

NE_GERICHTE CDP.2018.365 vom 12. Februar 2019

NE Tribunal cantonal, 2019-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.365

FR: NE_GERICHTE CDP.2018.365 du 12 février 2019

IT: NE_GERICHTE CDP.2018.365 del 12 febbraio 2019

Erwägungen

E. 24

août 2017 faisant état d'un trouble de l'adaptation avec réactions dépressive et anxieuse évoluant vers une modification durable de la personnalité (F62) ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et confirmant une incapacité de travail totale, le médecin du SMR n'a pas modifié ses conclusions.

Par décision du 12 avril 2018, l'OAI a refusé d'allouer à X._____ l'assistance administrative, lequel a recouru à la Cour de droit public du Tribunal cantonal (ci-après : Cour de droit public[CDP.2018.117]).

Nonobstant les objections de X._____, par prononcé du 12 octobre 2018, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière du 1er juillet au 31 décembre 2016. L'OAI a notamment expliqué que le rapport médical du 24 août 2017 du Dr E._____ ne faisait pas état d'un nouvel élément médical et que l'expertise convaincante du Dr H._____ résultait d'une appréciation indépendante de celle du Dr D._____.

B.X._____ saisit la Cour de droit public d'un recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de l'assistance judiciaire puis, principalement, à l'octroi d'une rente entière illimitée dans le temps depuis le 1er juillet 2016 et, subsidiairement, à la réalisation d'une nouvelle expertise (par un expert indépendant). En substance, il reproche à l'OAI de s'être basé sur le rapport d'expertise du Dr D._____, dont il conteste la valeur probante dans la mesure où il travaillait à la Clinique Z._____ (arrêts du TF du 22.12.2017 [2C_32/2017] et du 16.08.2018 [9F_5/2018] publié aux ATF 144 V 258), ainsi que sur le rapport du Dr H._____, qui se serait quant à lui entièrement basé sur le rapport d'expertise du Dr D._____. Par conséquent, sa capacité de travail doit être fixée selon les "expertises" des Drs E._____ et G._____. L'avis du médecin du SMR, qui s'est rallié aux rapports de ces deux experts, n'est donc pas pertinent. Aussi, dans la mesure où le caractère invalidant de l'affection dont il souffre a été expressément admis par l'OAI et que les expertises privées au dossier ne permettent pas de retenir que son état se serait amélioré, la rente d'invalidité aurait dû être accordée pour une durée illimitée.

C. Sans formuler d'observations, l'OAI conclut au rejet du recours.

CONSIDERANT

en droit

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

2.a) Conformément à l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est

réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 LPGA). Pour avoir droit à une rente, l'assuré doit être invalide à 40 % au moins (art. 28 al. a let. c). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente AI, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente AI et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'article 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend toutefois naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'article 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

Selon la jurisprudence, l'article 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'article 88a RAI (ATF 131 V 164 cons. 2.2, 125 V 413 cons. 2d). Aux termes 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. Selon l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins 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 un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c, 105 V 156 cons. 1; arrêt du TF du 04.07.2014 [8C_442/2013] cons. 2).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351cons. 3a, 122 V 157cons. 1c et références citées; arrêt du TF du 02.12.2015 [9C_236/2015]cons. 4).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465cons. 4.4, 122 V 157cons. 1c et références citées; arrêt du TF du 02.04.2015 [8C_862/2014]cons. 3.2). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465cons. 4 et références citées). L'ATF 137 V 210 n'a pas modifié cette manière de voir (arrêt du TF du 02.12.2014 [8C_128/2014]cons. 4.5).

D'après la jurisprudence récente, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418cons. 6 et 7 et les références). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281cons. 8, ATF 137 V 210cons. 6).

3.a) En droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents; elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci (ATF 144 V 258cons. 2.3.2 et les références citées).

b) Dans une décision confirmée par le Tribunal fédéral (arrêt du TF du 22.12.2017 [2C_32/2017]), la justice genevoise a maintenu le retrait de l'autorisation d'exploitation de la Clinique Z. _____ pour une période de trois mois (arrêt de la Cour de justice de la

considérées comme suffisamment garanties. Aussi, compte tenu de ce qui précède, et sans qu'il y ait lieu d'examiner son contenu, il n'est pas possible d'accorder pleine confiance au rapport d'expertise du 17 décembre 2015 du Dr D. _____, établi sous l'enseigne de la Clinique Z. _____. Partant, ce rapport ne peut ainsi pas servir pour statuer sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

4.a) Cela étant, il est nécessaire d'examiner si le rapport d'expertise du Dr H. _____ du 20 juillet 2016, sur lequel l'OAI se base également, a force probante et permet de statuer sur la capacité de travail et donc sur la capacité de gain et l'invalidité du recourant.

