

200.2015.158.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 25 avril 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier des 14/23 janvier 2015

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1963, divorcé, père d'un enfant majeur, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé, apparemment surtout de façon temporaire et lors de voyage ou séjour à l'étranger, dans différents domaines d'activités (notamment le bâtiment) jusqu'en 1998. En mentionnant un pneumothorax spontané en septembre 1992 avec rechute en décembre 1992, l'assuré a sollicité, une première fois, le 13 janvier 1995, une rente auprès de l'assurance-invalidité (AI), qui lui a été refusée le 2 novembre 1995. Le 17 juin 1999, il a déposé une nouvelle demande de rente AI. Par décision du 4 décembre 2000, une rente entière de l'AI lui a été octroyée à partir du 1<sup>er</sup> avril 1999 pour cyclothymie et personnalité schizoïde (décision prise par l'Office AI du canton de Neuchâtel, à charge de la caisse de compensation de ce canton, mais rendue sur papier à l'entête de l'Office AI Berne, canton dans lequel l'assuré avait déménagé en cours de procédure).

En mars 2003, l'Office AI Berne a engagé une procédure de révision de rente. Après avoir requis l'établissement d'expertises médicales en 2005 et 2006 (expertises sur les plans psychiatrique, rhumatologique et pneumologique), l'intimé a averti l'assuré, dans une première préorientation datée du 8 septembre 2006, après avoir sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qu'il estimait qu'un travail à hauteur de 85% dans une activité adaptée était exigible et que, sur la base d'un degré d'invalidité de 28%, il envisageait de supprimer la rente d'invalidité. Donnant suite aux objections à la préorientation précitée, l'Office AI, par communication du 2 février 2007, a informé l'assuré de son droit à bénéficier d'une orientation professionnelle. Le stage d'observation d'une durée de trois mois, planifié initialement dès janvier 2008 et reporté en septembre puis en novembre 2008 (dossier [dos.] AI 35, 45 et 49), n'a toutefois pas pu être mené jusqu'à son terme, en raison d'incapacités de travail. Le 19 janvier 2010, l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise interdisciplinaire dans un centre d'observation médical de l'AI (en l'espèce: COMAI, Centre C. \_\_\_\_\_). Cette expertise médicale ayant dû

être reportée en raison d'une intervention chirurgicale subie par l'assuré le 13 janvier 2010 (spondylodèse ventrale L4/5), les experts ont rendu leur rapport d'expertise interdisciplinaire le 8 décembre 2010, lequel a mis en évidence une capacité de travail chez l'assuré de 50%, dès 2008, sans diminution de rendement. Le 17 mai 2011, dans le contexte du droit reconnu à l'assuré à des mesures de réinsertion, ce dernier a conclu avec l'Office AI un contrat d'objectifs dans un but d'entraînement progressif dans un centre spécialisé, d'une durée de trois mois (mai à août 2011), mesure qui a toutefois dû être interrompue six semaines après sa mise en place en raison du manque de stabilité physique et psychique constaté chez l'assuré (dos. AI 99). Retenant (sur la base de la dernière expertise interdisciplinaire datée de décembre 2010) que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'Office AI, dans une deuxième préorientation du 29 août 2012 (annulant celle du 8 septembre 2006), a informé l'assuré qu'en raison d'un degré d'invalidité de 50%, il envisageait de remplacer la rente entière d'invalidité versée jusqu'alors par une demi-rente, ce à quoi l'assuré s'est opposé le 21 septembre 2012. Le 11 octobre 2012, l'assuré a subi une rupture d'anévrisme. Suite aux rapports d'expertises d'octobre 2014 (du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP et de la Dresse E.\_\_\_\_\_, neurologue FMH) sollicités par l'Office AI, ce dernier a rendu une troisième préorientation, le 13 novembre 2014 (annulant celle du 29 août 2012), envisageant de réduire la rente entière de l'AI à trois quarts de rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 64%.

## **B.**

En dépit des objections (formulées oralement) par l'assuré contre cette dernière préorientation, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 14 janvier 2015 (complétée par décision du 23 janvier 2015).

