

# **NE\_GERICHTE CDP.2019.91 vom 14. Februar 2020**

NE Tribunal cantonal, 2020-02-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2019.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2019.91)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2019.91 du 14 février 2020

IT: NE\_GERICHTE CDP.2019.91 del 14 febbraio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative ( ATF 131 V 242 cons. 2.1 et les références citées). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF du 28.07.2008 [9C\_449/2007] cons. 2.2 et du 24.02.2009 [9C\_327/2008] cons. 4). b) En l'espèce, les documents produits par le recourant entre le 13 mars et le 22 novembre 2019 concernant, hormis les courriers du Dr C. \_\_\_\_\_ à son mandataire des 27 novembre 2018 et 10 mars 2018 (recte : 2019) déposés à l'appui du recours, des éléments de faits postérieurs à la décision attaquée ou une évolution de la situation intervenue depuis lors de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. De tels éléments doivent le cas échéant faire l'objet d'une appréciation et d'une nouvelle décision par l'OAI.

### **E. 3**

a) Selon l'article

### **E. 4**

al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article

### **E. 8**

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). En vertu de l'article 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 d'invalidité de 60 % au moins, à trois quarts de rente AI et un taux d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI ). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en liaison avec l'article 8 LPGA . On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 (art. 7 al. 2, 2 e phrase LPGA; ATF 141 V 281 cons. 3.7.1; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c in fine). b/aa) Dans un arrêt ( ATF 141 V 281 ) concernant l'abandon de la présomption du caractère surmontable des douleurs liées à des syndromes de type troubles somatoformes douloureux ou affections psychosomatiques assimilées, le Tribunal fédéral a rappelé et maintenu la nécessité, en présence de telles pathologies, d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu ( ATF 141 V 281 cons. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 cons. 5.3 et 6). Cela étant, il n'en a pas moins modifié en profondeur sa pratique concernant ces atteintes. Désormais, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini ( ATF 141 V 281 cons. 4). Cette évaluation s'effectue selon un catalogue d'indicateurs ( ATF 141 V 281 cons. 4.1.3; cf. aussi Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] ch. 1006 ss et annexe VI) qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique et se divise en deux catégories, celle du "degré de gravité fonctionnelle" et celle de la "cohérence". S'agissant de la première catégorie – qui forme le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme ( ATF 141 V 281 cons. 4.3), les conséquences tirées de cet examen devant ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence ( ATF 141 V 281 cons. 4.1.3) – il convient, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen, doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de ■trouble somatoforme■ présuppose un degré d'une certaine gravité ( ATF 141 V 281 cons. 4.3.1.1). Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également un éclairage sur les conséquences de l'affection psychosomatique ( ATF 141 V 281 cons. 4.3.1.2). Il sied également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue ( ATF 141 V 281 cons. 4.3.2 et 4.3.3). Quant à la deuxième catégorie, il s'agit d'examiner si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes ( ATF 141 V 281 cons. 4.4 à 4.4.2; CIIAI n°1006; Kieser , Atteintes à la santé non objectivables – Êtes-vous au clair ?, in Bulletin des médecins suisses, p. 1212-1214; Dupont , Commentaire de l'ATF 9C\_492/2014 , in : Droit pour le praticien 2015). Le Tribunal fédéral a encore indiqué qu'il faut toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une

