

200.2016.1114.AI
N° AVS A. _____
BEP/BEJ

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

Jugement du 17 octobre 2018

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, 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 6 octobre 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1966, divorcé, père de trois enfants et vivant en couple, a exercé depuis 1986 conjointement les professions d'aide-maçon à raison d'un taux d'occupation de 80% et d'agriculteur indépendant. Le 29 juin 1998, l'assuré a fait une chute causant une déchirure ligamentaire au pouce droit ainsi qu'une contusion sous-scapulaire de l'épaule gauche. La Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a pris en charge le traitement médical de l'assuré, notamment les opérations de l'épaule des 15 septembre 1998 et 26 janvier 2004. Le 24 août 2004, l'assuré a été victime d'un second accident de travail, qui a causé des contusions dorsolombaires et des périarthropathies traumatiques de la hanche gauche. A nouveau, les frais découlant de cet accident ont été pris en charge par la Suva. Par décision du 9 mars 2006, confirmée par jugement du 14 novembre 2008 du Tribunal administratif du canton de Berne (TA; JTA LAA/2008/6417), la Suva a alloué à l'assuré une rente d'invalidité selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) de 17% à partir du 1^{er} décembre 2005 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité (AI) ouverte parallèlement à celle d'assurance-accidents, l'assuré a été déclaré inapte à reprendre son emploi d'aide-maçon et, par décision du 9 décembre 2005 de l'Office AI Berne, s'est vu octroyé rétroactivement au 1^{er} décembre 2004 une demi-rente AI sur la base d'un degré d'invalidité de 55%. Il a aussi bénéficié de différentes prestations de moyens auxiliaires accordées par l'Office AI Berne pour lui permettre de mécaniser sa ferme et de poursuivre ainsi son activité agricole.

B.

Par courrier adressé le 8 février 2014 à l'Office AI Berne, le médecin traitant de l'assuré a indiqué que son patient souffrait désormais également de son épaule droite et requis une aide de la part de l'AI afin de financer le

salaires d'un ouvrier agricole pour le second dans les travaux les plus lourds. L'Office AI Berne a traité ledit courrier en tant que demande de révision de rente et recueilli un avis du 5 août 2014 de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) ainsi qu'un rapport circonstancié du 7 septembre 2014 du généraliste traitant. Sur cette base, après avoir encore rassemblé les données économiques de l'exploitation agricole de l'assuré, suivant la recommandation du SMR du 31 octobre 2014, l'Office AI Berne a organisé une expertise médicale bidisciplinaire (médecine interne/rhumatologie et psychiatrie) de l'assuré. Les experts mandatés ont rendu leurs rapports en date du 4 mai 2015. Après avoir encore procédé à un entretien avec l'assuré le 30 novembre 2015 relatif à son exploitation agricole (rapport du Service des enquêtes de l'Office AI Berne [SE] du 23 février 2016), l'Office AI Berne, dans une préorientation du 4 mars 2016, a informé celui-ci qu'il entendait supprimer sa demi-rente d'invalidité, considérant que sur la base des pièces versées au dossier, son état de santé s'était amélioré, que le travail d'agriculteur était également exigible à temps complet et que son degré d'invalidité n'était plus que de 27%.

Nonobstant les objections présentées par l'assuré le 26 mars 2016 et complétées le 6 mai 2016, rapports respectifs des 16 et 29 avril 2016 de son généraliste et de son psychiatre traitants à l'appui, l'Office AI Berne, après avoir encore recueilli des prises de position du SE du 4/6 juillet 2016 et du SMR du 10 mai 2016, a rendu le 6 octobre 2016 une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 4 mars 2016, retirant en outre l'effet suspensif à un éventuel recours.

C.

Par acte du 14 novembre 2016, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a recouru auprès du TA contre la décision précitée du 6 octobre 2016. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à la continuation du droit à une demi-rente d'invalidité après le 31 octobre 2016 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouveau calcul de son degré d'invalidité sur cette base. Dans son mémoire de réponse du 4 janvier

2017, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 17 février 2017 et duplique du 14 mars 2017, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 6 avril 2017, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires et fait valoir, pièces à l'appui, une péjoration de l'état de santé de ce dernier après une agression subie le 7 mai 2016. Dans une prise de position du 28 avril 2017, l'intimé a maintenu son point de vue. Donnant suite à une ordonnance du juge instructeur du 1^{er} mai 2017, le recourant, par courrier du 22 mai, complété les 6 juin, 24 août et 29 septembre 2017, a exposé l'évolution de son état de santé ultérieure au 7 mai 2016, rapports médicaux à l'appui. Après avoir encore obtenu une prise de position détaillée de son SMR du 23 octobre 2017 sur les nouvelles pièces produites par le recourant, l'intimé, par prise de position du 27 octobre 2017, a maintenu ses conclusions. Dans sa prise de position du 21 novembre 2017, le recourant a contesté l'évaluation de son état de santé opérée par le SMR et le point de vue de l'intimé à cet égard; son mandataire a par ailleurs actualisé sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 6 octobre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce (en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours) la suppression de la demi-rente d'invalidité allouée au recourant depuis le 1^{er} décembre 2004. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite du versement d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, nouveau calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015, ainsi que les conclusions du SE dans son rapport du 23 février 2016 faisant suite à l'entretien du 30 novembre 2015 et celles du SMR dans son rapport du 10 mai 2016, sur lesquelles l'intimé s'est fondé

pour rendre la décision attaquée en retenant une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant.

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 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 15521]).

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 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). 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 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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).

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 LPGGA).

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 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 141 V 281 c. 3.7.1; 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). 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).

2.3 Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de

l'incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGGA). Il doit ainsi participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant au maintien de son emploi actuel, à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce, de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, de mesures d'ordre professionnel, de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal et de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinée aux bénéficiaires de rente (art. 7 al. 1 et 2 LAI). Est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé (art. 7a LAI).

