

NE_GERICHTE CDP.2017.79 vom 24. März 2015

NE Tribunal cantonal, 2015-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2017.79_d20150324

FR: NE_GERICHTE CDP.2017.79 du 24 mars 2015

IT: NE_GERICHTE CDP.2017.79 del 24 marzo 2015

Regeste

Suppression d'une demi-rente d'invalidité. Prise en considération rapports de stage professionnel. Fiabilité de l'avis du SMR.

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) En vertu de l'article 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être modifiée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 cons. 3, 130 V 343 cons. 3.5; arrêt du TF du 29.03.2010 [9C_765/2009] cons. 2). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 141 V 9 cons. 2.3). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 cons. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 cons. 2.3). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre surtout économique, il y a lieu d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 cons. 4; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2). En matière d'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 s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées). Dans ce contexte, les rapports de médecins du SMR (art. 59 al. 2bis LAI ; 49 al. 1 RAI) ne constituent pas un examen médical sur la personne de l'assurée (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI), ni une expertise au sens de l'article 44 LPGa. Il s'agit d'une appréciation par le médecin interne du SMR du dossier médical de l'assuré qui a pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de faire des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. De tels avis ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'article 44 LPGa ou les résultats des examens médicaux auxquels procède le SMR. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (125 V 351 cons. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du TF du 24.09.2012 [9C_99/2012] cons. 6.2). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 cons. 4.6, p. 471). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (arrêt du TF du 29.12.2009 [9C_578/2009] cons. 3.2).

E. 3

En l'espèce, il y a lieu de comparer l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de travail, au moment de la décision litigieuse du 21 février 2017 par rapport à celle prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente d'invalidité le 24 mars 2015 . a) Dans son rapport du 26 novembre 2013, le Dr B._____ avait fait état d'un épendymome myxopapillaire

métastatique du cône médullaire opéré en 2003, puis en 2009 avec des métastases au niveau du sacrum. Il relatait des douleurs persistantes au dos et parfois dans la jambe droite, inchangées depuis la dernière consultation du 26 novembre 2012. La force et la sensibilité des membres inférieurs étaient dans la norme. Le status neurologique des membres inférieurs était normal. L'IRM lombaire était superposable à celle de l'année d'avant. La situation était donc stable tant sur le plan clinique que radiologique. Interpellé au sujet de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de son patient, ce praticien a indiqué ne pas pouvoir se prononcer à cet égard. Dans un précédent rapport, le Dr B. _____ avait précisé que les douleurs lombaires n'avaient selon lui aucun lien avec la tumeur (rapport du 03.11.2011). Dans son rapport du 20 janvier 2012, le Dr D. _____, chef de clinique au CNP, avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxio-dépressive (F 43.22) depuis 2011, signalé une aggravation de l'état anxio-dépressif et attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 26 juillet 2011. A cette époque, l'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique intégré en ambulatoire avec médication et une séance toutes les deux semaines. La décision d'octroi de la demi-rente du 24 mars 2015 reposait principalement sur l'avis du 18 mars 2014 du médecin du SMR, le Dr A. _____, qui avait retenu que la pathologie tumorale, qualifiée de sévère, était stabilisée depuis 2011 mais présentait des risques de récurrence importants. Selon lui, il était raisonnable de retenir que l'activité d'ouvrier agricole n'était plus exigible (probablement depuis 2003) mais que l'assuré présentait vraisemblablement "une capacité de travail" dans une activité adaptée, même depuis 2003. Compte tenu des incapacités de travail à 100 % depuis mars 2009 avec intervention chirurgicale et radiothérapie en 2010 et début 2011, il était raisonnable de "proposer" une capacité de travail dans une activité adaptée après le contrôle à un an post radiothérapie, soit fin 2011. En sachant que l'assuré présentait depuis 2011 un trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif et, sur le plan physique, des lombosciatalgies mal systématisées (dont l'étiologie était imprécise) mais raisonnablement légitimes en regard du status post chirurgical, le médecin du SMR a "proposé" de retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon occasionnelle et de plus de 5 kg de façon répétée, pas de flexion latérale ou antérieure du tronc, alternance des positions et fatigabilité) et de prévoir une révision une année plus tard avec réévaluation psychiatrique et neurochirurgicale. b) Dans leur rapport du 28 octobre 2015, les Drs C. _____ et E. _____, médecin assistant et chef de clinique au CNP, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen en rémission (F 33.1) depuis mai 2015 ainsi que de trouble de l'adaptation (F 43.2) depuis le 26 juillet 2011. Ils ont fait état d'une capacité de travail de 50 % du point de vue psychiatrique ainsi que d'un rendement réduit (fatigue, diminution de la motivation, de l'attention et de la concentration, absentéisme). L'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique avec médication ainsi que d'une psychothérapie intégrée, ayant eu comme résultat une amélioration de sa symptomatologie psychopathologique. Suite à ce rapport et faisant référence à un rapport de stage, le médecin du SMR a interpellé les médecins du CNP de la manière suivante : "Dans votre rapport final du 28.10.2015, vous reprenez une CT de 50 % maximum en raison d'un manque de motivation, de trouble de l'attention et de la concentration et d'une fatigue. Toutefois, depuis novembre 2015 (et à sa demande), l'assuré bénéficie de mesures de REA sous forme d'un stage à l'ORIF dans le domaine de l'industrie mécanique. Les rapports de stage sont très satisfaisants avec un assuré motivé, intéressé, ponctuel, mais surtout avec des capacités intellectuelles et physiques suffisantes. Ainsi, l'assuré est actuellement en démarche de postulation. Ainsi sur le plan médical (état