simple check-list. Il n'est d'ailleurs pas immuable, mais doit au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques ( ATF 141 V 281 cons. 4.1.1). Le Tribunal fédéral a enfin souligné que l'analyse doit quoi qu'il en soit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics ( ATF 141 V 281 cons. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ( ATF 141 V 281 cons. 2.2.1, 132 V 65 cons. 4.2.2, 131 V 49 cons. 1.2). b/bb) Par la suite, dans les ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418 , le Tribunal fédéral a jugé que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à toutes les affections psychiques – soit également aux dépressions légères à moyennes, ainsi que par exemple à la dysthymie et à l'état d'anxiété généralisée – qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l' ATF 141 V 281 ( ATF 143 V 418 cons. 6 et 7 et les références citées), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le Tribunal fédéral a souligné la nécessité de ne pas apprécier les diverses atteintes pour elles-mêmes individuellement, mais dans le cadre d'une appréciation globale de celles-ci ( ATF 143 V 418 cons. 8.1). Il a précisé que l' ATF 141 V 281 (cons. 4.3.1.3) doit être compris en ce sens qu'indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources ( ATF 143 V 418 cons. 8.1). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art ( ATF 143 V 409 cons. 4.4; arrêts du TF du 05.07.2018 [9C\_115/2018] cons. 4.1 et les références citées du 24.04.2018 [9C\_142/2018] cons. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe, aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne pouvant être déduite du seul diagnostic (arrêts du TAF du 03.04.2019 [ C-2507/2016] cons. 11.2 et du 27.07.2018 [ C-4257/2015 ] cons. 9.1). Si la preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie, le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral implique néanmoins que la résistance thérapeutique n'est désormais qu'un indicateur parmi d'autres, et représente donc tout au mieux un indice du caractère invalidant de la pathologie présentée par la personne assurée ( ATF 143 V 409 cons. 4.2). La question déterminante est de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail (arrêt du TF du 24.04.2018 [9C\_142/2018] cons. 5.2). c) 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 recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui

fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à 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 132 V 93 cons. 4, 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 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 137 V 120 cons. 2.1, 135 V 254 cons. 3.4, 134 V 231 cons. 5.1). 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 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et références citées; arrêt du TF du 02.04.2015 [8C\_862/2014] cons. 3.2). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert ( ATF 124 I 170 cons. 4; arrêt du TF du 05.03.2009 [9C\_369/2008] cons. 2.2). 4. 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, soit 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, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée 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 349 cons. 3.5, 126 V 75 cons. 1b). 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 une révision au sens de l'article 17 al. 1 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 qui repose 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). Dans le contexte d'une révision au sens de l'article 17 LPGA , la détermination de l'état de santé actuel et ses effets sur la capacité de travail est le point de départ d'une expertise médicale, mais elle ne saurait être considérée de manière isolée. Une expertise complète, compréhensible et concluante n'a de valeur probante que si elle examine également la question de l'existence d'un changement important de circonstances propre à justifier l'augmentation, la réduction ou la suppression de rente. Un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs, laquelle doit distinguer clairement les changements de faits importants des simples appréciations divergentes. En d'autres termes, l'expertise doit clairement établir l'existence de faits nouveaux ou une modification substantielle de la nature ou de la portée des faits qui existaient au moment de l'évaluation antérieure. Une modification importante par rapport à l'évaluation précédente n'est suffisamment étayée que si l'expertise indique quels aspects concrets de l'évolution de l'état de santé ou de l'incapacité de travail ont conduit aux nouveaux diagnostics et à la nouvelle évaluation du degré de gravité de l'atteinte. Ces principes ne s'appliquent pas aux situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé a changé (arrêt du TF du 26.10.2017 [9C\_244/2017] cons. 4.2.1 et 4.2.2). 5. a) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, et, au préalable, si la cause a été suffisamment instruite. Il s'agit donc de comparer son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de l'OAI du 25 février 2016, avec celui qui était le sien au moment de la décision litigieuse, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. A cet égard, il sied de rappeler que la rente a été fondée sur l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive prolongée chez une personnalité à traits anankastiques et anxieux, tel que relevé dans l'expertise de la CRR du 28 juillet 2014, confirmée par le SMR. b) Dans son expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie et exclut plusieurs troubles mentaux et du comportement (épisode dépressif léger F32.0; trouble dépressif récurrent F33.0; trouble de la personnalité F60; trouble anxieux phobique F40 et autres troubles anxieux F41; état de stress post-traumatique F43.1). Il ne discute que sommairement et de manière très générale les informations recueillies dans l'anamnèse. Son analyse du cas tient en quelques lignes dans lesquelles figurent l'indication que l'intégralité des critères d'un épisode dépressif est exclu et une brève discussion sur le comportement du recourant, dans laquelle se mêlent des éléments d'anamnèse issus des expertises précédentes et des consultations qu'il a lui-même effectuées, sans qu'il soit possible de les distinguer clairement et de savoir sur quel élément il fonde son raisonnement. Son analyse excluant une dépression, même légère, consiste exclusivement à relever l'incohérence entre les plaintes subjectives du recourant et ses limitations fonctionnelles. Selon lui, le fait qu'il ait bénéficié d'un bypass, qu'il exerce un mandat politique et qu'il conduise un véhicule serait incompatible avec les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire invoqués et la preuve de l'existence d'une sursimulation sur le plan psychiatrique. Pour ces motifs déjà, l'on ne saurait retenir que l'expertise a pleine valeur probante. De plus, elle ne permet pas de se déterminer de manière éclairée sur la situation du recourant à l'aune des indicateurs posés par la jurisprudence.