## **C.**

Par acte daté du 16 février 2015, l'assuré, dorénavant représenté en procédure, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a requis l'assistance judiciaire (limitée aux frais de justice) et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation des décisions rendues par l'Office AI les 14/23 janvier 2015, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 31 mars 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Tout en confirmant ses (précédentes) conclusions, le recourant a complété son recours le 24 avril 2015. Dans sa prise de position du 18 mai 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions. La mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 26 mai 2015.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI des 14/23 janvier 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2015 (1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit sa notification), la diminution à trois quarts de rente d'invalidité de la rente entière AI versée à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le maintien, pour le recourant, d'une rente entière d'invalidité ou, éventuellement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par le recourant l'existence d'un changement de circonstances propres à fonder un motif de révision permettant de réduire le droit à la rente et le calcul de l'invalidité.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 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] 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.**

Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 140 V 41 c. 6.3.1, 132 V 215 c. 3.1.1). Cette solution constitue, de par sa portée générale, un principe de droit intertemporel applicable à tous les rapports de droit et donc aussi aux prestations durables (ATF 130 V 445 c. 1.2.1; SVR 2010 IV N° 59 c. 3.1). En l'espèce, la procédure de révision a été ouverte en mars 2003. L'impact de cette date d'introduction de la procédure, quand bien même elle est antérieure à l'entrée en vigueur aux 1<sup>er</sup> janvier 2004, 2008 et 2012 des 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> (1<sup>er</sup> volet) révisions de l'AI, est toutefois limité dans la mesure où la réduction d'une rente entière de l'AI par la décision contestée fait l'objet de la contestation (sans fluctuations antérieures; voir art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) et où les syndromes

sans pathogénèse ni étiologie claires ne jouent pas (plus) de rôle déterminant.

### **3.**

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

**3.2** L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

### **3.3**

**3.3.1** 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 LPGA). 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 (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

**3.3.2** Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**3.4** 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).

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 (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 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

#### **4.**

**4.1** Dans sa décision des 14/23 janvier 2015, l'intimé a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer, à raison de trois heures et demie par jour, une activité légère, ne sollicitant pas excessivement le corps (pas de port de charges au-delà de 15 kg, travaux légers et sans déplacements prolongés). Pour motiver ce profil d'exigibilité et le degré d'invalidité en résultant (64%), l'Office AI s'est fondé sur les rapports d'expertises neurologique et neuropsychologique rédigés en octobre 2014. L'Office AI s'est toutefois écarté des 30% de perte de rendement médico-théorique retenus par l'experte en neurologie (l'expert en neuropsychologie fait part, quant à lui, d'un rendement significativement réduit), en ne prenant en considération qu'une réduction de rendement de 15% dans son évaluation du caractère invalidant des atteintes.

**4.2** Le recourant, quant à lui, conclut au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité. Il conteste le principe même d'une révision de son droit à la rente, en raison de l'absence d'un changement important des circonstances propres à diminuer son degré d'invalidité (son état de santé psychique est, selon lui, resté inchangé; quant à son état de santé physique, il se serait aggravé). Il conteste la réduction du rendement médicalement reconnue de 30% à 15% retenue par l'Office AI pour le

calcul de l'invalidité. Il demande en outre la prise en considération d'un abattement supplémentaire (de 15%) de la base statistique d'estimation de son revenu avec invalidité, justifiée selon lui du fait de ses empêchements personnels. Il met aussi en doute le fait même que sa capacité de travail résiduelle soit exploitable sur le plan économique.

## **5.**

En l'espèce, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes.

