

S1 14 91

JUGEMENT DU 24 FEVRIER 2015

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Candido Prada, greffier

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître M_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI ; trouble somatoforme douloureux, critères de Foerster, valeur probante des expertises et rapports médicaux)

Faits

A. X_____, né le 25 avril 1965, naturalisé suisse en mai 2001, au bénéfice d'une formation de monteur en chauffage et sanitaires, a, depuis son arrivée en Suisse en 1986, exercé différentes activités et connu diverses périodes de chômage. Depuis janvier 1999, il n'a plus travaillé.

En raison de douleurs au dos, il a déposé une demande de prestations AI le 1^{er} décembre 1999.

Dans un rapport du 26 novembre 1999, le Dr A_____, spécialiste en médecine générale, fait état d'une suspicion de maladie de Bechterew diagnostiquée par le Dr B_____, spécialiste en médecine interne (février 1999), d'une pelvispondylite rhumatismale légère et surcharge fonctionnelle avec nombreux signes de non organicité relevées par le Prof. C_____ (expertise du 20 juillet 1999), ainsi que d'un séjour du 11 au 23 novembre 1999 à l'hôpital D_____ au cours duquel un probable trouble somatoforme douloureux avec possible décompensation psychotique a été diagnostiqué (Dr E_____, psychiatre FMH, cf. rapport du 17 février 1999). Le Dr A_____ a posé le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux. En outre, il a indiqué qu'avec un traitement médical et soutien spécifique, une capacité de travail de 50% devrait être possible, voire bénéfique. Plus précisément, il a quantifié la capacité de travail de l'intéressé entre 40% et 50% dans son activité habituelle et entre 70% et 80% dans une activité adaptée.

En février 2000, le Dr F_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'intéressé, a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (pelvispondylite non exclue). Il a indiqué que dès la fin 1998, les plaintes touchant le rachis, les épaules et le membre inférieur droit se sont succédé et que la situation de son patient était devenue rapidement catastrophique (consommation importante de médicaments et forte demande de consultations) [rapport du 18 février 2000].

Sur demande du Dr G_____, médecin conseil de l'OAI, l'intéressé a passé un test projectif qui a notamment mis en évidence une problématique d'allure narcissique, ceci sur un soubassement psychotique à défenses du registre paranoïaque. H_____, psychologue FSP, a également mentionné que les plaintes du patient le protégeaient d'une décompensation psychique et conclu que l'évolution vers l'invalidité paraissait difficile à éviter (rapport d'examen du 3 mai 2000).

Dans un rapport du 19 décembre 2000 (consilium psychiatrique), demandé dans le cadre d'un examen médical approfondi par l'OAI à la Clinique romande de réadaptation (CRR), le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics psychiatriques de trouble somatoforme douloureux persistant, de personnalité narcissique et de majoration de troubles physiques pour des raisons psychologiques. Il a indiqué que l'intéressé présentait une symptomatologie douloureuse polymorphe nettement discordante avec l'examen clinique et qu'il a développé peu après la naissance de sa fille (1993) une symptomatologie douloureuse que les bases organiques restent impuissantes à expliquer dans leur totalité. Il a fixé l'incapacité de travail, toutes pathologies confondues, à 51%.

Dans un rapport du 15 janvier 2001 (consilium neurologique), le Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie auprès de la CRR, a retenu des signes de non organicité, mais qui du point de vue strictement neurologique ne pouvaient en aucun cas justifier une incapacité de travail.