2.4 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 LPGGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien 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. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. 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 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). 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).

2.5

2.5.1 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPGA).

2.5.2 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 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). 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). Lors de l'appréciation de prises de position médicales divergentes quant à la capacité de travail, il convient de tenir compte du fait qu'elles sont peut-être fondées sur des notions de maladie différentes. La notion bio-psycho-sociale de maladie (*Krankheitsmodell*) répandue en médecine est définie de façon plus large

que la notion d'atteinte à la santé juridiquement applicable en matière de droit des assurances sociales (ATF 127 V 294 c. 5a). Si les divergences reposent sur l'utilisation de notions de maladie différentes, il n'y a pas d'évaluations contradictoires au sens de l'ATF 125 V 351 c. 3a (SVR 2007 IV n° 33 c. 5.2).

2.5.3 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. Le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 140 V 543 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2).

2.5.4 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2).

3.

3.1 Dans sa décision contestée et ses mémoires de réponse et de duplicata, l'Office AI Berne a reconnu une entière valeur probante à

l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015, aux conclusions du rapport du SMR du 10 mai 2016 et au rapport du SE du 23 février 2016, ainsi qu'à la prise de position de ce dernier du 10 juillet 2016. Sur cette base, il a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'une capacité de travail entière était exigible en tant qu'agriculteur ou dans une activité légère adaptée.

3.2 Pour sa part, le recourant conteste la validité de l'expertise bidisciplinaire précitée, qu'il considère tout d'abord comme viciée sous l'angle formel, d'une part du fait que les deux experts en cause seraient systématiquement et très régulièrement mandatés par l'Office AI Berne et ne disposeraient dès lors plus de l'indépendance requise et, d'autre part, en raison des graves difficultés de compréhension dues à la langue, les deux experts étant alémaniques et le recourant, francophone, n'ayant pas été en mesure de se faire comprendre par ceux-ci. Il fait valoir qu'il n'est pas admissible que les expertisés de langue française ne soient pas examinés par des experts de langue française, car non seulement cela rend le rapport entre expert et expertisé très compliqué et sujet à des problèmes de compréhension, mais cela empêche aussi ensuite l'assuré de lire et de comprendre l'expertise rendue, ce qui est, d'après lui, totalement inadmissible.

3.3

3.3.1 A titre liminaire, il convient de préciser que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; ATF 139 V 349), les exigences formelles de droit de participation des assurés définies par l'ATF 137 V 210 pour les expertises pluridisciplinaires doivent être étendues à l'organisation des expertises mono- et bidisciplinaires. En l'espèce, il apparaît tout d'abord que le choix des experts (et des questions à leur poser) a fait l'objet d'un processus consensuel ou du moins impliquant la consultation/participation de la personne assurée (courrier de l'Office AI Berne au recourant du 6 novembre 2014; dossier [dos.] AI 96). Or, à réception du courrier de l'Office AI Berne mentionnant le nom des experts et les questions qui leur seraient posées, ainsi que des convocations respectives des deux experts (dos. AI 98 et 99), le recourant n'a nullement réagi. Il ne s'est pas non plus exprimé immédiatement après les examens auxquels les experts ont

procédé. A cet égard, les règles de la bonne foi impliquent que la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible, après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (ATF 138 V 271 c. 1.1). En l'occurrence, même si les experts consultés, spécialistes établis à leur compte, se sont vu attribuer régulièrement des mandats par l'intimé, notamment pour des assurés de langue française (voir la liste des experts publiée sur le site internet de l'intimé: www.aibe.ch/fr, rubriques «Médecins», «Experts externes»), ce fait ne saurait, à lui seul, conduire à la reconnaissance de la partialité de leur rapport d'expertise (SVR 2009 UV n° 32 c. 6.2, 2008 IV n° 22 c. 2.4; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4, I 371/06 du 1^{er} septembre 2006 c. 5.3.2; RAMA 1999 p. 193 c. 3a/bb). Il ne faut en effet pas perdre de vue que la réalisation d'un tel mandat n'entre pas dans la sphère de compétence de n'importe quel médecin. Bien au contraire, la mise sur pied, le déroulement et la rédaction d'un rapport d'expertise sont soumis à des règles strictes, qui imposent aux médecins sollicités de disposer de connaissances particulières et, partant, d'acquérir une certaine spécialisation dans ce domaine médical également. Une administration de preuve visant à connaître le nombre et la proportion des mandats confiés à l'expert concerné par l'intimé ne fournirait aucun résultat susceptible d'influer sur le sort de la présente procédure (JTA 2016/933/AI du 8 février 2018, c. 5.1.1).

3.3.2 Quant aux critiques émises par le recourant relatives à la langue des experts, on soulignera que la jurisprudence a considéré que si la personne assurée entendait faire valoir, en procédure d'instruction en matière d'AI, un droit à l'exécution d'examens médicaux dans sa langue maternelle, il lui appartenait de le faire valoir en temps voulu auprès de l'organe compétent (SVR 2005 IV n° 12 = TF I 245/00 du 30 décembre 2003 c. 4.1.1 et références citées). En tout état de cause, un éventuel grief relatif au choix des experts ou à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade de la préorientation adressée par l'Office AI à la personne assurée, s'avère douteux si la personne a donné suite sans réserve à la convocation régulière d'un expert et n'a formulé aucune remarque au sujet du déroulement de l'expertise ou de la langue du rapport immédiatement après que l'expertise ait été effectuée et avant d'en connaître le résultat (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1.1). Par ailleurs,

le seul fait que les rapports d'expertise aient été rédigés en allemand ne saurait mettre en doute la valeur probante de ladite expertise, ce d'autant plus que le recourant est représenté en procédure par un mandataire professionnel maîtrisant l'allemand. Il est aussi patent, au vu de la formulation de son recours et de l'argumentation juridique avancée, que le mandataire du recourant a très bien compris le contenu des rapports de l'expertise bidisciplinaire en cause. Au surplus, il ne ressort pas des rapports du 4 mai 2015 des deux experts que des difficultés linguistiques soient survenues lors des examens personnels du recourant; au contraire, à la lecture des deux rapports, on relève que les experts ont très bien compris les plaintes exprimées par leur patient et les ont prises en compte dans leur évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail.