**5.1** La première demande de rente du 2 novembre 1995 avait été rejetée parce que les conditions du délai d'attente n'étaient pas réalisées par les suites du pneumothorax (dos. AI NE 23). Début 1997, une hospitalisation avait permis d'optimiser la médication antidépressive et de favoriser une abstinence à la consommation de cannabis. En dépit de cette trêve, une tentative de formation comme éducateur de la petite enfance, appuyée par l'assurance-chômage, avait échoué (dos. AI 86.4/17) et une nouvelle demande de prestations avait été déposée en juin 1999. La décision du 4 décembre 2000 octroyant une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999 se fondait sur l'appréciation du cas par le médecin de l'Office AI alors compétent. Ce médecin confirmait les diagnostics arrêtés le 1<sup>er</sup> novembre 1999 par le psychiatre traitant, à savoir celui de cyclothymie (F34.0 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et celui de personnalité schizoïde (F60.1). A l'instar de son confrère, le médecin de l'Office AI en concluait que l'assuré souffrait d'importants troubles de la personnalité, incompatibles selon lui avec une quelconque activité lucrative (dos. AI NE 10 et 15/2).

**5.2** Après l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente en mars 2003, la situation se présente comme suit.

**5.2.1** Deux expertises (psychiatrique et rhumatologique) ont été requises par l'Office AI en février 2004. L'expert en psychiatrie a relevé dans son rapport de février 2005, comme diagnostic ayant des répercussions sur la

capacité de travail de l'assuré, un trouble de la personnalité de nature schizoïde (F60.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un status après cyclothymie (F34.0), des difficultés liées à une longue absence du marché du travail (Z56), de même qu'une situation familiale atypique (F60.1). L'expert a conclu que l'assuré était en mesure de travailler à hauteur de 85% (dos. AI 8/8) et qu'il n'existait pas de problème d'addiction. Quant à l'expert en rhumatologie, dans son rapport de juillet 2005, il a retenu, avec conséquences sur la capacité de travail, des oligoarthralgies d'origine fonctionnelle-mécanique avec probables tendinopathies d'insertion, mais sans soupçon de maladie inflammatoire, de même que des psychopathologies préexistantes (toutefois ne ressortant pas à sa spécialisation). Sans influence sur la capacité de travail, il a mentionné la pathologie pulmonaire, divers status après blessures, le syndrome lombo-spondylogène, une dépendance à la nicotine et un status après abus d'alcool. L'expert en rhumatologie a relevé qu'il n'y avait pas d'élément somatique permettant d'expliquer une réduction sensible de la tolérance à l'effort. En raison d'un déconditionnement et de la morphologie de l'assuré, l'expert a considéré que le recourant était à même de travailler à 100% dans une activité adaptée (ménageant les efforts aux niveaux des membres supérieurs), moyennant une perte de rendement de 25% (dos. AI 10/12 à 14). L'expert en pneumologie, sollicité subséquemment, a conclu, dans son rapport du 6 février 2006, que l'assuré n'encourait, d'un point de vue pneumologique, aucune restriction dans sa capacité de travail (dos. AI 20/2).

**5.2.2** Après les observations dirigées contre un premier préavis projetant une suppression de rente, les mesures de réadaptation entreprises pour mettre en valeur les capacités résiduelles évaluées dans les expertises précitées n'ayant pas abouti, l'Office AI a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès d'un COMAI en janvier 2010. Le rapport d'expertise n'a pu être rendu qu'en décembre 2010 (examens de l'assuré pratiqués en août et octobre 2010) en raison d'une intervention chirurgicale ayant eu lieu le 13 janvier 2010 (spondylodèse ventrale L4/5). De façon interdisciplinaire, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un probable trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline

(F60.31). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné des douleurs poly-articulaires des membres supérieurs, prédominant aux mains, d'origine inconnue (absence de substrat clinique), un status après spondylodèse L4/L5, un status après double pleurodèse pour pneumothorax spontané à droite (1992) et une bronchite chronique simple avec emphysème débutant (dos. AI 86.1/12). Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assuré à hauteur de 50% dès 2008 (dos. AI 86.1/16 C.6), en raison des troubles psychiatriques (dos. AI 86.1/14 et 16), avec un rendement conservé. Des limitations sur les plans respiratoire et rhumatologique ont été exclues. Les experts ont aussi écarté tout syndrome somatoforme douloureux persistant. Ils ont préconisé un traitement psychothérapeutique, tout en signalant une consommation de cannabis plus importante qu'avouée (dos. AI 86.1/17).

