 CIM-10). L'expert précise que ces atteintes sont présentes depuis 2003 au plus tard, la symptomatologie en question correspondant initialement à un trouble dépressif récidivant et s'étant, de son avis, plutôt chronicisée au sens d'une dysthymie. Il mentionne également, comme diagnostic sans conséquences sur la capacité de travail, l'existence d'une personnalité avec des traits émotionnels immatures, instables, impulsifs et narcissiques accentués (ch. Z73.1 CIM-10). Bien qu'il n'ait pas, en tant que psychiatre, à se prononcer sur les atteintes somatiques, il relève qu'au vu de l'expertise rhumatologique de 2006, ces troubles ne sont pas handicapants. Dans son évaluation psychiatrique détaillée du cas, l'expert constate en substance que depuis l'expertise réalisée en 2006, le recourant présente un état chronicisé avec persistance de divers symptômes anxio-dépressifs, sans qu'il soit possible de délimiter précisément l'évolution de la gravité des épisodes dépressifs. Il expose les tenants et les aboutissants de la chronologie des atteintes psychiques du recourant constatées, en relevant notamment que des facteurs extérieurs, consistant dans la situation sociale et les tensions conjugales importantes vécues par l'assuré, ont joué un rôle dans ce contexte, pour finalement culminer dans une hospitalisation psychiatrique du 17 au 25 août 2011, les médecins hospitaliers diagnostiquant dans leur rapport de sortie du 5 septembre 2011 un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10). L'expert qualifie cet épisode de réactif et passager. A l'appui, il ne manque pas de relever que l'assuré, à la personnalité immature, impulsive et narcissique, adoptant constamment un rôle de victime, soutient certaines interprétations d'événements familiaux contredites par d'autres documents au dossier et se plaint de façon

démonstrative de ses maux alors qu'il est totalement orienté, cohérent, dispose de ressources pour organiser sa vie ainsi que son quotidien et, par exemple, fait preuve d'une certaine fierté lorsqu'il évoque ses promenades à vélo avec ses enfants. Selon l'expert, l'assuré correspond tout à fait à la théorie de névrose impliquant une fuite dans la maladie et la recherche de l'obtention d'une rente en signe de reconnaissance (dossier [dos.] AI 75.1/16-18). En excluant expressément tous ces facteurs étrangers à l'invalidité et limitant strictement son appréciation au critère de l'effort exigible pour mettre à profit sa force de travail restante (dos. AI 18-19), l'expert conclut finalement que les troubles dépressifs du recourant, oscillant entre une intensité faible à moyenne, et les troubles anxieux, d'une intensité moyenne au maximum, ne sont pas suffisants pour justifier, d'un point de vue médical psychiatrique, une incapacité de travail totale dans une activité adaptée à l'âge et au degré de formation. Il nie la survenance d'une aggravation durable de l'état de santé psychique depuis la révision de rente effectuée en 2009.

Répondant aux questions ciblées de l'Office AI Berne et se prononçant sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'expert estime qu'il est exigible du recourant qu'il exerce son activité antérieure d'ouvrier de production à raison d'au moins quatre heures par jour dans un premier temps, puis de procéder ensuite à une augmentation progressive dans les six mois jusqu'à six heures quotidiennes, avec une diminution de rendement de 20% au maximum. Dans toute autre activité adaptée correspondant à son âge et à sa formation (n'impliquant pas de travaux lourds, bien structurée, simple, manuelle, exercée dans un cadre tranquille et ne requérant pas de compétences sociales particulières ni de travail de nuit), l'expert considère exigible de l'assuré d'y vaquer dans les trois premiers mois pendant cinq heures quotidiennes, puis pendant six heures par jour avec une diminution de rendement de 10% au maximum. Cela étant, il conclut qu'il convient donc de retenir comme jusqu'à présent une incapacité de travail d'au plus 50% sur le marché du travail général.

4.3.2 A la suite des objections formées le 12 décembre 2013 par l'assuré (dos. AI 80) contre le préavis envisageant de lui allouer trois quarts de rente du 1^{er} avril 2012 au 28 février 2014, puis de diminuer sa rente à un

quart de rente dès le 1^{er} mars 2014, l'Office AI Berne a invité l'expert psychiatre à préciser dans quelle mesure le trouble anxieux généralisé affectait la capacité de travail de l'assuré et si des mesures professionnelles de réadaptation étaient judicieuses. Dans sa prise de position du 15 mai 2014, l'expert expose en substance que le trouble d'anxiété généralisée diagnostiqué chez le recourant représente la cause majeure et prépondérante de l'incapacité de travail de 50% reconnue dans son expertise du 29 juillet 2013, par rapport au trouble dépressif récurrent ou à la dysthymie évoqués. Quant à des mesures de réadaptation, sous réserve des facteurs étrangers à l'invalidité, il considère qu'elles peuvent s'avérer tout à fait utiles, compte tenu du déconditionnement de l'assuré, dont l'expert précise qu'il ne faut pas le confondre avec une détérioration de l'état maladif.