3.3.3 Cela étant, il serait dès lors en tous les cas contraire au principe d'économie de procédure d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle expertise pour ces seules raisons formelles, dans la mesure où la force probante de l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 n'en est nullement affectée. Il faut donc retenir que l'intimé s'est conformé à la garantie constitutionnelle de non-discrimination du fait notamment de la langue et de liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]).

4.

En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'examiner, dans un premier stade, si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la date de la décision rendue le 9 décembre 2005 (dernière fixation de la rente fondée sur un examen complet de l'état de santé du recourant: ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2), ayant alloué au recourant une demi-rente rétroactive au 1^{er} décembre 2004, et la décision litigieuse du 6 octobre 2016 (voir aussi c. 2.4 ci-dessus).

4.1 Le recourant soulève des griefs matériels à l'encontre de l'expertise bidisciplinaire en cause. Il fait valoir en substance que l'appréciation des

experts, selon laquelle la situation médicale s'était améliorée depuis 2004, n'était pas soutenable ni actuelle, dans la mesure où elle ne tiendrait pas compte des multiples atteintes à sa santé. Il invoque qu'après avoir été vu par les experts, mais avant que la décision contestée du 6 octobre 2016 soit rendue, son état de santé s'était encore aggravé. Il précise d'une part être suivi sur le plan psychiatrique depuis le 7 janvier 2016 par son psychiatre traitant, qui a mis en place un traitement antidépresseur et anxiolytique, et qui, dans son courrier adressé le 29 avril 2016 à l'intimé, avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (ch. F32.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), tout en indiquant que la capacité de travail résiduelle d'un point de vue psychiatrique était de 50% au maximum. Le recourant se réfère aussi au rapport du même praticien du 4 novembre 2016, qu'il produit et dans lequel le psychiatre traitant indique que son patient présente depuis la fin de l'année 2015 une symptomatologie complète d'un épisode dépressif de degré moyen et conteste l'appréciation du SMR dans son rapport du 10 mai 2015 (dos. AI 129/4); le psychiatre traitant est d'avis qu'à l'heure actuelle, du point de vue psychiatrique, il n'était absolument pas possible d'intégrer l'état dépressif et anxieux du patient dans le diagnostic du SMR de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10) en se basant sur l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015. D'après le recourant, il serait dès lors établi que, depuis avril 2015, son état de santé psychique s'était aggravé et qu'il ne serait dès lors pas admissible de retenir qu'il ne présenterait aucune atteinte à sa capacité de travail. Il souligne aussi avoir séjourné en mars 2016 à la clinique de réadaptation C. _____ sur recommandation de son médecin généraliste traitant de l'époque, qui indiquait dans la demande d'admission du 24 janvier 2016 (dos. AI 121/3) que son patient souffrait de polyalgies musculo-squelettiques de causes multifactorielles (notamment trouble dissociatif, troubles dégénératifs), d'une légère décompensation de la gonarthrose surtout à droite, de dysbalance musculaire (surtout raccourcissement des quadriceps) et d'un trouble dépressif secondaire. Le recourant se prévaut encore d'un rapport du 16 avril 2016 (dos. AI 121/1) rédigé par son généraliste traitant en réaction à l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015, dans lequel le praticien s'offusque en substance du fait que

son hypothèse de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) remontant à l'accident de 1998 et de trouble dissociatif qui y serait lié ne soit pas prise en compte par les experts. D'autre part, le recourant fait encore valoir une dégradation de son état de santé à la suite d'une agression subie le 7 mai 2016, lors de laquelle il a été frappé au visage et a eu le nez cassé. Rapports médicaux à l'appui, il allègue souffrir depuis lors notamment de violentes céphalées qui le contraignent de faire une pause de plusieurs heures à midi et de consommer un nombre important de médicaments.

4.2

Face aux griefs du recourant, il convient d'examiner la pertinence des constatations et des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015.

4.2.1 Les experts ont diagnostiqué, en tant qu'atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail, une périarthropathie huméroscapulaire des deux côtés. Comme diagnostics sans répercussion durable sur la capacité de travail, ils mentionnent principalement un trouble somatoforme douloureux persistant (ch. F45.4 CIM-10), un status après réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10), des problèmes financiers et professionnels (ch. Z59/Z56 CIM-10), une polyarthrose des doigts, une hyperostose squelettique idiopathique diffuse, une gluconéogenèse perturbée, une hypertension artérielle et une apnée du sommeil. Dans leur évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail, ils déclarent que d'un point de vue purement somatique et rhumatologique, l'assuré est en incapacité de travail totale depuis 2004 dans son ancienne activité d'ouvrier dans la construction. Ils estiment par contre que dans l'activité indépendante d'agriculteur exercée par le patient depuis 1987, aucune incapacité de travail durable ne peut être retenue, hormis les incapacités temporaires respectives de quatre mois après chacune des deux opérations successives de l'épaule gauche et celles induites par les accidents subis par l'assuré, dont quatre semaines après l'accident d'août 2004. Par ailleurs, dans une activité adaptée qui, d'après les experts médicaux, implique un lieu de travail tempéré et des travaux corporels légers à moyennement lourds en position variée alternée (assise, debout et en marchant), respectant l'ergonomie du dos et ne nécessitant pas

l'utilisation des mains à une hauteur supérieure à celle des yeux, ni le port de charges de plus de 25 à 30 kg, aucune incapacité de travail durable ne pourrait être admise à aucun moment. Ils précisent encore qu'aucune limitation de la capacité de travail n'avait jamais existé chez l'assuré pour des motifs psychiatriques ou psychosomatiques.