**5.2.3** De nouvelles expertises (sur les plans neurologique et neuropsychologique) ont été établies en octobre 2014, à la suite des observations visant le deuxième préavis (prévoyant une réduction à une demi-rente), puis en raison de l'état résultant de la rupture d'anévrisme survenue le 11 octobre 2012 et ayant nécessité plusieurs semaines d'hospitalisation (dos. AI 114/11) et de réadaptation (dos. AI 120/3). L'expert en neuropsychologie a mentionné, dans son rapport du 10 octobre 2014, le diagnostic d'atteintes cognitives d'importance modérée à moyenne (F06.8) suite à une hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme de l'artère basilaire ainsi que des modifications minimales de la personnalité et du comportement (précipitation, tendance logorrhéique, F07.8), ces deux diagnostics ayant selon lui des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une suspicion de difficultés liées à l'environnement social (Z60). L'expert a exclu tout signe d'exagération, de même qu'une influence significative de la consommation toxique (alcool et THC), mais avoue qu'il est difficile de distinguer, vu les interférences, les séquelles de l'AVC des composantes psychiatriques antérieures. Invité à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (tout en relevant qu'il appartenait aux médecins de donner des indications sur celle-ci), l'expert en neuropsychologie a estimé que depuis la survenance de l'atteinte vasculaire en octobre 2012, seul un travail mental d'au plus trois à quatre

heures d'affilée dans un environnement calme et stable serait envisageable (mais tout en restant astreignant) pour l'assuré. En raison de l'atteinte cognitive modérée à moyenne présentée par l'assuré, l'expert a considéré que le rendement de l'assuré est diminué de manière significative (dos. AI 136.2/11 et 12). L'experte, spécialiste FMH en neurologie, a quant à elle retenu, dans son rapport du 15 octobre 2014, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, une hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire (I60.4) survenue le 11 octobre 2012 avec divers status, notamment un syndrome frontal léger avec logorrhées et des troubles cognitifs légers à moyens, une hydrocéphalie débutante (G91.0), une hémorragie rétinienne et une sténose du canal rachidien (M99.4). Sans répercussion sur la capacité de travail, ont été mentionnés une bronchite chronique (J40), un status après pneumothorax (J93.1), des oligoarthralgies d'origine fonctionnelle-mécanique et des psychopathologies préexistantes (dos. AI 137.1/16). Deux ans après la survenance de l'AVC, l'experte relate que l'assuré se plaint de diverses atteintes et incapacités mentales, de fatigue et troubles visuels, mais qu'il constate en revanche une amélioration dans la façon de supporter et maîtriser les douleurs qui l'affectent depuis des années. Sur la base des examens pratiqués, elle a constaté une héli-ataxie discrète à gauche avec une perte d'assurance en position debout et à la marche, un discret tremor à gauche et des capacités physiques diminuées. Elle a aussi fait état d'atteintes, selon l'anamnèse, au niveau de l'attention, la concentration et la mémoire, mises en évidence, sous forme d'atteintes cognitives discrètes, par l'expertise neuropsychologique. Elle a nié la présence de sévères atteintes psychiques. Dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, qu'elle a considérée comme étant stable depuis avril 2013, l'experte estime que des activités lourdes (notamment soulèvement de poids de plus de 15 kg), d'endurance (position debout ou de marche permanente) et des travaux sur des échelles ou échafaudages ne sont plus exigibles pour des raisons orthopédiques et découlant de l'anévrisme. Selon elle, des activités légères (avec changements de position) et simples dans un environnement adapté (calme) sont encore exigibles de la part du recourant à raison de 3 à 4 heures par jour si des pauses régulières peuvent lui être aménagées et si elles ne requièrent pas des efforts de concentration. Si le recourant assure une présence de quatre heures par jour (ce qui représente un

maximum), une diminution de rendement de 30% doit, selon l'experte, être retenue (dos. AI 137.1/20).