4.3.3 Appelée une nouvelle fois à prendre position sur le dossier, la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR confirme pour sa part, dans un rapport du 18 août 2014, le caractère probant de l'expertise du 29 juillet 2013 et de son complément du 15 mai 2014. Selon elle, le diagnostic posé de trouble anxieux généralisé est convaincant, de même que la capacité de travail résiduelle telle que l'expert l'a évaluée.

4.4

4.4.1 L'intimé ne remet pas en cause les diagnostics, mais s'écarte, pour le reste, de l'appréciation de l'expert (et de son propre SMR) en prétendant que l'état de santé du recourant s'est considérablement amélioré et que plus aucune incapacité de travail (et de gain) n'en résulte. Selon l'intimé, cette modification notable du taux d'invalidité par rapport à la situation ayant prévalu lors de la décision d'octroi de la demi-rente rendue le 6 novembre 2007 justifie la révision de cette demi-rente, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

4.4.2 On conviendra que les diagnostics influençant la capacité de travail retenus par l'expert le 29 juillet 2013 diffèrent légèrement de ceux mentionnés dans l'expertise pluridisciplinaire du 21 juillet 2006 à la base de la décision du 6 novembre 2007. En effet, aux dires mêmes de l'expert psychiatre, le trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen

évoqué en 2006 a évolué en une dysthymie en 2013. L'expert lui-même précise à cet égard que les troubles du recourant depuis 2003 auraient déjà pu être qualifiés depuis longtemps de dysthymie et non de trouble dépressif récurrent (dos. AI 75.1/16). Il ne rapporte donc aucune amélioration, mais propose uniquement un autre diagnostic pour une même situation de fait (tout en maintenant le diagnostic différentiel du trouble dépressif récurrent). De plus, ce diagnostic de dysthymie ou trouble dépressif récurrent s'ajoute à celui, demeuré constant et prépondérant, de trouble d'anxiété généralisé. Cette conjonction continue toujours, aux termes de l'expertise du 29 juillet 2013, tout comme celle du 21 juillet 2006, d'avoir pour effet une incapacité de travail durable de 50%. On ne saurait donc conclure à une amélioration considérable de l'état de santé et à une absence de répercussions de ce dernier sur la capacité de travail de l'assuré, comme l'affirme l'intimé dans la décision contestée. On relèvera d'ailleurs que dans le premier préavis émis le 13 novembre 2013 aussi sur la base de l'expertise du 29 juillet 2013, l'intimé entendait accorder au recourant trois quarts de rente à partir du 1^{er} avril 2012, puis un quart de rente dès le 1^{er} mars 2014. Il est dès lors permis de s'étonner du revirement complet opéré par l'Office AI Berne dans son second préavis du 22 septembre 2014 aboutissant à une suppression de la demi-rente d'invalidité du recourant, alors que l'expert et la psychiatre du SMR n'avaient entre-temps que confirmé les conclusions de l'expertise précitée.

A cet égard, on précisera que selon la jurisprudence, une dysthymie qui ne se manifeste pas avec un autre diagnostic ne remplit certes pas les conditions légales d'une atteinte à la santé au sens de l'AI, car seule, elle n'est régulièrement pas invalidante (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2). En l'occurrence, la dysthymie ne se présente précisément pas seule, mais conjointement au trouble anxieux généralisé. Contrairement à l'opinion exprimée par l'intimé dans son mémoire de réponse, on ne saurait considérer qu'une dysthymie en relation avec le diagnostic conjoint d'anxiété généralisée n'a pas de valeur d'atteinte à la santé invalidante. Une telle conclusion ne peut être tirée de l'arrêt du Tribunal fédéral (TF) I 649/06 du 13 mars 2007 cité par l'intimé, dans la mesure où, dans le cas en question, les experts médicaux avaient estimé que seule la dysthymie provoquait une diminution de la capacité de travail de l'assuré en cause,

point sur lequel les juges n'avaient pas suivi les experts. Or en l'occurrence, tel n'est précisément pas le cas, puisque l'expertise du 29 juillet 2013 aboutit à une incapacité de travail causée principalement par le trouble anxieux généralisé (voir les précisions de l'expert du 15 mai 2014).