4.2.2 Sur le plan psychique, se basant sur l'ensemble des avis médicaux antérieurs figurant au dossier, sur l'anamnèse ainsi que l'examen personnel du patient, l'expert psychiatre constate l'absence de tout diagnostic influençant durablement la capacité de travail. Il précise qu'au vu du parcours professionnel et personnel de l'assuré, le trouble de l'adaptation déjà diagnostiqué en 2004 est compréhensible, mais que par la suite, malgré la crise survenue en 2008 après la séparation d'avec son épouse, l'évolution de la situation ne permet pas de retenir l'apparition d'un épisode dépressif, dont les symptômes ne sont pas présents. D'après l'expert, le trouble de l'adaptation se serait résorbé, surtout depuis que l'assuré avait fait la connaissance de sa nouvelle compagne. L'expert conclut aussi qu'un traitement psychiatrique ne serait pas nécessaire, mais relève la présence de facteurs défavorables, eu égard à la situation financière difficile de l'assuré résultant de l'abandon de son travail dans la construction, de son divorce et des perspectives économiques difficiles dans l'agriculture. L'expert diagnostique néanmoins chez le patient un trouble somatoforme douloureux (TSD) persistant, consécutif aux deux accidents subis et aux lésions scapulaires chroniques qui en résultent; le praticien reconnaît dès lors une origine somatique partielle du TSD en question, tout en relevant une aggravation d'ordre psychosomatique, le patient étant fixé sur ses douleurs, émettant des craintes hypocondriaques et subissant une expansion de ses douleurs. Cependant, l'expert est d'avis que le TSD diagnostiqué n'entraîne pas d'incapacité de travail chez l'expertisé, et ce malgré la chronicisation des atteintes somatiques rhumatologiques diagnostiquées, car aucune comorbidité psychiatrique n'est présente, l'intégration sociale du patient est préservée et sa structure de personnalité antérieure aux atteintes somatiques ne présente pas de particularités. L'expert pose aussi un pronostic favorable quant à l'évolution psychique.

4.2.3 Sur le plan rhumatologique et de médecine interne, après avoir exposé en détail l'anamnèse du patient sur les plans médical, systématique, personnel, familial et social, puis relaté les nombreux documents médicaux figurant au dossier, l'expert expose les plaintes formulées par l'assuré lors des différentes phases de l'examen personnel et décrit ces dernières de manière circonstanciée, en particulier pour ce qui concerne la mobilité des différentes parties du corps. Se référant notamment à divers rapports médicaux antérieurs à la décision de l'intimé du 9 décembre 2005 allouant une demi-rente au recourant, il relève notamment qu'à la suite de la première opération de l'épaule gauche subie le 15 septembre 1998, l'assuré avait à nouveau été en mesure de vaquer pleinement à ses deux activités professionnelles dans la construction et l'agriculture, et qu'il en avait été de même encore pendant plusieurs mois après la seconde opération du 26 janvier 2004, à la suite de quoi il avait développé progressivement des troubles de sensibilité et des pertes de force au bras gauche, dont l'évolution s'était aggravée et étendue pour aboutir à une périarthropathie huméroscapulaire des deux côtés, influençant durablement la capacité de travail. L'expert indique que par rapport à la situation prévalant lors de la décision de rente du 9 décembre 2005, au vu de ses propres constatations lors de l'examen personnel de l'assuré et du dossier médical, une amélioration de l'état de santé doit être admise, dans le sens que la mobilité de l'épaule gauche s'est accrue et qu'aucune hypotrophie musculaire du deltoïde et des muscles infra- et supraépineux ne peut plus être objectivée. A l'appui de ce constat, il relate les nombreux avis médicaux au dossier ultérieurs à la décision du 9 décembre 2005 et analyse en particulier le rapport le plus récent à cette époque du généraliste traitant du 7 septembre 2014 (dos. AI 93), qui atteste à l'assuré une incapacité de travail de 60% en tant qu'agriculteur. L'expert déclare qu'au vu de ses propres constatations médicales, il ne peut confirmer cette appréciation et que, selon lui, d'un point de vue somatique et rhumatologique, le contenu du rapport du généraliste ne saurait fonder une évaluation de la capacité de travail différente de la sienne, à savoir une incapacité totale en tant qu'ouvrier dans la construction, mais une pleine capacité comme agriculteur ou dans une autre activité légère adaptée.