**5.3** Il convient d'admettre la force probante des deux expertises (neuropsychologique, puis neurologique, rendue en connaissance des résultats de la première) rédigées en octobre 2014 et sur lesquelles l'Office AI s'est fondé pour statuer en janvier 2015. Elles sont complètes, convaincantes et remplissent les conditions formelles exigées par la jurisprudence (voir c. 3.4 ci-dessus). Pour le surplus, les experts, dont la qualification ne peut être mise en doute, ont chacun procédé à un examen personnel de l'intéressé (l'expert en neuropsychologie a examiné l'assuré à trois reprises). Le rapport neurologique, reprenant les résultats et appréciation neuro-psychologiques, comporte une anamnèse détaillée sur les plans social, familial, scolaire et professionnel. Les avis des (nombreux) autres praticiens consultés jusqu'alors y sont résumés, démontrant une étude fouillée du dossier. Les plaintes subjectives du recourant ont été soigneusement consignées, tout comme les observations objectives découlant des examens cliniques mis à disposition. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes de la genèse de l'expertise. Elles fournissent aussi les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Les conclusions de l'experte sont de surcroît solidement étayées par les tests neuropsychologiques approfondis, qui constituent une évaluation concluante à la lumière des indices déterminants selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; TF 9C\_492/2014 du 3 juin 2015).

**5.4** D'un point de vue médical, il n'y a pas lieu de mettre en doute les diagnostics arrêtés par la spécialiste en neurologie en 2014 (que les parties ne contestent d'ailleurs pas), lesquels s'accordent avec ceux retenus par les médecins ayant soigné le recourant en automne 2012 (dos. AI 114/11 et 120/3) après la survenance de l'AVC (seul un rétrécissement du canal rachidien est relevé en sus par les experts en 2014). Il est aussi avéré que la rupture d'anévrisme dont a été victime l'assuré en octobre 2012 a

modifié son tableau clinique et que celle-ci a représenté une césure dans l'évolution de son état de santé, donc que les évaluations précédentes, dont rien n'indique qu'elles n'auraient pas été fiables à l'époque où elles ont été formulées, ne sont plus guère utilisables quant à leur estimation de la capacité de travail médico-théorique. Le fait que la neurologue range les troubles psychopathologiques préexistants au nombre des affections sans répercussion sur la capacité de travail n'est pas non plus critiquable. Elle s'appuie pour cela sur l'avis de l'expert en neuropsychologie qui, d'une façon convaincante, a expliqué que les atteintes cognitives et les modifications minimales de personnalité prises désormais en compte comprennent les éventuelles psychopathologies antérieures qui interagissent avec les séquelles de l'anévrisme (dos. AI 136.2/11). De plus, les conclusions des experts (absence d'influence incapacitante supplémentaire de la maladie psychique) concordent avec celles des médecins ayant soigné le recourant lors de son hospitalisation ou en séjour stationnaire en clinique de réadaptation par la suite depuis octobre 2012. En 2010 déjà, les spécialistes consultés alors (c. 5.2.2) reconnaissaient un état de santé (psychique) en amélioration dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le généraliste traitant du recourant, dans son rapport médical du 30 octobre 2013, met lui aussi nettement l'accent sur les diagnostics liés à la survenance de l'AVC, se contentant de mentionner, sans autres développements, que les autres pathologies retenues dans les rapports précédents sont restées inchangées (dos. AI 120). Quant au profil d'exigibilité retenu, les experts décrivent de manière cohérente tant les activités/mouvements proscrits (port de charges de plus de 15 kg, les activités d'endurance [position debout ou de marche permanente]), les activités difficiles à exécuter (mouvements de coordination et en équilibre) que les activités légères que le recourant est encore à même d'exécuter (activités légères permettant des changements de position exercées dans un environnement calme adapté à raison de 3 à 4 heures par jour si des pauses régulières peuvent être aménagées et en évitant des efforts de concentration) et déterminent en plus une perte de rendement de 30%, dans l'hypothèse où l'assuré exploiterait au maximum (4 heures par jour) la durée d'activité exigible de sa part (dos. AI 137.1/19 et 20).