Il est vrai aussi, comme l'invoque l'intimé, qu'on ne peut nier en l'espèce l'existence chez le recourant de plusieurs facteurs psychosociaux et socioculturels défavorables. Ces facteurs ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI et il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Toutefois, en l'espèce, l'expert a précisément insisté sur le fait que son appréciation faisait abstraction de l'influence des éléments défavorables étrangers à l'incapacité de travail et de gain au sens de l'AI. Il a analysé toute l'évolution des facteurs psychosociaux ayant marqué l'assuré, spécialement les sérieux problèmes conjugaux auxquels ce dernier s'est trouvé confronté, et en a déduit que les troubles qu'ils ont causés n'étaient que réactifs et passagers. Il n'a pareillement pas omis de mentionner les tendances démonstratives et revendicatrices du recourant. Pourtant, tout comme ses confrères dans l'expertise du 21 juillet 2006, il a posé des diagnostics d'atteintes psychiques clairs, ayant valeur d'atteintes à la santé selon un système de classification reconnu (CIM-10), et a continué d'évaluer la capacité de travail à 50%, avec certaines perspectives conditionnelles d'amélioration, en se refusant (notamment du fait de ces éléments étrangers à l'invalidité) de conclure à une absence totale de capacité de travail. Ce faisant, l'expert, sans pour autant se rallier au modèle bio-psychosocial (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2), a admis que les facteurs psychosociaux et socioculturels influençaient indirectement (partiellement) l'invalidité et qu'ils entretenaient, chez le recourant, une maladie psychique devenue autonome ou en aggravaient ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments

étrangers à l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). L'avis non différencié de l'intimé, attribuant l'ensemble des troubles psychiques diagnostiqués aux facteurs socioculturels défavorables et admettant de ce fait une nette amélioration de l'état de santé du recourant, ne fait pas le poids face aux arguments détaillés de l'expert psychiatre fondés sur un fond de maladie autonome persistant depuis des années.

Par ailleurs, le fait que l'expertise de 2013 arrive à une évaluation de la capacité de travail légèrement plus positive que celle estimée en 2006, ne permet pas non plus de conclure à une amélioration sensible de la situation, au motif que le recourant aurait réussi à s'adapter économiquement pour diminuer le dommage provenant de ses handicaps. En effet, à ce stade, rien n'indique que le recourant pourrait réintégrer le marché ordinaire du travail, sans mesure de réadaptation. A ce propos, il faut du reste relever que même si, à l'encontre des circonstances de la présente cause, on devait admettre une amélioration de la situation, la décision du 11 novembre 2014 a supprimé la demi-rente alors que le recourant était âgé de plus de 55 ans et qu'il n'avait plus occupé du tout d'emploi depuis 2001 (malgré la capacité de travail résiduelle qui lui est reconnue). Au vu de la jurisprudence, avant de supprimer la rente, la question de l'exigibilité de la réadaptation en elle-même et l'examen de mesures de réadaptation auraient dû être envisagés (ATF 141 V 5 c. 4; SVR 2001 IV n° 30).

4.4.3 Sur le plan formel, élaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qualifié, l'expertise du 29 juillet 2013, complétée le 15 mai 2014, comporte une anamnèse précise sur les plans social, professionnel, familial et personnel. Les autres nombreux avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. L'expert a également soigneusement consigné les plaintes subjectives du recourant, tout comme les observations objectives découlant de son état psychiatrique, et aussi somatique d'après l'expertise antérieure du 21 juillet 2006. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées. Sur le plan matériel, l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'état de santé ou les répercussions

de ce dernier sur la capacité de gain du recourant se sont améliorés d'une façon notable susceptible d'influer sur le droit à la rente ne peut être suivie. L'avis de l'intimé ne repose en effet pas sur une argumentation médicale permettant de remettre en cause les résultats de l'expertise (voir ci-dessus c. 4.4.2). Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.4.1 et 2.4.2), pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à l'expertise du 29 juillet 2013. La spécialiste en psychiatrie du SMR, appelée par l'intimé à se prononcer à ce sujet, a du reste également qualifié l'expertise de cohérente et vérifiable ("schlüssig und nachvollziehbar") et le recourant ne conteste pas non plus les résultats auxquels est parvenu l'expert.