stationnaire et favorable sur le plan neurochirurgical en novembre 2015), un taux de capacité de travail à 80-100% paraît possible et devrait permettre de trouver plus facilement un stage pratique, puis un emploi (à la demande de l'assuré aussi pour des raisons familiales). Qu'en pensez-vous ? Pouvez-vous valider ce taux de CT [?]" (lettre du 02.05.2016). En réponse à cette interpellation, les Drs C. _____ et F. _____, médecin assistant et chef de clinique au CNP, ont confirmé que d'un point de vue psychiatrique leur patient pouvait reprendre une activité professionnelle à un taux de 100 % à partir du 24 février 2016, précisant cependant que malgré l'amélioration actuelle de son état psychique, un risque de rechute n'était pas à exclure dans le futur (courrier du 10.05.2016). Dans son dernier avis du 19 juillet 2016, le médecin du SMR a précisé que la rente avait été octroyée à l'assuré en raison de ses troubles psychiques et non physiques, la capacité de 50 % retenue dans son avis du 18 mars 2014 étant en rapport avec l'état psychique. En réponse à l'argument du recourant selon lequel en octobre 2015 il présentait encore plusieurs symptômes psychiques, ce médecin a expliqué qu'une amélioration d'un état dépressif sous traitement adapté et dans un contexte de stage valorisant et dynamisant pour l'assuré était tout à fait possible en quatre mois. Il a ajouté qu'un état psychique fragile, à risque de rechute (surtout pour des raisons sociales avec le risque d'expulsion de la famille de l'assuré) ne justifiait pas une incapacité de travail prospective. S'agissant des lombalgies existant depuis 2011, sans signe déficitaire retrouvé par le Dr B. _____ lors de ses contrôles semestriels, elles entraînaient de facto des limitations fonctionnelles (d'autant plus au vu des antécédents neurochirurgicaux) mais n'avaient raisonnablement pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le dernier rapport de stage du 1^{er} juillet 2016 confirmait d'ailleurs un assuré sans plainte physique ni difficultés physiques constatées lorsque les limitations fonctionnelles étaient bien respectées. Il maintenait donc une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. c) Une relecture attentive de l'avis du 18 mars 2014 du Dr A. _____ permet de retenir que l'incapacité de travail de 50 % que ce médecin avait à l'époque retenue était due aux troubles psychiques et que les douleurs dorsales n'impliquaient quant à elles que des limitations fonctionnelles, comme l'explique ce médecin (avis du 19.07.2016). Aussi, même si l'on devait considérer que l'affection principale dont souffre le recourant est l'épendymome, cette atteinte n'avait à l'époque pas d'effet sur la capacité de travail dans une activité adaptée hormis du point de vue des limitations fonctionnelles qu'elle engendre. L'état de santé de l'assuré étant toujours stable du point de vue neurologique et des douleurs dorsales, déjà existantes en 2011, on ne peut retenir aucune aggravation. En raison de cette stabilité, la prise de renseignements supplémentaires concernant la capacité de travail actuelle était donc superflue. On ajoutera, pour répondre au recourant, que les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail puisque, comme c'était le cas pour l'octroi de la demi-rente, elles excluent une capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole. Il reste donc à examiner si l'affection psychique dont souffre le recourant s'est effectivement améliorée comme retenu par l'OAI. Tel est le cas. En effet, avant de mentionner une capacité de travail de 100 % dans leur courrier du 10 mai 2016, les médecins du CNP avaient fait état, dans leur rapport précédant du 28 octobre 2015, d'un trouble dépressif récurrent épisode [actuel] moyen en rémission et d'une amélioration de la symptomatologie psychopathologique. Partant, l'affirmation du Dr A. _____ selon laquelle une amélioration de l'état psychique de l'intéressé quatre mois plus tard était tout à fait possible (avis du 19.07.2016), est convaincante aux yeux de la Cour de céans. Le fait