4.2.4 Certes, l'expertise du 4 mai 2015 a été élaborée sous l'empire de l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant d'un TSD ou d'atteintes assimilées, fondée sur une présomption du caractère surmontable des troubles en question. Par l'ATF 141 V 281, le TF a abandonné cette pratique fondée sur le modèle règle/exception et l'a remplacée par une grille d'évaluation normative et structurée se basant sur un catalogue d'indicateurs (au niveau de la gravité et de la cohérence notamment) qui rassemble les éléments essentiels propres aux conséquences fonctionnelles des troubles de nature psychosomatique. Cette nouvelle jurisprudence, dont il y a lieu de tenir compte déjà pour les cas pendants au moment où elle a été rendue (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3), ne modifie néanmoins en rien l'exigence légale voulant que l'incapacité de gain ne peut entraîner une invalidité que si elle est objectivement insurmontable (ATF 141 V 281 c. 3.7; TF 8C_255/2015 du 22 octobre 2015 c. 3.2). En l'espèce, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante; dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 210 c. 6). En effet, les deux rapports d'expertises du 4 mai 2015 mettent l'accent sur les limitations et les ressources du recourant dans sa vie et ses activités quotidiennes, notamment dans son exploitation agricole. Ils permettent tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. Au niveau des diagnostics psychiques et de leur évaluation, l'expert psychiatre a retenu un TSD (ch. F45.4 CIM-10), un status après trouble de l'adaptation (ch. F43.21 CIM-10) et des problèmes financiers et professionnels, tous sans influence sur la capacité de travail. L'appréciation d'absence de répercussion sur la capacité de travail du TSD et des traits de personnalité à laquelle aboutit l'expert psychiatre selon l'ancienne jurisprudence est clairement décrite par l'évolution personnelle du patient avant son premier accident, survenu le 29 juin 1998, puis entre cet événement et le second accident du 24 août 2004, et encore ultérieurement jusqu'à la date de l'expertise. Dans leurs rapports respectifs, les deux experts exposent de manière éloquentes les

raisons pour lesquelles la capacité de travail du recourant s'est améliorée et ne se trouve plus affectée dans une activité adaptée, ni dans son activité d'agriculteur.

4.2.5 Cela étant, force est de constater que les experts en médecine interne/rhumatologie et en psychiatrie désignés par l'intimé, chacun dans son rapport spécialisé et dans leur évaluation commune, ont rendu leurs conclusions en s'appuyant sur le résultat des examens personnels de l'assuré et en tenant compte de ses plaintes subjectives, de son anamnèse détaillée (personnelle, sociale, professionnelle et médicale) et des documents au dossier de la cause, en particulier des attestations et rapports des médecins traitants du recourant. Ces résultats ont été arrêtés en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées. D'un point de vue formel, l'expertise bidisciplinaire répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir ci-dessus c. 2.5.2). Sur le plan matériel, elle est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes, et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut dès lors lui être reconnue.

4.2.6 En conséquence, il faut reconnaître qu'à la date où l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 a été effectuée, le recourant disposait bien d'une pleine capacité de travail en tant qu'agriculteur ou dans une activité légère adaptée, telle que les experts l'ont décrite (voir ci-dessus c. 4.2.1).

5.

5.1 Cela étant, au vu de l'évolution ultérieure telle qu'elle ressort de l'ensemble du dossier et des nombreux rapports médicaux produits en cours de procédure, il n'apparaît néanmoins nullement établi, selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation de l'état de

fait et des preuves généralement applicable en droit des assurances sociales; voir ci-dessus c. 2.5.4), que l'amélioration de l'état de santé et la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, constatées par les experts le 4 mai 2015, aient perduré jusqu'au 6 octobre 2016, date à laquelle la décision de suppression de la demi-rente d'invalidité contestée a été rendue et qui est déterminante en l'occurrence (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

5.2 Au cours de la présente procédure de recours de droit administratif, le recourant a produit un certain nombre de rapports médicaux concernant l'évolution de son état de santé postérieure à l'agression qu'il a subie le 7 mai 2016, dont les principaux d'entre eux sont exposés ci-dessous. Certes, ces avis médicaux ont été émis après la décision litigieuse du 6 octobre 2016, et d'après la jurisprudence, les faits survenus postérieurement à la décision contestée, et qui ont modifié la situation qui prévalait lorsqu'elle a été rendue, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1); en principe, il ne peut dès lors pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision contestée, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Or, tel est précisément le cas en l'occurrence, comme on va le voir ci-dessous. Les praticiens se sont prononcés sur l'état de santé de leur patient et son évolution antérieure à la décision du 6 octobre 2016, touchant la période ici déterminante entre l'expertise du 4 mai 2015 et cette dernière.

5.3

5.3.1 Dans son rapport du 3 mai 2017 (dos. recourant [rec.] 11), le nouveau médecin généraliste traitant le recourant constate que le coup violent au niveau de la face que son patient a reçu le 7 mai 2016 a entraîné une hémorragie nasale immédiate, ainsi qu'une perte de connaissance de quelques minutes, et qu'il souffre depuis d'une anosmie, de douleurs hémicrâniennes à droite, d'une baisse de la vision, d'acouphènes et de troubles de l'équilibre avec des vertiges ayant entraîné des chutes. Il souligne que la perte de poids du patient depuis l'agression est de 15 kg, qu'un scanner effectué le 23 décembre 2016 objective une fracture des os

propres du nez et qu'un bilan neuropsychique a été prescrit afin d'évaluer les troubles cognitifs persistants. Il renvoie en outre aux évaluations effectuées par divers spécialistes.

5.3.2 Dans un rapport adressé le 10 février 2017 à un neuropsychologue hospitalier par la neurologue consultée par le recourant (dos. rec. 14), cette dernière demande que son patient soit convoqué pour un bilan neuropsychologique complet dans le cadre d'un syndrome post-traumatique. Elle déclare que celui-ci a subi le 7 mai 2016 un traumatisme crânien suivi d'une perte de connaissance de quelques secondes et d'une amnésie circonstancielle de quelques minutes, compliqué par une contusion de la voûte crânienne fronto-temporale droite ainsi que par une fracture du nez. Elle ajoute que le patient a développé par la suite des douleurs névralgiques frontales droites sous forme de lancées et de sensations de brûlures, entravant son sommeil et ses activités de la vie quotidiennes. Elle précise que ses douleurs sont aggravées par les déplacements en voiture ou en machine agricole par les vibrations occasionnées et que le patient est actuellement obligé de dormir avec un ventilateur dirigé sur son visage afin de trouver un apaisement au niveau des brûlures frontales. La neurologue indique que le patient développe également à la suite de cet accident une fatigue générale intense, une fatigabilité cognitive, des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'un besoin accru de sommeil durant la journée, et qu'il présente de grandes difficultés à organiser ses journées, oublie fréquemment ses rendez-vous et se sent extrêmement épuisé dès qu'il effectue un travail intellectuel ou physique.