Le Dr H. _____ a réalisé cette expertise sur la base du dossier assécurologique de l'assuré, d'un entretien avec celui-ci, d'un questionnaire d'autoévaluation, d'échelles d'évaluation (AMDP, EDR, MADRS) et d'une analyse sanguine. Le rapport comporte notamment une description des plaintes exprimées par l'expertisé, de son anamnèse, du contexte médical et des constatations cliniques ainsi qu'une explication la méthodologie utilisée. L'expert a exposé les raisons pour lesquelles il retenait les diagnostics mentionnés plus haut. Il a en particulier expliqué pourquoi il retenait un état dépressif modéré (notamment : pas de véritable ralentissement, pas de trouble cognitif majeur, pas de trouble formel de la pensée et résultat de l'échelle MADRS allant dans le sens d'un état dépressif de moyenne intensité) mais exclut sa récurrence. Il a relevé que l'expertisé se trouvait dans un état de déconditionnement social et physique avancé. Dans le cadre de la discussion du cas, il a indiqué que l'état dépressif modéré était associé à une attitude négativiste et défaitiste majeure dominante, autoconfirmée de laquelle il ne voulait absolument pas sortir, qui posait obstacle à toute approche thérapeutique. Le fait qu'il ait refusé l'idée d'une hospitalisation de jour pour l'aider à se restructurer s'opposait selon l'expert à une souffrance psychiatrique proprement dite. Il a considéré qu'en dehors de cet enfermement comportemental, l'assuré disposait objectivement et théoriquement de toutes ses ressources pour une vie sociale et aussi professionnelle. Il n'était pas si seul et démuné comme écrit par son psychiatre (contacts avec plusieurs frères et sœurs, amis qui lui ont fait des propositions qu'il a systématiquement refusées, ami proche qui l'a conduit à l'entretien d'expertise) et disposait de toutes les ressources intellectuelles. Aussi, rien n'empêchait l'idée que, moyennant un certain reconditionnement, il puisse être actif dans le monde professionnel. Il a expliqué que les diagnostics suivaient le déroulement de la perturbation depuis 2015 et que, vu la longueur de l'anamnèse, le trouble de l'adaptation était "formellement dépassé" et les diagnostics mixtes de troubles dépressifs et dysphorie étaient en vigueur. Il a ajouté que pour le dernier terme du diagnostic, il ne s'agissait pas véritablement d'une majoration des symptômes, mais d'une fixation subjective tenace qui empêchait pour l'instant toute évolution. Vu cet enfermement, voire entêtement, il n'y avait qu'une évaluation médico-théorique possible. L'assuré devrait le plus vite possible être dans des mesures structurées de reconditionnement, idéalement directement du type AI avec progression entre deux heures par jour jusqu'à un temps complet. Il était impossible de déterminer la progression, d'une part en raison des résistances évidentes. Il y avait un fort risque que, pour toute mesure, l'assuré veuille faire une démonstration de son mal-être et de l'impossibilité d'aller de l'avant. Pour la partie purement psychiatrique, état dépressif de légère à moyenne intensité, cette atteinte modeste n'empêchait pas en soi une activité professionnelle. Quant à l'évaluation de l'intensité et de durée de la capacité de travail, il a indiqué qu'il était difficile d'émettre un pronostic médico-théorique, mais

qu'un reconditionnement, en dehors de résistances subjectives, pourrait être couronné de succès après un ou deux mois.

En résumé, selon le Dr H. _____, au moment de l'expertise, du point de vue psychique, l'assuré souffrait de troubles dépressifs avec épisode léger à moyen avec syndrome somatique (F32.01, 32.11) ainsi que d'une dysphorie (F34.1). Ces troubles étaient associés à des problèmes comportementaux, impliquant un enfermement, un déconditionnement et un entêtement, qui rendaient difficile un pronostic au sujet de la capacité de travail. Cela étant, pour la partie purement psychiatrique, l'expert a précisé que de principe, l'état dépressif de légère à moyenne intensité, atteinte modeste, n'empêchait pas en soi une activité professionnelle. Il a considéré que l'assuré disposait objectivement et théoriquement de toutes ses ressources pour une vie sociale et aussi professionnelle et que, moyennant un certain reconditionnement (comportemental) d'un ou deux mois, il pouvait être actif dans le monde professionnel. Il résulte de ce qui précède que du point de vue psychiatrique, le recourant dispose d'une capacité de travail et que seuls ses troubles comportementaux, qui constituent un obstacle à une approche thérapeutique, l'empêchent de travailler. Or ces troubles ne sont pas de nature médicale et ne relèvent donc pas de l'AI. Si cette conclusion n'a pas été expressément écrite par l'expert, les explications données permettent clairement de le comprendre.