que les médecins du CNP aient mentionné un risque de rechute n'enlève rien à la pertinence de leur l'appréciation puisqu'un tel risque n'a pas à être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, celui-ci ne pouvant pas être, par définition, prévisible. Le recourant critique la méthode utilisée par le SMR pour obtenir la nouvelle conclusion des médecins du CNP relative à la capacité de travail. Selon lui, telle qu'elle a été posée, la question était orientée et ne précisait pas qu'il était en stage à un taux de 50 %.

Implicitement, ce reproche revient à douter du bien-fondé de leur conclusion dès lors qu'ils n'auraient pas eu en mains toutes les informations pertinentes. Il est vrai qu'à la lecture du courrier du Dr A. _____ du 2 mai 2016, on pourrait penser que l'assuré effectuait un stage à 100 % et voulait travailler à ce taux. On doit toutefois pouvoir attendre d'un médecin traitant que malgré la relation de confiance qui le lie à son patient, il ne l'autorisera pas à travailler s'il le considère comme inapte. Par conséquent, la capacité de travail retenue par les médecins du CNP dans leur courrier du 10 mai 2016 est crédible et doit être prise en compte. Par ailleurs, le fait que le médecin du SMR se soit référé à un rapport de stage pour faire une supposition concernant la capacité de travail n'est pas critiquable. Certes, pour l'évaluation de l'invalidité, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du TF du 18.03.2016 [8C_760/2015] cons. 4.3, TF du 22.05.2001 [I 522/00] cons. 2 et du 06.05.2003 [I 762/02] cons. 2.2). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (arrêts du TF du 19.07.2010 [8C_776/2009] et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 5.2 et les références). Cela ne signifie pas pour autant que pour évaluer la capacité de travail, le médecin ne peut aucunement se référer aux rapports d'observation de stage ou des conseillers en matière professionnelle, notamment pour appuyer ou infirmer ses appréciations médicales (cf. par exemple arrêt du TF du 06.05.2003 [I 762/02] cons. 2.2). En se référant à la limitation du taux d'occupation évoqué par l'ORIF ou la conseillère en réadaptation, le recourant fait précisément ce qu'il reproche au médecin du SMR. Or si, comme on l'a vu, ce dernier peut se référer à ces rapports pour étayer un point de vue, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du TF du 11.07.2005 [I 531/04] cons. 4.2). d) En définitive, il n'existe aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr A. _____. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une expertise ou de procéder à une instruction complémentaire. Dès lors que la capacité de travail du recourant est passée de 50 % à 100 % dans une activité adaptée, il existe une modification notable des circonstances justifiant la suppression du droit à la rente. La décision attaquée peut ainsi être confirmée.

E. 4

Mal fondé, le recours est rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI) qui n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Le recourant sollicite l'assistance judiciaire. Au bénéfice de l'aide sociale, la condition d'indigence est réalisée. Le recours ne paraissait par ailleurs pas d'emblée voué à l'échec. L'assistance judiciaire doit par conséquent lui être accordée et Me G. _____ désigné comme avocat d'office. Ce dernier est invité à produire les renseignements utiles à la fixation de sa rémunération d'office dans un délai de 10 jours dès

réception du présent arrêt. Il est rendu attentif qu'à défaut, il sera statué sur la base du dossier (art. 16 LI-CPC par renvoi de l'art. 61i LPJA).