Dans son expertise du 22 janvier 2001, le PD Dr K _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, médecin auprès de la CRR, se référant notamment au dossier de l'assuré ainsi qu'aux deux consiliums susmentionnés (psychiatrique et neurologique) et à son examen personnel de l'intéressé, a retenu que ce dernier se plaignait de douleurs lombaires droites, irradiant dans le membre inférieur droit, de douleurs entre les épaules, de vomissements lors de mouvements de rotation de la nuque vers la droite, de céphalées en casque postérieures, de paresthésies de la main droite et du pied droit et de troubles du sommeil. Il a posé les diagnostics de pelvispondylite rhumatismale avérée, de rachialgie (lombalgie) sur troubles dégénératifs L3 à S1 et troubles statiques mineurs (cyphose et scoliose), de cervicalgies en relation probable avec la pelvispondylite, de trouble somatoforme douloureux, de personnalité narcissique avec majoration des symptômes physiques et a mentionné une cardiomyopathie anamnestique. Il a conclu que l'on pouvait retenir pour certain que X _____ présentait une pelvispondylite rhumatismale en voie d'aggravation et que cette affection était compliquée de rachialgies (troubles statiques et dégénératifs lombaires), alors que les cervicalgies étaient plutôt à mettre en relation probable avec la pelvispondylite. Il a également mentionné que s'ajoutait sans conteste à ses diagnostics celui de trouble somatoforme douloureux aggravant l'ensemble du tableau et qui était responsable (pour une partie non négligeable) de l'incapacité de travail présentée par le patient. A la suite d'un

entretien de synthèse avec les Drs I _____ et J _____, il a évalué l'incapacité de travail à 51%.

Le 3 avril 2001, l'intéressé a subi un test de performance de la WAIS R qui a mis en évidence un score de 62. Selon L _____, psychologue, ce résultat ne correspond pas au cursus professionnel de l'assuré, ni aux éléments observés durant les entretiens. Concernant la capacité de travail, ce psychologue s'est rangé à l'avis des médecins et a déclaré que l'assuré disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% (i.e. ouvrier d'usine).

Le 11 juin 2001, l'OAI a, dans son projet de décision, retenu que son assuré présentait une pelvispondylite rhumatismale ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux persistant avec majoration des symptômes pour raisons psychologiques (cf. notamment rapports du 22 janvier 2001 du Dr Gobelet et du 20 février 2011 du Dr G _____) et déterminé un taux d'invalidité de 32%. En raison de ce pourcentage inférieur au seuil légal de 40% et de ses aptitudes insuffisantes à un reclassement, l'OAI lui a refusé toutes prestations AI (rente et reclassement professionnel).

Dans un pli du 26 juin 2001, le Dr F _____ a fait état à l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de son patient depuis le début de l'année et indiqué que sa capacité de travail était bien inférieure à 50%. Peu convaincu des arguments purement subjectifs soulevés par son confrère et dans le but d'éviter toute discussion, le Dr G _____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès du Service de rhumatologie du Centre hospitalier N _____.

Le Prof. O _____, spécialiste en rhumatologie auprès du N _____, a examiné personnellement X _____ le 3 septembre 2001. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de pelvispondylite rhumatismale. Selon ce spécialiste, la première pathologie est présente chez l'examiné très probablement depuis 1999 alors que la seconde l'est depuis 1994 selon le patient. En outre, il a mentionné n'avoir décelé chez l'intéressé aucune aggravation de son état de santé et déclaré que l'incapacité de travail ne reposait pas uniquement sur une atteinte physique, mais découlait également d'une pathologie psychique. Sur le plan physique, il a estimé que l'incapacité de travail était de 51% et d'au moins 50% sur le plan psychique et mental (rapport du 27 septembre 2001).

Après avoir pris connaissance du rapport du Prof. O _____ qui mentionnait l'absence d'aggravation sur le plan somatique, le Dr G _____ a recommandé la

réalisation d'une expertise psychiatrique afin de confirmer ou d'infirmer toute pathologie psychique.