Ce rapport, dûment motivé et comportant des conclusions claires et convaincantes, répond aux réquisits jurisprudentiels au sujet de la valeur probante en la matière. On ajoutera qu'hormis le fait qu'il a indiqué qu'il ne pouvait justifier ni invalider les différents positionnements des experts précédents, on ne trouve pas de référence, même implicite, au rapport du Dr D. _____. On ne saurait donc lui nier valeur probante au motif que le Dr H. _____ n'aurait fait que reprendre les conclusions de cet expert.

b) La négation du caractère invalidant des troubles psychiques est confirmée par l'examen du rapport d'expertise à l'aune des indicateurs déterminants de la grille d'évaluation développée par l'ATF 141 V 281, applicables également aux affections psychiques (ATF 141 V 281 et 143 V 418). En particulier, les éléments déterminants décrits plus hauts pour poser les diagnostics de troubles dépressifs avec épisode léger à moyen avec syndrome somatique (F32.01, 32.11) ainsi que d'une dysphorie (F34.1) ne revêtent pas un caractère particulièrement prononcé et rien ne laisse penser que les troubles psychiques ont atteint une sévérité telle qu'il n'y aurait plus d'espoir de guérison ou qu'il n'existerait pas encore des options thérapeutiques adaptées au recourant. Par ailleurs, si l'assuré est également atteint du virus du VIH, il ne ressort pas du dossier que cette comorbidité, traitée, aurait une incidence sur la capacité de travail ou entraînerait des limitations fonctionnelles. En particulier, ni le médecin généraliste, qui classe ce diagnostic dans la catégorie "sans effet sur la capacité de travail", ni le psychiatre traitant n'attestent une incapacité de travail pour ce motif. Il apparaît en outre que l'assuré dispose de bonnes ressources (avec notamment une intelligence dans la norme) (rapport d'expertise), qu'il ne semble toutefois pas très enclin à mettre en pratique en raison de problèmes comportementaux, et bénéficie d'un contexte social relativement favorable dans la mesure où il jouit en tout cas du soutien d'un frère qui vit à I. _____ (NE) ainsi que de son curateur qui est également un ami. Le recourant ayant cessé toute activité sportive et étant déconditionné socialement, son comportement est cohérent. Cela étant, si cette attitude n'est pas incompatible avec la souffrance et l'incapacité alléguées, il apparaît toutefois que les troubles psychiques ne présentent pas un degré de gravité particulièrement sérieux. La prise

en compte globale de tous ces indicateurs conduisent à confirmer l'appréciation du Dr H. _____. C'est donc à juste titre que le médecin du SMR s'est référé en particulier à ce rapport pour fonder sa conviction.

c) Les rapports des médecins traitants ne permettent en outre pas de douter du bien-fondé du résultat de cette expertise.

Dans son rapport circonstancié du 28 avril 2016 dans lequel il mentionnait les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.2), de trouble mixte de la personnalité (F61) et de trouble de l'adaptation (F43.2) et a attesté une incapacité travail totale depuis le 25 mai 2015, le Dr E. _____ a indiqué que son patient avait présenté les symptômes proches d'un état de stress avec des ruminations obsédantes, diurnes et nocturnes, des colères intenses avec des idées de vengeance ou de suicide. Le tableau clinique était présent lorsqu'il avait consulté la première fois en mai 2015 et le diagnostic de trouble de l'adaptation pouvait être posé. L'évolution avec les traitements psychotropes et psychothérapeutiques n'a pas été favorable. Il a relaté que lors des dernières séances, son patient avait déclaré qu'il ne pouvait s'occuper de lui car il souffrait trop, qu'il sortait en training, pieds nus, qu'il fallait lui apporter à manger ou lui faire les courses, que son appartement était en chantier avec des cartons encore fermés, qu'il se sentait épuisé, sans envie et sans but dans la vie. Le Dr E. _____ a observé que l'intéressé était profondément affecté dans son narcissisme et qu'il n'avait plus d'estime de lui, une absence de capacité à s'adapter et faire le deuil, des idéations suicidaires présentes, expression de tristesse, reproche et désespoir. Son patient avait relaté des idées de ruine et de mort, un mauvais sommeil, un mauvais état général (faiblesse, fatigue, malaise général), une absence d'énergie et d'envie de se battre. Selon ce médecin, le tableau dépressif était proche de la mélancolie, c'est-à-dire état dépressif grave. Il a conclu que, dans ce contexte, aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée.