E. 19

juillet 2016, le médecin du SMRa précisé que la rente avait été octroyée à l'assuré en raison de ses troubles psychiques et non physiques, la capacité de 50 % retenue dans son avis du 18 mars 2014 étant en rapport avec l'état psychique. En réponse à l'argument du recourant selon lequel en octobre 2015 il présentait encore plusieurs symptômes psychiques, ce médecin a expliqué qu'une amélioration d'un état dépressif sous traitement adapté et dans un contexte de stage valorisant et dynamisant pour l'assuré était tout à fait possible en quatre mois. Il a ajouté qu'un état psychique fragile, à risque de rechute (surtout pour des raisons sociales avec le risque d'expulsion de la famille de l'assuré) ne justifiait pas une incapacité de travail prospective. S'agissant des lombalgies existant depuis 2011, sans signe déficitaire retrouvé par le Dr B. _____ lors de ses contrôles semestriels, elles entraînaient de facto des limitations fonctionnelles (d'autant plus au vu des antécédents neurochirurgicaux) mais n'avaient raisonnablement pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le dernier rapport de stage du 1er juillet 2016 confirmait d'ailleurs un assuré sans plainte physique ni difficultés physiques constatées lorsque les limitations fonctionnelles étaient bien respectées. Il maintenait donc une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

c) Une relecture attentive de l'avis du 18 mars 2014 du Dr A. _____ permet de retenir que l'incapacité de travail de 50 % que ce médecin avait à l'époque retenue était due aux troubles psychiques et que les douleurs dorsales n'impliquaient quant à elles que des limitations fonctionnelles, comme l'explique ce médecin (avis du 19.07.2016). Aussi, même si l'on devait considérer que l'affection principale dont souffre le recourant est l'épéndymome, cette atteinte n'avait à l'époque pas d'effet sur la capacité de travail dans une activité adaptée hormis du point de vue des limitations fonctionnelles qu'elle engendre. L'état de santé de l'assuré étant toujours stable du point de vue neurologique et des douleurs dorsales, déjà existantes en 2011, on ne peut retenir aucune aggravation. En raison de cette stabilité, la prise de renseignements supplémentaires concernant la capacité de travail actuelle était donc superflue. On ajoutera, pour répondre au recourant, que les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail puisque, comme c'était le cas pour l'octroi de la demi-rente, elles excluent une capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole.

Il reste donc à examiner si l'affection psychique dont souffre le recourant s'est effectivement améliorée comme retenu par l'OAI. Tel est le cas. En effet, avant de mentionner une capacité de travail de 100 % dans leur courrier du 10 mai 2016, les médecins du CNP avaient fait état, dans leur rapport précédant du 28 octobre 2015, d'un trouble dépressif récurrent épisode [actuel] moyen en rémission et d'une amélioration de la symptomatologie psychopathologique. Partant, l'affirmation du Dr A. _____ selon laquelle une amélioration de l'état psychique de l'intéressé quatre mois plus tard était tout à fait possible (avis du 19.07.2016), est convaincante aux yeux de la Cour de céans. Le fait que les médecins du CNP aient mentionné un risque de rechute n'enlève rien à la pertinence de leur appréciation puisqu'un tel risque n'a pas à être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, celui-ci ne pouvant pas être, par définition, prévisible.

Le recourant critique la méthode utilisée par le SMR pour obtenir la nouvelle conclusion des médecins du CNP relative à la capacité de travail. Selon lui, telle qu'elle a été posée, la question était orientée et ne précisait pas qu'il était en stage à un taux de 50 %. Implicitement, ce reproche revient à douter du bien-fondé de leur conclusion dès lors qu'ils n'auraient pas eu en mains toutes les informations pertinentes. Il est vrai qu'à la lecture du courrier du Dr A. _____ du 2 mai 2016, on pourrait penser que l'assuré effectuait un stage à 100 % et voulait travailler à ce taux. On doit toutefois pouvoir attendre d'un médecin traitant que malgré la relation de confiance qui le lie à son patient, il ne l'autorisera pas à travailler s'il le considère comme inapte. Par conséquent, la capacité de travail retenue par les médecins du CNP dans leur courrier du 10 mai 2016 est crédible et doit être prise en compte.