Les 17 septembre et 2 décembre 2002, X_____ a été examiné personnellement par le Dr P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Aux tests de Beck et de Hamilton, l'intéressé a réalisé des scores de respectivement 57 points et 20 points. Sur le plan subjectif, ces résultats ont démontré qu'il souffrait d'un état dépressif d'intensité sévère (selon le test de Beck), voire majeur d'intensité légère (selon le test de Hamilton). Le Dr P_____ a posé les diagnostics de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F 45.4), trouble dépressif majeur, épisode isolé d'intensité légère (F 32.0), de trouble de panique sans agoraphobie (F 41.01) versus trouble de conversion avec déficit moteur (F 44.4), de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), de pelvispondylite rhumatismale, de problèmes professionnels et d'évaluation globale du fonctionnement EGF à 51. Il a également observé la présence d'une atteinte thymique correspondant aux critères d'un trouble dépressif majeur d'intensité légère selon le DSM IV, avec notamment un sentiment de tristesse et de dévalorisation, une perte d'élan vital, des idées noires, un trouble du sommeil, de l'anxiété, une irritabilité et des explosions de colère alors que les fonctions cognitives paraissaient relativement préservées. A ce trouble s'ajoute une double atteinte du registre somatoforme, sous forme d'un trouble de conversion avec perte de force et chute (avec diagnostic différentiel de trouble de panique sans agoraphobie) et d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. Il a aussi mentionné que la combinaison des pathologies F 45.4, F 32 et F41.01 s'avérait très invalidante et que le trouble de conversion présentait un mauvais pronostic. S'agissant de la capacité de travail, ce spécialiste a conclu à une incapacité totale et durable.

B. Le 24 mars 2003, l'OAI, suivant l'avis du Dr G_____ qui avait admis les diagnostics de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, d'état dépressif majeur de degré léger, de trouble de panique sans agoraphobie et de trouble de la personnalité non spécifié et conclu à une aggravation de l'état de santé (pour rappel le projet de décision du 11 juin 2001 retenait déjà une pelvispondylite rhumatismale et un trouble somatoforme douloureux persistant) avec une incapacité totale de travail depuis début 2001, a rendu deux décisions reconnaissant le droit de l'intéressé à un quart de rente dès le 1^{er} février 2001, à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2001 et à une rente entière dès le 1^{er} mai 2001.

Par communications des 5 avril 2005, 15 mai 2007 et 2 septembre 2010, l'OAI a, sur la base des rapports médicaux du Dr F_____, confirmé le maintien de la rente entière d'invalidité.

Le 12 octobre 2010, l'OAI a refusé d'octroyer une allocation d'impotent à l'assuré. Un rapport d'enquête impotence réalisé par l'Office AI figure au dossier, faisant notamment état d'un suivi psychothérapeutique arrêté en mars 2010 (Q_____, psychothérapeute), de certaines difficultés rencontrées par l'intéressé entre une à trois fois par semaine (enfiler ses chaussettes, descendre de son lit ou à se baigner), de déplacements autonomes et de l'aptitude de l'intéressé à conduire sa voiture sur des courtes distances. Il y est également fait mention « qu'encouragé par son ex-thérapeute il a gardé un contact avec plusieurs personnes à l'extérieur du cercle familial » et « qu'il ne présentait pas de problème particulier pour entretenir des discussions hors de sa maison » mais également que « M. X_____ certifie qu'il ne présente que des limitations relatives à son handicap physique (inhérent à ses constantes douleurs musculaires). Ainsi sans injonction particulière, il décide du déroulement de ses journées, il gère ses RDV médicaux ou autre, il cuisine quelques repas par semaine, il assume son hygiène personnelle... ».

C. Lors de la quatrième et dernière révision d'office intervenue en mars 2012 et s'inscrivant dans le cadre des dispositions finales de la sixième révision de la loi sur l'assurance invalidité, la Dresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a relevé l'absence de renseignements psychiatriques récents, qu'un examen SMR rhumato/psychiatrique était indiqué et a déclaré : « la partie psychiatrique devrait, s'il vous plaît et si cela est possible, être organisée à ma consultation » (rapport du 13 décembre 2012).

Dans son examen psychiatrique, le Dr S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, n'a après avoir examiné l'intéressé décelé chez lui aucun diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. En revanche, il a diagnostiqué des préoccupations événementielles (R-45.89) et une verbosité et circonspections masquant les raisons et gênant le contact (R-46.7), soit des pathologies sans influence sur la capacité de travail. En réponse aux mandants il a mentionné : « Le présent examen médical psychiatrique ne retrouve aucun signal d'appel orientant sur un trouble significatif récent ou actuel psychopathologique dans le registre des manifestations anxieuses, thymiques, perceptives ou délirantes, aucun indice créditant un trouble de l'adaptation ou un trouble de personnalité, aucune notion d'usage toxicomaniaque ou de syndrome cérébral organique, aucune notion de trouble