## 6.

S'il est vrai que le simple écoulement du temps (en l'espèce, 14 ans) ne constitue pas à lui seul un motif de révision, il n'en demeure pas moins que le tableau clinique du recourant au moment de la décision querellée des 14/23 janvier 2015 diffère totalement de celui qui avait été dressé lors de la décision du 4 décembre 2000 d'octroi d'une rente entière de l'AI, ne serait-ce qu'en raison de la rupture d'anévrisme intervenue le 11 octobre 2012. Les diagnostics qui avaient justifié la rente AI (cyclothymie et personnalité schizoïde) ne figurent plus au titre des pathologies ayant des répercussions déterminantes sur la capacité de travail retenues par les experts en 2014. La modification des circonstances médicales s'impose en l'occurrence de façon manifeste. Il importe peu que les expertises de 2014 ne se prononcent pas explicitement sur la survenance effective d'un changement déterminant par une analyse médicale comparative fouillée. L'AVC et ses séquelles cohérentes, telles que décrites par l'expertise, démontrent à eux-seuls qu'on n'est pas en présence de deux appréciations divergentes d'un état resté identique pendant 14 ans. Il ne s'agit manifestement pas de simples modifications nominales de diagnostics (TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 [= SVR 2013 IV n°44] c. 6.1.2 et 6.1.3). Un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision initiale d'octroi de la rente AI et la décision litigieuse (voir ci-dessus c. 3.3). Dans ces conditions, contrairement aux allégations du recourant (voir complément au recours daté du 24 avril 2015, p. 2), un motif de révision (art. 17 al. 1 LPGA) est donc donné.

## 7.

**7.1** 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).

**7.2** Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire (c. 3.2), l'Office AI s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec handicap, sur la valeur "total" statistique des salaires servis aux hommes, dans des activités physiques ou manuelles simples, selon les chiffres relatifs à 2012, indexés à 2014, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Ce choix se justifie pleinement. Le recourant n'a jamais exercé d'activité lucrative à long terme avant la survenance de son handicap. Il n'est donc pas possible de supposer que sans ses atteintes, il occuperait encore le même emploi ou le même genre d'activité et de tabler sur ses dernières rémunérations ou des revenus hypothétiques plus spécifiques (ATF 139 V 28 c. 3.3.2 et références; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). Comme depuis la survenance de l'atteinte à la santé, le recourant n'a pas non plus exercé d'activité lucrative, l'évaluation de son revenu d'invalidé doit aussi se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS (ATF 129 V 472 c. 4.2.1, 126 V 75 c. 3b/bb; RAMA 1999 p. 412 c. 4b/aa; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1). L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus devrait être celle de la modification potentielle du droit (ATF 129 V 222, 128 V 174), soit 2015 en vertu de la décision des 14/23 janvier 2015 (cf. c. 2: art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a et b RAI), mais les données statistiques de cette année ne sont pas encore disponibles.

Quoi qu'il en soit, puisque les salaires statistiques à la base de la comparaison sont les mêmes, une comparaison de valeurs exprimées en pour-cent suffit. Il importe peu que les deux revenus soient, chacun selon des mêmes taux, indexés, ou même adaptés au nombre usuel d'heures hebdomadaires pour l'année en cause (les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures; ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs

exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3A, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b).

**7.3** Le pourcentage plus bas du revenu hypothétique avec invalidité est par conséquent déterminé par l'incapacité de travail et l'éventuelle perte de rendement, dans la mesure où les résultats médico-théoriques sont en accord avec l'appréciation du caractère invalidant à laquelle doivent procéder les organes de l'AI.

En outre, la jurisprudence prévoit que, pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap et qu'il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Toujours selon cette jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation, un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permettant de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1).

**7.4** Dans sa comparaison, l'Office AI, en suivant les experts, a admis une capacité de travail de 3 heures et demie par jour (l'expertise mentionne un temps de présence de 3 à 4 heures quotidiennes). Par rapport à la durée normale du travail dans les entreprises pour l'année 2014 de 41,7 heures (les chiffres pour 2015 n'étant pas encore disponibles; données publiées par l'OFS et accessibles à partir du site internet de ce dernier), le recourant dispose d'une capacité de travail de 42% ( $[5 \times 3,5 \text{ heures}] \times 100/41,7 \text{ heures}$ ).