L'expert-psychiatre se réfère certes, de manière implicite, à certains indicateurs, mais il ne les examine toutefois pas tous de manière motivée et suffisante. S'agissant des ressources disponibles et mobilisables du recourant, les informations mentionnées dans l'anamnèse ne sont pas discutées par l'expert-psychiatre, si bien que l'on ne peut pas savoir si le contexte social est favorable ou non. Il se contredit, en outre, en indiquant, sous la rubrique "trouble de la personnalité" que le recourant entretient des contacts moyennement bons avec sa famille et de bons contacts avec ses amis et son fils, alors que dans l'anamnèse, il indique que le recourant voit quotidiennement sa mère et qu'il n'a pas d'enfants. Il n'y a en outre pas de véritable examen des ressources personnelles du recourant. Son expertise ne contient pas d'analyse de la structure de personnalité du recourant et des capacités inhérentes à celle-ci, l'expert-psychiatre se bornant à exclure un trouble de la personnalité (F60). Il n'est pas discuté des efforts de traitement et de réadaptation accomplis. Aucune question à ce sujet n'a été posée au recourant. L'expert-psychiatre se contente d'indiquer qu'en ce qui concerne une réinsertion professionnelle, sur le plan strictement psychiatrique, celle-ci n'est pas indiquée en raison de la sursimulation de l'assuré. Cette appréciation extrêmement sommaire ne saurait être jugée suffisante au regard de la jurisprudence. Il n'est par ailleurs pas possible de déterminer la coopération du recourant vis-à-vis de sa médication. En effet, l'expert-psychiatre mentionne dans son expertise avoir réalisé une prise de sang et d'urine, dont le résultat ne figure toutefois pas au dossier ni n'est mentionné dans le rapport d'expertise. Il n'est ainsi pas possible de déterminer si le recourant suit le traitement médicamenteux mentionné et, cas échéant, de se prononcer sur l'efficacité dudit traitement. Il n'est pas non plus discuté d'éventuelles autres options thérapeutiques qui pourraient être envisagées. En conséquence, la non-prise en compte globale des indicateurs développés par la jurisprudence conduit à infirmer l'appréciation de l'expert-psychiatre qui n'a pas examiné le caractère invalidant du trouble à l'aune des indicateurs pertinents. Le rapport d'expertise ne répond ainsi pas aux réquisits jurisprudentiels au sujet de la valeur probante en la matière. c) Finalement, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne répond pas à la question essentielle à résoudre. En effet, aucune mention n'est clairement faite d'une évolution clinique favorable de la symptomatologie psychiatrique qui a été mise en évidence par l'expertise de la CRR, sur la base de laquelle l'office AI avait accordé la rente. En effet, l'expert-psychiatre ne procède pas à une comparaison des situations médicales déterminantes. Il s'attache plutôt, sans grands développements, à réfuter les conclusions médicales de ses confrères de la CRR, dès lors qu'ils n'ont pas retenu, comme le Dr A. \_\_\_\_\_ et lui-même, un facteur de sursimulation. En s'écartant du diagnostic posé par l'expertise de la CRR et en retenant une capacité de travail entière depuis le mois d'avril 2013 – soit à une date antérieure à la décision d'octroi de rente – il ne fait pas état d'une modification de l'état de santé du recourant, mais se borne à remettre en cause l'appréciation précédente, fondée sur le même état de fait. Il exclut, en effet, tout autre diagnostic que celui de la dysthymie, au seul motif de l'incohérence entre les plaintes subjectives du recourant et ses limitations fonctionnelles, lequel conduit un véhicule et exerce un mandat politique. Or, au vu du dossier, au moment de la décision d'octroi de rente, le recourant conduisait régulièrement et exerçait une activité politique, si bien que les circonstances n'étaient pas différentes de celles prévalant au moment de la décision litigieuse. Les experts de la CRR ont toutefois admis qu'en dépit de ces éléments, le recourant présentait une capacité de travail limitée. Par ailleurs, les anamnèses décrites dans les expertises réalisées avant la décision d'octroi de rente et celle du Dr D. \_\_\_\_\_ sont identiques. Les seuls changements de circonstances ressortant du dossier sont l'opération de bypass et l'importante perte de poids du recourant. Le Dr