du développement psychologique ou de retard cognitif, aucun trouble du comportement datant de l'enfance ou de l'adolescence. ». En outre, il a admis que « les informations médicales psychiatriques antérieures au présent examen psychiatrique SMR différaient sensiblement de l'appréciation actuelle puisque pour l'ensemble d'entre elles, un trouble somatoforme (F-45.4) faisait l'unanimité avec dans un cas des troubles anxieux et dissociatifs » et conclu que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychique de sorte que ce dernier était pleinement apte à travailler dans toutes activités à partir du 27 novembre 2013, soit dès le jour des examens cliniques psychiatrique et rhumatologique (rapport du 28 novembre 2013).

Quant au Dr T_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie auprès du SMR, qui a procédé à l'examen clinique, il a limité son examen exclusivement à l'appareil locomoteur, le volet psychiatrique « trouble somatoforme douloureux » faisant l'objet de l'examen psychiatrique. Ce spécialiste a posé le diagnostic de spondylarthrite. Il a également indiqué que l'intéressé faisait état de plaintes multiples et de forte intensité, de jour comme de nuit, imprécises et difficiles à classer, qui ne concernaient pas uniquement l'appareil locomoteur, nécessitaient une prise médicamenteuse importante et que tous les traitements s'étaient soldés par un échec. Finalement, il a constaté que la maladie rhumatismale n'avait guère changé par rapport aux précédentes évaluations et que l'on pouvait exiger de X_____ une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% avec les limitations fonctionnelles suivantes : position de travail alternée, sans port de charge excédant 5-10 kg, sans travaux lourds, sans marche prolongée et sans nuisances diverses (bruit, poussière, intempéries, émanations, humidité, froid, chaud, etc.) [rapport du 6 décembre 2013].

Faisant la synthèse de l'examen bi-disciplinaire décrit ci-dessus, le SMR, par l'intermédiaire du Dr S_____, a retenu que seul le diagnostic de spondylarthrite empêchait l'intéressé d'exercer partiellement sa capacité de travail et qu'il était apte à travailler à 50% aussi bien dans son ancienne activité que dans une activité adaptée et ce à partir du 27 novembre 2013. En outre, il a indiqué dans son rapport : « Les informations médicales psychiatriques antérieures à l'examen psychiatrique SMR du 12/11/13 ne mentionnaient qu'un trouble du sommeil avec trouble concentration/mémoire dont l'impact fonctionnel semblait insignifiant » (rapport du 8 janvier 2014).

Le 5 décembre 2013, le Dr U_____, radiologue, a, sur la base de radiographies de la colonne cervico-dorso-lombaire et articulations sacro-iliaques, écarté la maladie

de Bechterew et indiqué que les symptômes de l'intéressé pourraient entrer dans le cadre d'une maladie de Forestier.

D. Le 27 janvier 2014, l'OAI a rendu son projet de réduction de rente d'invalidité. Reprenant l'avis de son SMR pour lequel l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 27 novembre 2013, l'OAI a retenu qu'il était apte à travailler à 50% dans une activité légère et adaptée. Par comparaison des revenus, il a déterminé un taux d'invalidité à 54%, soit un pourcentage ne donnant plus droit à une rente entière d'invalidité, mais à une demi-rente.

Le 20 mars 2014, l'OAI a confirmé sa décision de réduction de rente avec effet au 1^{er} mai 2014.

E. Le 2 mai 2014, X_____ a recouru céans contre cette décision. Il a contesté bénéficier d'une quelconque capacité de travail tant du point de vue physique que psychique et indiqué que son état s'était même aggravé (plusieurs pertes de connaissance). En outre, il a déclaré qu'il déposerait des rapports médicaux (des Drs V_____, rhumatologue, W_____, neurologue, AA_____, cardiologue et P_____, psychiatre et psychothérapeute) qui confirmeraient son état ainsi que son inaptitude à exercer une quelconque activité. Il a conclu à l'annulation de la décision, au maintien de la rente entière d'invalidité, à ce que les frais judiciaires et d'expertise privée soient mis à la charge de l'intimé, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de dépens. A l'appui de son recours, il a déposé divers anciens rapports médicaux, ainsi qu'une attestation médicale du Dr F_____ datée du 9 avril 2014. Ce médecin traitant a rappelé qu'il voyait son patient deux à trois fois par mois en raison notamment d'une nette recrudescence de douleurs somatiques généralisées (qu'il traitait par des injections intramusculaires et des anti-inflammatoires) et de pertes de connaissance qui devaient faire encore l'objet d'investigations par des confrères. Il a finalement retenu que la situation de son patient était critique, faite de souffrances psychique et physique intenses au quotidien, face auxquelles il était impuissant.