Sur ces 42%, l'Office AI, pour arriver à une capacité de gain de 36%, n'a en revanche consenti qu'une réduction pour perte de rendement de 15%, sans

tenir compte de l'évaluation médico-théorique aboutissant à une perte de rendement de 30% dans l'hypothèse d'un horaire (maximal) de 4 heures par jour et sans autre abattement justifié par les caractéristiques de la personne de l'assuré. Or, l'Office AI n'a en rien motivé son appréciation divergente de celle des experts, ni dans sa décision, ni plus tard au stade de la réponse au recours.

Certes, l'expertise bidisciplinaire de 2005 aboutissait à une incapacité de travail globale de 15% (voir notamment synthèse de l'appréciation des experts proposée le 3 juillet 2006 par le SMR). On voit toutefois difficilement comment ce taux pourrait être repris pour corriger la perte de rendement de 30% évaluée par les experts en 2014, sans qu'aucun avis médical récent, pas même émanant du SMR, n'étaie cette transposition. En outre, les atteintes actuelles du recourant n'entrent pas du tout dans le champ des syndromes d'étiologie et de pathogénèse indéfinies, si bien qu'il est vain de chercher à comprendre l'estimation de l'Office AI par le biais de la jurisprudence particulière à l'appréciation du caractère invalidant de ces affections. Les habitudes du recourant avec le cannabis, la nicotine, voire l'alcool, n'apportent pas non plus de réponse au taux de réduction choisi par l'Office AI. En effet, depuis l'avis de la clinique psychiatrique où le recourant a séjourné début 1997, plus aucun médecin n'a thématiquement cette problématique addictive comme pouvant avoir une influence sur la capacité de travail ou le rendement. A ce sujet, l'intimé lui-même n'a du reste jamais cherché à approfondir la question de savoir si un sevrage pourrait être indiqué en vue de prendre des mesures pour rappeler le recourant à son devoir de diminution du dommage (art. 21 al. 4 LPGA et art. 7 LAI). Dès lors, en l'absence totale d'argument justifiant la limitation à 15% de la déduction pour perte de rendement médicalement attestée et motivée de façon cohérente, le Tribunal doit intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'Office AI. Il ne peut se rallier à l'opinion de ce dernier sur ce point (c. 1.4). En revanche, il y a lieu de se fier à l'évaluation convaincante posée en 2014 par l'experte neurologue (en connaissance des données de l'expertise neuropsychologique) et d'admettre une perte de rendement de 30% dans l'hypothèse où le recourant utiliserait sa capacité de travail à raison de 4 heures par jour dans un emploi correspondant à son profil.

Sur ces bases, le calcul de l'invalidité aboutit à un taux de 66,4% (arrondis à 66%). En effet, un horaire (maximal) de 4 heures par jour (20 heures par semaine) correspond à un taux de présence de 48% par rapport à 41,7 heures de durée normale de travail. Si l'on retranche 30% de perte de rendement, la capacité résiduelle de travail et rendement du recourant est de 33,6%. En partant, comme l'a fait l'Office AI, d'un temps de présence de 42% correspondant à 3 heures et demie, avec une perte de rendement de 26,25% (perte de 30% pour 4 heures équivalant à une perte de 26,25% pour 3,5 heures), on arrive à une capacité globale de 31%, à savoir une invalidité de 69% (le recourant calcule une invalidité de 71% en prenant une perte de rendement de 30% aussi pour une durée journalière de 3,5 heures, sans tenir compte des précisions apportées par l'experte).