Par ailleurs, le fait que le médecin du SMR se soit référé à un rapport de stage pour faire une supposition concernant la capacité de travail n'est pas critiquable. Certes, pour l'évaluation de l'invalidité, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du TF du 18.03.2016 [8C_760/2015] cons. 4.3, TF du 22.05.2001 [I 522/00] cons. 2 et du 06.05.2003 [I 762/02] cons. 2.2). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (arrêts du TF du 19.07.2010 [8C_776/2009] et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 5.2 et les références). Cela ne signifie pas pour autant que pour évaluer la capacité de travail, le médecin ne peut aucunement se référer aux rapports d'observation de stage ou des conseillers en matière professionnelle, notamment pour appuyer ou infirmer ses appréciations médicales (cf. par exemple arrêt du TF du 06.05.2003 [I 762/02] cons. 2.2).

En se référant à la limitation du taux d'occupation évoqué par l'ORIF ou la conseillère en réadaptation, le recourant fait précisément ce qu'il reproche au médecin du SMR. Or si, comme on l'a vu, ce dernier peut se référer à ces rapports pour étayer un point de vue, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du TF du 11.07.2005 [I 531/04] cons. 4.2).

d) En définitive, il n'existe aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr A. _____. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une expertise ou de procéder à une instruction complémentaire. Dès lors que la capacité de travail du recourant est passée de 50 % à 100 % dans une activité adaptée, il existe une modification notable des circonstances justifiant la suppression du droit à la rente. La décision attaquée peut ainsi être confirmée.

4. Mal fondé, le recours est rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1 bis LAI) qui n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Le recourant sollicite l'assistance judiciaire. Au bénéfice de l'aide sociale, la condition d'indigence est réalisée. Le recours ne paraissait par ailleurs pas d'emblée voué à l'échec. L'assistance judiciaire doit par conséquent lui être accordée et MeG. _____ désigné comme avocat d'office. Ce dernier est invité à produire les renseignements utiles à la fixation de sa rémunération d'office dans un délai de 10 jours dès réception du présent arrêt. Il est rendu attentif qu'à défaut, il sera statué sur la base du dossier (art. 16 LI-CPC par renvoi

de l'art. 61iLPJA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde l'assistance judiciaire au recourant et désigne Me G. _____ en qualité d'avocat d'office.

3. Invite Me G. _____ à produire, en 2 exemplaires, dans un délai de 10 jours dès réception du présent arrêt, les renseignements utiles à la fixation de sa rémunération d'office et l'informe qu'à défaut, il sera statué sur la base du dossier.

4. Met à la charge du recourant les frais et débours de la présente procédure par 440 francs, montant avancé par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

5. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 20 novembre 2017

1 Les offices AI s'organisent de manière à garantir que les tâches énumérées à l'art. 57 seront exécutées avec compétence et efficacité dans le respect des dispositions légales et des directives de la Confédération.³

2 Les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons.⁴

2bis Les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA⁵, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce.⁶

3 Les offices AI peuvent faire appel à des spécialistes de l'aide privée aux invalides, à des experts, aux centres d'observation médicale et professionnelle ainsi qu'aux organes d'autres assurances sociales.⁷

4 Les offices AI peuvent conclure avec d'autres assureurs et avec les organes de l'aide sociale publique des conventions portant sur le recours aux services médicaux régionaux.⁸

5 Les offices AI peuvent faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induue de prestations.⁹

1 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 22 mars 1991 (3^e révision de l'AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1992 (RO19912377; FF1988II 1293). 2 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008

(RO20075129; FF20054215). 3 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215). 4 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215). 5 RS830.16 Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215). 7 Introduit par le ch. I de la LF du 21 mars 2003 (4^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO20033837; FF20013045). 8 Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215). 9 Introduit par le ch. I de la

LF du 6 oct. 2006 (5^erévision AI), en vigueur depuis le 1^{er}janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).

1Si 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.

2De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

1Les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral.

2Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit.

3Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 28 sept. 2007, en vigueur depuis le 1^{er}janv. 2008 (RO20075155).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.