Le 5 juin 2014, le recourant a déposé un rapport du 6 mai 2014 de la Dresse V_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi qu'une correspondance du 15 mai 2014 du Dr P_____ adressée directement à l'intimé avec une liste de questions à l'attention du SMR.

La Dresse V_____ a mentionné que l'intéressé souffrait d'une spondylarthrite ankylosante, entraînant des douleurs persistantes de caractère inflammatoire du rachis

ainsi qu'une ankylose difficile à apprécier. En outre, elle a indiqué que malgré des examens radiologiques rassurants (radios de la colonne et du bassin du 5 décembre 2013, IRM lombaire du 9 avril 2014 et IRM sacro-iliaque du 17 avril 2014), le traitement médicamenteux était inadapté, de sorte qu'on ne pouvait considérer que la maladie était bien contrôlée. Elle a également souligné que compte tenu de la longue évolution de la symptomatologie douloureuse, le pronostic était réservé, mais que l'instauration de traitements anti-TNF et de rééducation devraient permettre une amélioration. Elle a conclu que dans l'attente de progrès, son patient présentait une incapacité totale de travail dans toute activité (rapport du 6 mai 2014).

Dans son pli du 15 mai 2014, le Dr P_____ a indiqué qu'après avoir pris connaissance du rapport de son confrère S_____ et en avoir discuté avec la Dresse BB_____, psychiatre et psychothérapeute (suivant l'intéressé depuis septembre 2013), ils en désapprouvaient tous deux les conclusions. Comme le Dr S_____ avait refusé de répondre directement et oralement à ses questions, le Dr P_____ a donc adressé une liste de neuf questions à l'intimé.

Dans un courrier du 25 juillet 2014 au Dr P_____, l'intimé a répondu, par l'intermédiaire du Dr S_____, à sept des neuf questions posées, écartant celle concernant l'anamnèse incomplète du Dr S_____ (à la lecture du dossier il s'agirait de la situation affective, conjugale et familiale du recourant qui n'aurait pas été abordée) ainsi que celle relative aux compétences et expériences de ce dernier. Il ressort de ce courrier que les diagnostics posés par le Dr S_____ résultaient de la version anglaise du CIM-10 2013 de l'OMS, que le contrôle de la bonne compliance médicamenteuse de psychotropes (contrôle du taux plasmatique) était inutile en l'absence de pathologie psychique, que les tests de Beck et de Hamilton sont utilisés pour la recherche et ne poursuivent pas un objectif de diagnostic, qu'en l'absence d'indice d'une pathologie active évolutive (les vraies dépressions ayant une durée moyenne de six mois, ce trouble se normalisant au-delà) il n'était pas pertinent de contacter la Dresse BB_____, que la durée de l'examen (50 minutes selon l'intéressé) était suffisante pour répondre au mandat du SMR, que l'assuré n'a pas été tuteuré durant ledit examen et enfin que l'expertise de 2003 du Dr P_____ a été prise en considération puisqu'elle a été citée dans le rapport du Dr S_____.

Insatisfait de ces déterminations, le Dr P_____ a répondu par courrier du 28 juillet 2014 qu'il était usuel pour le SMR de demander à l'expert d'effectuer un contrôle du taux plasmatique et d'utiliser des échelles objectives pour qualifier et quantifier un état dépressif. Il a également fait part de sa surprise concernant la normalisation d'une

dépression après six mois, ajoutant qu'il n'était pas suffisant de mentionner simplement une expertise antérieure sans discuter les diagnostics qui y avaient été retenus. En outre, le Dr P_____ a confirmé que l'état actuel de son patient était plus grave que celui retenu en 2003. Finalement, contestant la valeur probante du rapport du Dr S_____, il a suggéré que ce document soit purement et simplement retiré du dossier et la procédure de révision annulée.