**7.5** Reste la question d'un abattement supplémentaire prenant en considération les spécificités personnelles et professionnelles du recourant par rapport aux données statistiques, caractéristiques qui n'auraient pas déjà été comptées du fait du choix du salaire statistiques et du taux médical de présence et de perte de rendement. En l'occurrence, le recourant ne rencontre pas d'obstacle d'autorisation de travail, ni au niveau linguistique ou culturel. Au vu de l'appréciation médico-théorique, on doit considérer que le temps de présence de 3,5 ou 4 heures coordonné avec une perte de rendement de 26,25% ou 30% préconisée tient compte des pauses nécessaires et du ralentissement cognitif et physique et épuise les possibilités de réduction en ce qui concerne la capacité de travail et de rendement résiduelle du recourant. Le type de revenu statistique choisi (valeur "totale" tâches physiques et manuelles simples) ne permet plus non plus d'abattement en raison de l'absence de qualification du recourant et des restrictions concernant le cadre calme et serein dans lequel l'activité peut être exercée (TF 8C\_740/2014 du 11 février 2015 c. 4.5, 8C\_693/2014 du 22 janvier 2015). En revanche, le fait que le temps de présence est limité au maximum à 4 heures par jour représente un facteur évident d'abattement car, statistiquement, les hommes employés à temps partiel, à ce taux bien au-dessous de celui de 100%, sont proportionnellement moins rémunérés (TF 8C\_463/2015 du 24 septembre 2015 c. 3.1). De même, en l'espèce, on ne peut ignorer l'absence totale d'expérience du recourant dans un emploi stable et son éloignement

complet du marché du travail depuis les années nonante (dos. AI NE 38), alors qu'il avait 52 ans au moment où la décision a été rendue. Ses handicaps impliquant des restrictions d'activité de nature très diverse (sur les plans de la force, des positions de travail, de l'équilibre, de la dextérité, de l'attention et de la résistance) représentent aussi un facteur de réduction salariale (même dans la catégorie des activités les moins bien rémunérées selon les statistiques). Dans ces circonstances, il faut également intervenir sur ce point dans le pouvoir d'appréciation de l'Office AI. Il n'est pas cohérent de refuser un abattement supplémentaire d'au moins 10% (comparer avec TF 8C\_463/2015 du 14 septembre 2015 où 10% sont concédés par le TF du fait de la capacité de rendement limitée à 75%).

Avec un tel abattement de 10%, même selon le calcul le plus exigeant quant à la capacité de gain (temps de présence de 4 heures et perte de rendement de 30%), on arrive à une invalidité de 69,76% qu'il faut arrondir à 70% (33,6% diminués d'un dixième [3,36%], soit 30,24% de capacité de gain; ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3). Un degré de 70% d'invalidité (72% avec l'hypothèse de calcul fondée sur un temps de présence de 3,5 heures par jour) ouvre le droit à une rente entière de l'AI. Après examen complet du cas, il faut donc constater que la modification notable de l'état de santé du recourant n'a finalement pas de répercussion déterminante sur le taux d'invalidité susceptible de justifier une réduction de la rente entière.

**7.6** Par souci de complétude, il convient encore de relever qu'avant de décider la diminution, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2015, à trois quarts de rente de la rente entière touchée par le recourant depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999 (plus de 15 ans), l'intimé aurait encore dû se prononcer sur le caractère exigible ou non de la réadaptation par soi-même, en particulier du fait de l'absence d'emploi sur le marché du travail ordinaire depuis 1992 (ATF 141 V 5).

## **8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision de diminution de rente à trois quarts de rente datée des 14/23 janvier 2015 est annulée. Le droit du recourant à une rente entière de l'AI doit lui être (à nouveau) reconnu à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015 (date à laquelle la diminution

de la prestation statuée dans la décision litigieuse est effective [premier jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la présente décision, art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI] Il appartiendra à l'Office AI de procéder au calcul de cette rente et de la verser.

**8.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup>LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**8.3** Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représenté par une avocate, il a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 26 mai 2015, qui ne prête pas à discussion, 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, circulaire accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'019.65 (honoraires: Fr. 890.50; débours: Fr. 53.60; TVA: Fr. 75.55).

**8.4** La requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant devant le TA est devenue sans objet.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle réduit la rente entière allouée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999 à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2015. La rente entière doit donc être allouée au-delà du 28 février 2015. Le dossier sera retourné à l'intimé afin qu'il procède au calcul et au versement de la rente lorsque le présent jugement sera entré en force.
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. 1'019.65 (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, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).