Dans son rapport du 24 août 2017, le Dr E. _____ a observé que, bien que certaines améliorations aient été constatées, la capacité de travail de son patient ne s'était globalement pas améliorée. Malgré la bonne compliance de son patient, les traitements médicamenteux, psychotropes et antidépresseurs, n'étaient pas supportés par son organisme. Son état somatique était diminué non seulement par les symptômes handicapants de la dépression chronique, par des angoisses récurrentes et d'importants troubles du sommeil, mais aussi par sa maladie HIV pour laquelle il reçoit une trithérapie. Le status actuel montrait une fatigue générale, un isolement social, une anhédonie, des pensées suicidaires sans scénarios précis, des ruminations sur les traumatismes et les deuils anciens, un apragmatisme pour des tâches ménagères, une incapacité à prévoir son alimentation avec une inappétence, des troubles du sommeil, un endormissement et des réveils précoces, des idées de ruine et de pessimisme ainsi que de dévalorisation. En conclusion, l'état de son patient était encore très déficitaire tant psychiquement que physiquement. Malgré son âge (bientôt 56 ans) et la chronicité des troubles, aucune capacité de travail ni de gain n'était envisageable.

Ces documents rapportent essentiellement des plaintes subjectives relatées par l'assuré à son médecin. En revanche, le rapport d'expertise comporte également les constatations objectives de l'expert par rapport à l'état de l'expertisé (par ex : pas de difficultés majeures de concentration et d'attention, pas de troubles mnésiques majeurs, capacité de jugement et de raisonnement préservées, malgré l'air fatigué pas de signe de fatigue pendant l'observation, pas de troubles formels de la pensée, pas de symptômes de la ligne

psychotique, focus partagé, fluidité idéique), le résultat d'une évaluation sur la base d'une échelle de ralentissement (E.D.R) ainsi que le résultat d'une évaluation sur la base de l'échelle MADRS, dont le critère n°1 est basé uniquement sur des observations extérieures. Or force est de constater que le rapport du psychiatre traitant ne comporte pas d'indication à ce sujet. Cela étant, on ne peut pas reprocher à l'expert de ne pas avoir pris en compte les symptômes énoncés par l'expertisé, ceux-ci faisant notamment principalement l'objet de l'évaluation de l'échelle de MADRS. Par conséquent, force est de constater que l'avis, certes motivé, du psychiatre traitant de l'assuré n'est pas propre à remettre en cause l'appréciation indépendante et objective du Dr H. _____.

d) Reste à vérifier si la capacité de travail retenue par le médecin du SMR, reprise dans la décision OAI, correspond à l'appréciation du Dr H. _____. Dans son avis du 7 novembre 2016, le médecin du SMR a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 13 janvier 2015 au 21 juillet 2016. Pour la période postérieure, il a proposé de suivre les conclusions du Dr H. _____ et de retenir une capacité de travail de 50 % depuis le 27 juillet 2016 (recte : 21.07.2016) puis de 100 % après deux mois. Comme on l'a vu plus haut, on peut déduire des conclusions du Dr H. _____ que dès la réalisation de l'expertise l'assuré disposait d'une capacité de travail entière, moyennant un "reconditionnement" de 1 à 2 mois, si bien que l'on peut se rallier à la capacité de travail retenue par le SMR. Pour la période antérieure, elle correspond à celle attestée par les médecins traitants et n'est pas contredite par le rapport d'expertise du Dr H. _____, si bien qu'elle peut être confirmée.

Les éléments au dossier permettent donc de retenir une amélioration notable de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail, depuis le 21 septembre 2016, ce qui justifie l'octroi d'une rente échelonnée dans le temps.

e) Dans la mesure où la demande de prestations AI a été déposée le 19 janvier 2016, le début du droit à la rente ne peut être fixé que six mois plus tard (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1er juillet 2016. Compte tenu de l'augmentation de la capacité de travail à 50 % dès le 21 juillet 2016 (inférieure à trois mois) puis à 100 % le 21 septembre 2016 (cf. pour les dates avis SMR, p. 1), c'est à juste titre que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière du 1er juillet 2016 au 31 décembre 2016 (art. 88a al. 1 RAI). La décision du 12 octobre 2018 doit donc être confirmée.

5.a) 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) et il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

b) Le recourant sollicite l'assistance judiciaire pour la procédure de recours devant la Cour de céans. La cause ne paraissait pas d'emblée vouée à l'échec et le soutien d'un avocat pour procéder devant la Cour de céans était indiqué. Le recourant émargeant à l'aide sociale, la condition d'indigence est également remplie. L'assistance judiciaire doit par conséquent lui être accordée et Me I. _____ désigné comme avocat d'office. Dans ce cadre, les frais seront supportés provisoirement par l'Etat. Me I. _____ 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. 16LI-CPC par renvoi de l'art. 60i LPJA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde au recourant l'assistance judiciaire au sens des considérants et désigne MeI. _____, en qualité d'avocat d'office de X. _____.

3. Met à la charge du recourant un émolument de décision de 440 francs, montant supporté provisoirement par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

4. N'alloue pas de dépens.

5. Invite MeI. _____ 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.

Neuchâtel, le 12 février 2019

1 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

2 De 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.

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