5.3.3 Le rapport adressé le 28 février 2017 au médecin généraliste traitant par le service des urgences de l'Hôpital D. _____; dos. rec. 13) diagnostique un malaise dans un contexte probable de stress post-traumatique et indique que l'assuré a consulté ledit service en date du 28 février 2017 après un épisode de malaise avec sensation soudaine de perte de force alors qu'il travaillait dans un champ. Dans leur anamnèse, les urgentistes relatent notamment que lors de cet épisode, le patient s'est adossé à un poteau, puis a voulu traverser la route et s'est couché sur le côté de la route en raison d'une non-amélioration des symptômes, et qu'il

ne sait pas s'il a perdu connaissance, ni combien de temps il est resté couché avant d'être transporté en ambulance à l'hôpital. Ils ajoutent que des symptômes similaires étaient apparus pour la première fois deux mois plus tôt. Les médecins relèvent une impression soudaine de perte de force depuis deux mois, qui survient la plupart du temps lors d'un changement rapide de position, des céphalées frontales et une baisse de la vision présentes depuis le traumatisme du 7 mai 2016, des acouphènes occasionnels depuis quelques semaines avec impression d'une perte de l'audition, ainsi que des douleurs importantes à l'épaule et au bras droits avec manque de force du membre supérieur droit.

5.3.4 Le 2 mai 2017, le recourant a consulté un spécialiste en orthopédie et traumatologie, médecin-chef du service de chirurgie du site de E. _____ de l'Hôpital D. _____. Dans son rapport du même jour adressé au généraliste traitant (dos. rec. 18), celui-ci diagnostique une épaule pseudo-paralytique du membre supérieur gauche sur probable lésion complète de la coiffe des rotateurs et une parésie du membre supérieur gauche dans le territoire du nerf ulnaire à gauche, en relevant les antécédents de status post-suture de coiffe du supra-épineux de l'épaule gauche par voie ouverte en 1998, status post-arthroscopie de l'épaule gauche avec ténodèse du long chef du biceps en 2004 et embolie pulmonaire en 2004. Le spécialiste constate une péjoration de la situation à la suite de l'altercation du 7 mai 2016, provoquant un traumatisme crânio-cérébral (TCC) et un mouvement traumatique d'hypertraction du membre supérieur gauche, qui a eu pour conséquence l'apparition d'une épaule pseudo-paralytique à gauche. Il précise que son patient décrit de façon objective et subjective une péjoration de la situation avec une épaule qu'il n'arrive plus à bouger de façon spontanée, des douleurs au moignon de l'épaule ainsi que des parésies persistantes de la main avec impossibilité à serrer, faire le poing et écarter les doigts. Dans son examen clinique, le praticien retient des séquelles chirurgicales du membre supérieur avec atrophie du deltoïde et de la loge supra-épineuse à gauche, une hypoesthésie au niveau du moignon de l'épaule, de la face antérieure du deltoïde, une parésie à la flexion et à l'écartement des doigts et une faiblesse au mouvement de pince qui est impossible. Dans son appréciation, il est d'avis que la situation de l'assuré est assez complexe,

avec à son sens une péjoration de la situation suite au traumatisme survenu en mai 2016, avec à ce jour une épaule pseudo-paralytique.

5.3.5 Le 9 mai 2017, le recourant a par ailleurs consulté un spécialiste en neurologie du site de E._____ de l'Hôpital D._____. Dans son rapport du même jour (dos. rec. 19), ce dernier reprend les diagnostics posés par son confrère spécialiste en orthopédie et traumatologie (voir ci-dessus c. 5.3.4). L'anamnèse posée converge également avec les constatations de celui-ci, le praticien relevant actuellement une mobilité limitée de l'épaule gauche en raison des douleurs et parésie du bras avec une faiblesse de la flexion ainsi que de l'extension et de l'écartement des doigts, une faiblesse avec atrophie et douleurs importantes à l'abduction du membre supérieur gauche et une parésie de la flexion du coude, ainsi qu'une hypoesthésie au niveau du moignon de l'épaule et légèrement dans les doigts. Il indique cependant une force conservée à l'extension du coude gauche. L'examen électro-neuromyographique effectué par le spécialiste ne met pas en évidence de pathologie du nerf ulnaire, ni de signe d'une lésion du plexus brachial ou d'autres lésions nerveuses qui pourraient expliquer les déficits moteurs, ce qui, d'après le praticien, n'exclut pas une aggravation des déficits musculaires due aux douleurs actuellement très importantes qu'il constate.

5.3.6 Le 26 mai 2017, un institut de radiologie a procédé à un examen par résonance magnétique de la colonne vertébrale cervicale du recourant en vue de rechercher une discopathie ou une myélopathie, qui a mis en évidence des phénomènes de cervicarthrose avec discopathies surtout marquée au niveau C3-C4, avec retentissement foraminaux à droite (rapport du 26 mai 2017, dos. rec. 21).

5.3.7 Le 23 mai 2017, le recourant a subi un examen neuropsychologique auprès de l'unité de neuropsychologie et logopédie de l'hôpital F._____. Dans leur rapport du 1^{er} juin 2016 (dos. rec. 22), les neuropsychologues indiquent qu'un an après le TCC décrit, l'examen détaillé met en évidence des troubles attentionnels modérés à sévères aux plans qualitatif (erreurs) et quantitatif (ralentissement) sur les dimensions d'intensité (attention soutenue) et de sélectivité (attention divisée). Ils sont notamment d'avis que la vitesse de traitement est dans la norme supérieure et que s'y

associe un déficit mnésique modéré en modalité verbale pour du matériel sériel, que l'empan verbal est dans la moyenne chez un patient orienté au sens large, mais que les fonctions exécutives se situent entre la norme inférieure (mémoire de travail) et la norme (incitation, flexibilité mentale, contrôle inhibiteur). Ils concluent que la symptomatologie relevée et les plaintes subjectives sont compatibles avec des séquelles post-traumatiques, avec également la probable participation d'une composante thymique, et que ces éléments correspondent à un trouble neuropsychologique d'intensité moyenne susceptible de limiter fortement la capacité fonctionnelle dans le travail ou lors de tâches requérant un niveau d'exigences élevé.