Le 25 août 2014, X_____ a déposé une expertise privée confiée au Dr P_____ qu'il a réalisée sur la base du dossier du recourant, d'un entretien psychologique de presque cinq heures et examen psychiatrique de ce dernier, d'un consilium avec la Dresse BB_____ et d'une analyse psychotrope. Dans son rapport, le Dr P_____ a rappelé ses diagnostics posés en 2003 (cf. dessus p. 5) et décrit des anamnèses familiale, personnelle et professionnelle complètes et détaillées. Il a également résumé les différents rapports médicaux intervenus depuis son examen de 2003 ainsi que ceux figurant au dossier AI de l'intéressé. Concernant le consilium avec la Dresse BB_____, le Dr P_____ a noté que sa consœur trouvait le rapport d'examen du Dr S_____ superficiel, sans recherche réelle de compréhension du trouble de l'expertisé. Il a également procédé à des tests de Beck et de Hamilton qui ont mis en évidence des scores de respectivement 50 points et de 33 points correspondant tous deux à une dépression sévère. Le Dr P_____ a constaté une aggravation des diagnostics qu'il avait posés en 2003. Dans son rapport, il a passé en revue et expliqué chacun de ses diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère (F32.2), de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale (F 45.4), de trouble de panique avec agoraphobie (F 40.01), de trouble de conversion avec déficit moteur (F 44.4), de phobie spécifique (F40.2), de dépendance aux anxiolytiques (F13.2), de trouble de la personnalité non spécifié, décompensé (F60.9), de personnalité à traits borderline-abandonniques. Quant à la capacité de travail, compte tenu de l'aggravation constatée depuis la dernière expertise de 2003, le Dr P_____ a confirmé qu'elle était nulle pour toute activité (expertise p. 34). Au passage, il a une nouvelle fois contesté la valeur probante du rapport de son confrère S_____ pour qui « l'être humain se résume à un agglomérat de symptômes, qu'ils soient présents ou non... l'assuré n'existe que par la présence de symptômes ou non durant l'entretien... Il n'y a aucune référence aux antécédents plutôt clairement expliqués... » (expertise privée du 19 août 2014).

Dans sa réponse du 22 octobre 2014, l'intimé a demandé que l'expertise privée du Dr P_____ soit, du point de vue de l'appréciation des preuves, qualifiée de rapport d'un médecin traitant, voire écartée du dossier en raison de la partialité de son auteur. En outre, il a indiqué, après avoir pris l'avis de son SMR, que l'expertise privée n'était pas de nature à remettre en cause l'appréciation médicale de ce service et soutenu que l'intéressé avait adopté un statut d'invalidé rendant très difficile toute constatation objective et que seul le Dr P_____ avait retenu qu'il présentait un « comportement authentique ». S'agissant du diagnostic de dépression sévère, le Dr S_____ l'a écarté dans la mesure où il doutait qu'un assuré souffrant de cette pathologie puisse rester concentré et vigilant durant environ cinq heures (durée de l'examen du Dr P_____) et effectuer quelques tâches ménagères et administratives. L'intimé a également relevé que le rapport du Dr P_____ reposait sur des plaintes subjectives dont l'existence n'a pas été démontrée, du point de vue de la vraisemblance prépondérante, par des constatations objectives et fiables. Finalement se référant aux dispositions finales de la 6^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) ainsi qu'à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 130 V 352), l'intimé a déclaré que le trouble dépressif majeur, épisode isolé d'intensité légère ou épisode dépressif léger (F32.0) - retenu par le Dr P_____ en 2003 - ne permettait pas de déduire qu'une dépression légère puisse constituer une comorbidité psychiatrique indépendante qui serait propre (si les critères de Foerster sont remplis) à fonder un trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant (cf. arrêt 9C_761/2012 du 7 juin 2013 consid. 5.4). Ne pouvant pas remettre en cause sa décision de 2003 concernant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, l'intimé a néanmoins affirmé qu'il était « hasardeux » (sous l'angle de la médecine d'assurance) d'avoir reconnu en 2003 que le recourant était totalement incapable de travailler en raison d'un grave trouble psychique. L'intimé a conclu au maintien de la décision entreprise avec substitution de motifs, il a demandé que l'expertise privée soit écartée du dossier et que les frais y relatifs ainsi que les frais de procédure soient supportés par le recourant.