Il y a donc lieu de se fonder sur les résultats de l'expertise du 29 juillet 2013 dans leur ensemble. On retiendra, comme diagnostics influençant la capacité de travail du recourant, le trouble anxieux généralisé et la dysthymie, cette dernière atteinte représentant le stade de l'évolution actuelle du trouble dépressif récurrent, indiqué en tant que diagnostic différentiel, dont le recourant souffre de longue date et déjà mentionné dans l'expertise du 21 juillet 2006. Ces résultats établissent de façon convaincante la persistance d'une maladie psychique autonome, stable, antérieure à la décision d'octroi de la demi-rente du 6 novembre 2007 et continuant de justifier, en l'état, une incapacité de travail de 50% sur le marché du travail général, avec certaines perspectives d'adaptation vers le haut dans les hypothèses d'un réentraînement progressif au travail ou d'un emploi profilé de façon idéale. C'est donc en vain que l'intimé a fondé sa décision de suppression de rente sur un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

5.

5.1 La let. a al. 1 des disp. finales LAI 6/1 prévoit que 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 la présente modification (1^{er} janvier 2012), que si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la

rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (al. 1). Selon l'al. 4 de cette même disposition, 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.

Les atteintes invalidantes retenues en l'espèce par l'expert psychiatre consistent dans des affections purement psychiques et aucun diagnostic d'un syndrome, tel qu'un trouble somatoforme douloureux persistant (TSD; ch. F45.40 CIM-10) ou une autre atteinte à caractère psychosomatique assimilée (voir sur ce point: ATF 141 V 281 c. 4.2, 139 V 346 c. 2, 137 V 64 c. 4.3, 136 V 279 c. 3.2.3), n'a été posé. Il est vrai que l'expert, dans son examen du cas, regrette que l'expertise de 2006 ne discute pas le diagnostic différentiel de TSD (dos. AI 75.1/14). Cependant, ce diagnostic différentiel ne concernerait que le trouble dépressif récurrent ou la dysthymie, et pas l'anxiété généralisée, maladie autonome qui fonde essentiellement l'incapacité de travail (et de gain). Dès lors, il n'y a pas lieu d'apprécier la situation du cas d'espèce en fonction ni de la let. a al. 1 des disp. finales LAI 6/1 (voir aussi le ch. 1003 de la Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 [CDF], émise par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] et valable dès le 1^{er} janvier 2012, citée à juste titre par le recourant), ni de la jurisprudence applicable aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, à laquelle renvoie l'intimé dans son mémoire de réponse - et qui a du reste été modifiée le 3 juin 2015 par le TF (ATF 141 V 281). Pour ce motif également, le jugement du Tribunal de céans du 28 mars 2011 (IV/10/1115), cité par l'intimé dans son mémoire de réponse et rendu au demeurant avant la modification de la jurisprudence du TF en la matière, ne peut être suivi en l'espèce.

5.2 Le cas échéant, le juge peut confirmer une décision de révision rendue à tort avec la motivation substituée que la décision de rente initiale est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 140 V 85 c. 4.2, 125 V 368 c. 2). L'appréciation du cas d'espèce sous cet angle ne permet toutefois pas non plus de confirmer la

décision attaquée. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut certes revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Néanmoins, selon la jurisprudence, la reconsidération de décisions entrées en force n'est envisageable qu'en cas d'erreur crasse de l'administration (RCC 1988 p. 566 c. 2b). Une erreur est manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée et qu'une seule conclusion s'impose: celle du caractère erroné de la décision (ATF 138 V 324 c. 3.3; SVR 2014 IV n° 7 c. 4.1). Or, tel n'est manifestement pas le cas en l'occurrence. Eu égard aux considérations de l'expertise psychiatrique du 29 juillet 2013 et de son complément du 15 mai 2014, rien ne permet d'affirmer que l'octroi par la décision du 6 novembre 2007 d'une demi-rente d'invalidité au recourant à partir du 1^{er} décembre 2004 eût été sans nul doute erroné.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, il faut conclure qu'à défaut de motifs de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ou de la let. a al. 1 des disp. finales LAI 6/1, ou encore d'une possibilité de substitution de motifs par le biais de l'institution de la reconsidération, la demi-rente du recourant doit être maintenue. C'est à tort que l'intimé, dans la décision contestée du 11 novembre 2014, a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité du recourant. Le recours doit être admis et la décision contestée annulée.

6.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, perd dès lors son objet.

6.3 Le recourant étant représenté en procédure par une mandataire professionnelle, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 1^{er} avril 2015, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas

de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 942.40 (honoraires: Fr. 806.-; débours: Fr. 66.60; TVA: Fr. 69.80).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 942.40 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal administratif.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à la Fondation institution supplétive LPP, agence régionale de la Suisse alémanique,
Weststrasse 50, 8036 Zurich,
- 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).