5.3.8 Le 8 août 2017, un examen de la capacité de rendement cognitive du recourant a encore été effectué auprès du service de neurologie du G._____. Dans leur rapport du même jour, les spécialistes ont confirmé l'existence d'un trouble cognitif de gravité moyenne consécutif au TCC subi en mai 2016. Dans leur évaluation, ils situent l'origine de ce trouble dans l'interaction du TCC avec des facteurs psychologiques dans le cadre d'une atteinte dépressive comprenant des symptômes d'angoisse. Ils relèvent que la capacité de rendement du patient au quotidien est nettement diminuée, eu égard à la plupart des exigences au niveau professionnel. Ils concluent aussi à un syndrome dépressif de gravité moyenne nécessitant un traitement et à une péjoration de l'état de santé psychique au cours des mois ayant précédé leur examen.

5.4 Par ordonnance du 2 octobre 2017, le juge instructeur a invité l'Office AI Berne à s'exprimer sur l'ensemble des avis médicaux produits par le recourant, après avoir soumis le cas à son SMR. Dans sa prise de position du 27 octobre 2017, l'intimé a produit un rapport du SMR du 23 octobre 2017. S'y référant, l'intimé allègue que l'événement du 7 mai 2016, dont le recourant a été victime, n'a pas mené à une aggravation de l'état de santé avec une répercussion durable sur la capacité de travail du recourant au moins jusqu'au moment où la décision attaquée du 6 octobre 2016 a été rendue, et que dans ce contexte, il incombe au recourant de décider s'il souhaite déposer une nouvelle demande de prestations pour la période ultérieure au 6 octobre 2016. A l'appui, l'intimé indique en

substance que le SMR a conclu que l'agression subie le 7 mai 2016 n'a pas provoqué d'incapacité de travail permanente jusqu'au moment où la décision du 6 octobre 2016 a été rendue et qu'aucune indication médicale n'expliquerait une telle détérioration de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail. Il ajoute que le SMR précise qu'aucune constatation objective ne permet de conclure à une atteinte cognitive au niveau cérébral et que les plaintes somatiques émises par le recourant, à savoir la fatigue, le sommeil perturbé, la force diminuée, le trouble de la sensibilité au niveau du bras gauche, les douleurs aux épaules ainsi que les maux de tête sont purement subjectives et ne peuvent être à la source d'une détérioration de l'état de santé menant à une baisse de la capacité de travail entre le 7 mai et le 6 octobre 2016. Eu égard à ses constatations, le SMR estime par ailleurs qu'aucune mesure d'instruction médicale n'est nécessaire.

5.5 Au vu du dossier, le point de vue de l'intimé ne peut être partagé. En effet, en comparant les constatations médicales et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 avec le contenu des rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure, l'actualité de l'évaluation du cas du recourant par les experts au moment où la décision litigieuse a été rendue 17 mois plus tard apparaît fortement mise en doute, en particulier quant aux diagnostics posés, qui ne se recoupent plus entièrement avec ceux des experts et laissent soupçonner une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la situation qui prévalait à la date de l'expertise. Il en va de même de l'influence des atteintes à la santé évoquées sur la capacité de travail du recourant à la date de la décision contestée. Sur ce point, au vu des diagnostics émanant des nouveaux rapports médicaux produits, l'avis de l'intimé et de son SMR excluant d'emblée toute péjoration durable de la capacité de travail de l'assuré entre le 7 mai et le 6 octobre 2016 ne convainc pas, en l'état du dossier. A cet égard, quant aux rapports du SMR, on rappellera que d'après la jurisprudence, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (SVR 2017 IV n° 13 c. 3, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas

d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

En l'occurrence, si le spécialiste en médecine interne du SMR, dans sa prise de position du 23 octobre 2017, cite bien en détail tous les rapports médicaux ultérieurs à mars 2016 produits par le recourant, il s'est prononcé sans avoir examiné personnellement le recourant. Pour cette raison déjà, la force probante de sa prise de position s'avère sujette à caution, d'autant plus qu'il conclut en substance, sans examen personnel du patient, à l'absence d'indices pouvant expliquer médicalement une détérioration de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré entre l'événement du 7 mai 2016 et la décision contestée du 6 octobre 2016 et se contente de souligner le caractère subjectif de la plupart des plaintes du patient. Bien plus, dans son appréciation, le médecin du SMR passe complètement sous silence les diagnostics et constatations du spécialiste en orthopédie et traumatologie consulté par l'assuré le 2 mai 2017 (voir ci-dessus c. 5.3.4), quand bien même il cite ledit rapport dans sa chronologie introductive. Or, le diagnostic principal posé par ce spécialiste, à savoir une épaule pseudo-paralytique du membre supérieur gauche sur probable lésion complète de la coiffe des rotateurs et une parésie du membre supérieur gauche dans le territoire du nerf ulnaire à gauche, diffère de celui de périarthropathie huméroscapulaire retenu par l'expert rhumatologue dans l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 et laisse soupçonner une péjoration depuis la situation appréciée par les experts. Dans son rapport du 2 mai 2017, le spécialiste déclare par ailleurs expressément que la situation s'est péjorée en 2016 suite à l'altercation survenue avec un inconnu, provoquant un TCC