D.\_\_\_\_\_ n'en tire toutefois aucune conclusion, se contentant d'en déduire que l'état psychologique du recourant devait être stable au moment de l'opération, sans avoir approfondi son raisonnement ni vérifié cet élément auprès de l'HNE. En outre, rien au dossier n'indique que la perte pondérale consécutive à la chirurgie aurait allégé les troubles psychiques constatés. De plus, dans la mesure où, en 2016, l'obésité morbide était retenue à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, la disparition de ce facteur non incapacitant ne saurait constituer une amélioration de l'état de santé déterminante du point de vue du droit à la rente. Le Dr D.\_\_\_\_\_ n'expose pas non plus d'autre modification sensible de l'état de santé du recourant au point de modifier le droit de celui-ci à une rente d'invalidité par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision d'octroi de rente. Dans un rapport du 26 septembre 2018, le SMR se rallie à l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, qu'il juge parfaitement probant. Il s'en écarte toutefois, en refusant la conclusion de cet expert-psychiatre, soit une capacité de travail du recourant de 100 % depuis avril 2013, constatant qu'elle contredit son avis précédent. Le SMR ne pouvait pas accorder une pleine valeur probante à cette expertise, tout en fixant le début de l'amélioration de l'état de santé, de son propre chef, à une date qui, si elle est compatible avec la décision initiale d'octroi de rente, ne correspond à rien d'autre qu'à la date du deuxième entretien avec l'expert-psychiatre. Au vu de ce qui précède, l'OAI ne pouvait pas conclure, à défaut de se fonder sur une appréciation médicale suffisamment étayée, à une amélioration de l'état de santé du recourant, partant à l'existence d'un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA . 6. Compte tenu de l'incertitude régnant à propos de l'état de santé actuel du recourant – cette question n'ayant pas été résolue par l'office AI - la cause doit être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires (arrêt du TF du 25.09.2019 [9C\_463/2019] cons. 2.1 et références citées), notamment par le biais d'une nouvelle expertise psychiatrique, qui comprendra notamment une comparaison circonstanciée des situations passée et actuelle du recourant. 7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Vu l'issue du litige, les frais de la procédure seront mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 47 LPJA ) par 440 francs. Le recourant, qui obtient gain de cause dans l'affaire au fond, a droit à des dépens pour cette procédure, à charge de l'intimé, déterminés sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Me G.\_\_\_\_\_ n'ayant pas déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais ). Tout bien considéré, l'activité déployée par ce mandataire devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 6 heures. Eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 280 francs de l'heure (CHF 1'680), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais , CHF 168) et de la TVA au taux de 7,7 % (CHF 142.30) pour l'activité déployée, l'indemnité de dépens doit être fixée à 1'990.30 francs. L'allocation de dépens rend la requête d'assistance judiciaire sans objet. Le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause sur la question de l'effet suspensif, les frais de cette décision sont à sa charge par 220 francs et il ne lui est pas alloué de dépens en relation avec celle-ci.

#### **E. 40**

% au moins

un quart

50 % au moins

une demie

60 % au moins

trois quarts

70 % au moins

rente entière

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

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.1En 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.

1Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la LF du 21 mars 2003 (4<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

1Est 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.

2Seules 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.2

1Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la LF du 21 mars 2003 (4<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).2Introduit par l'annexe ch. 2 de la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).

1Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

2Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.1

3Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7, al. 2, est applicable par analogie.23

1Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la LF du 21 mars 2003 (4<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).2Phrase introduite par l'annexe ch. 2 de la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).3Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la LF du 21 mars 2003 (4<sup>e</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

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.

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