et un mouvement traumatique d'hypertraction du membre supérieur gauche, et que le patient décrivait une épaule pseudo-paralytique à gauche depuis cet accident. En particulier, il n'avait jusqu'alors jamais été question d'un TCC, ni d'une lésion complète de la coiffe des rotateurs. A n'en pas douter, de telles atteintes ont un effet certain, qui peut être durable, sur la capacité de travail d'un agriculteur et sur l'exigibilité du profil d'activité décrit par l'expertise du 4 mai 2015 (voir ci-dessus c. 4.2.1). Par ailleurs, du point de vue neurologique et neuropsychologique, le médecin du SMR indique en résumé qu'aucune certitude quant à l'authenticité des déficits cognitifs ne découle du rapport du 1^{er} juin 2016 de l'unité de neuropsychologie et logopédie de l'hôpital F._____ (voir ci-dessus c. 5.3.7), notamment en raison d'une étiologie dépressive. Il n'en demeure pas moins que dans leur rapport du 1^{er} juin 2016, les spécialistes en question ont clairement diagnostiqué un trouble neuropsychologique d'intensité moyenne et déclaré que la symptomatologie relevée et les plaintes subjectives du patient étaient compatibles avec des séquelles post-traumatiques, en relation avec le TCC subi le 7 mai 2016. Quant à la stabilité de l'état de santé psychique du recourant entre l'expertise du 4 mai 2015 et la décision attaquée du 6 octobre 2016, elle est également contestée par le psychiatre traitant, qui a diagnostiqué dans son rapport du 29 avril 2016 (dos. AI 123) un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (ch. F32.11 CIM-10).

5.6 Il s'ensuit que si l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 établissait bien une amélioration, à ce moment-là, de la capacité de travail et de gain du recourant susceptible d'influencer son droit à une rente d'invalidité, son état de santé pourrait s'être à nouveau détérioré dans une mesure déterminante avant que la décision litigieuse du 6 octobre 2016 soit rendue. A cet égard, la conclusion du SMR du 23 octobre 2017, selon laquelle il n'y aurait pas de péjoration médicalement attestée de l'état de santé du recourant influençant sa capacité de travail pendant la période allant du 7 mai 2016 jusqu'à la décision contestée, ne peut manifestement pas être suivie. En tous les cas, force est de reconnaître que l'amélioration durable de l'état de santé et de la capacité de gain du recourant perdurant encore à la date de la décision en cause n'est pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante.

Par ailleurs, il faut souligner que l'examen des différents rapports médicaux versés au dossier ne permet pas d'apprécier de façon globale (somatique et psychique) la situation actualisée du recourant au 6 octobre 2016, ainsi que les répercussions éventuelles sur la capacité de travail pendant toute la période considérée. En effet, les rapports produits par le recourant en cours de procédure ne se prononcent pas sur la capacité de travail du patient, ni ne permettent de tirer de conclusions précises quant à la chronologie exacte de l'évolution de l'état de santé depuis l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 jusqu'à la décision du 6 octobre 2016.

6.

6.1 En conséquence, il faut conclure qu'au vu du dossier, l'état de santé du recourant, son évolution et ses répercussions sur sa capacité de travail et de gain en date du 6 octobre 2016, lorsque la décision litigieuse a été rendue, ne sont pas suffisamment établis pour se prononcer en pleine connaissance de cause sur la justification d'une révision de la demi-rente d'invalidité du recourant au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il convient dès lors d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à des investigations complémentaires sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail et de gain du recourant postérieurement à l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015. A cette fin, il est loisible à l'intimé de poser des questions complémentaires aux experts ayant réalisé l'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2015 ou, le cas échéant, de procéder à une nouvelle expertise bi- ou multidisciplinaire. En tous les cas, il s'impose de procéder à un examen approfondi de toutes les atteintes subies par le recourant à différents niveaux, de leur évolution respective dans le temps et de leurs répercussions concrètes sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituel d'agriculteur, ainsi que dans une autre activité encore exigible. Ce n'est qu'après avoir procédé à cette instruction supplémentaire approfondie de la cause que l'intimé sera en mesure de se prononcer sur la justification éventuelle d'une suppression ou d'une adaptation de la demi-rente d'invalidité du recourant et, le cas échéant, de rendre une nouvelle décision à cet égard.

6.2 Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par le recourant quant aux rapports d'enquêtes agricoles du SE de l'intimé et concernant les revenus hypothétiques sans et avec invalidité pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus en vue de déterminer le degré d'invalidité. De même, une audition du recourant, telle que requise comme moyen de preuve par ce dernier, ne s'avère pas nécessaire.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue par l'Office AI Berne le 6 octobre 2016 est annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé en vue de procéder à l'instruction complémentaire exposée ci-dessus et, au cas où il conclurait à une justification d'une révision de la demi-rente du recourant, de rendre une nouvelle décision.

7.2 Les frais de la présente procédure de recours de droit administratif, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui est restituée.

7.3 Il existe une prétention à l'indemnité de dépens selon le droit fédéral lorsque la procédure se termine par l'annulation de la décision querellée et le renvoi à l'administration en vue d'autres investigations et nouvelle décision. En effet, dans un tel cas, la situation juridique de la partie recourante s'avère plus favorable qu'à l'issue de la procédure administrative antérieure (ATF 137 V 57 c. 2.1). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 21 novembre 2017, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité au-dessus de la moyenne de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique

du TA, ceux-ci sont fixés à Fr. 9'582.30 (honoraires: Fr. 8'370.-; débours: Fr. 502.50; TVA: Fr. 709.80) et mis à la charge de l'intimé.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, le cas échéant, nouvelle décision.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 9'582.30 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).