Dans sa réplique du 3 novembre 2014, le recourant a confirmé les conclusions de son recours.

Dans sa duplique, l'intimé a souligné que les appréciations médicales des parties étaient diamétralement opposées et que si la Cour de céans n'était pas convaincue par les conclusions du Dr S_____, il lui était loisible d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 2 mai 2014, le présent recours, dirigé contre la décision datée du 20 mars 2014 a été interjeté, compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques, dans le délai légal de 30 jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la réduction d'une rente entière d'invalidité à une demi-rente, en application de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI.

3.1 Selon la lettre a alinéa 1 des dispositions finales du 18 mars 2011 modifiant la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification (soit à partir du 1^{er} janvier 2012). Si les conditions visées à l'article 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'article 17 alinéa 1 LPGA ne sont pas remplies. L'alinéa 4 de la lettre a précise que l'alinéa 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

3.2 Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la lettre a alinéa 1 des dispositions finales de la 6e révision de l'AI (premier volet) pouvait avoir lieu (à cet égard, cf. également les circulaires successives éditées par l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 [CDF]). Ainsi, seules sont susceptibles d'être révisées à ce titre les rentes allouées sans tenir compte de la jurisprudence relative au syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 8 consid. 2.2.2). Dans ce cas, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue.

Par ailleurs, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, et seul ce diagnostic doit subsister au moment de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2, arrêt 8C_972/2012 du 31 octobre 2013 consid. 10.1.2, arrêt 9C_748/2013 consid. 5.2 du 10 février 2014). Néanmoins, dans un arrêt récent le Tribunal fédéral a encore précisé que lorsqu'une rente a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la lettre a alinéa 1 des dispositions finales en ce qui concerne les premières (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3, arrêt 8C_74/2014 du 16 mai 2014 consid. 6.2.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-3707/2013 du 24 novembre 2014 ; Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, valable dès le 1^{er} janvier 2015). Au surplus, il convient également d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé et de vérifier si les "critères de Foerster" sont remplis permettant ainsi de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2).

3.3 En l'espèce, le recourant, né le 25 avril 1965, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans révolu au 1^{er} janvier 2012 (date de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de la LAI) et était au bénéfice d'une rente d'invalidité (avec effet au 1^{er} février 2001) depuis presque 11 ans au moment du réexamen de sa rente en mars 2012 (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Il ne pouvait dès lors pas bénéficier de la garantie des droits acquis. En outre, la rente avait été octroyée en raison d'une pelvispondylite rhumatismale, de trouble somatoforme douloureux, d'état dépressif majeur de degré léger, de trouble de panique sans agoraphobie et de trouble de la personnalité non spécifié. Le maintien de la rente entière d'invalidité en 2005, 2007 et 2010 a chaque fois été motivé par la pelvispondylite rhumatismale et le trouble somatoforme douloureux pour lequel il n'existait aucune explication sur le plan organique. Dans ces conditions, c'est à juste titre qu'en mars 2012, l'intimé a procédé, pour cette dernière pathologie, à la révision du cas de l'assuré et à son examen sous l'angle de la jurisprudence «Päusbonog» (acronyme de patogenetisch-ätiologisch-unklare-syndromale-Beschwerden-ohne-Nachweis-organischer-Grundlagen ou syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique).

4.1 Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux – de même que le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, l'hypersomnie non organique, les troubles

dissociés de la motricité, le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique et les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 et la jurisprudence citée) – n'entraînent en règle générale pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe en effet une présomption que ces pathologies ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et 4.2.1 et 131 V 49 consid. 1.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1 et 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.1).

4.2 Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères – dits "de Foerster" – permettant d'apprécier le caractère invalidant de tels troubles d'origine indéterminée et sans substrat organique objectivable. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 365 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1; cf. également ATF 140 V 290 consid. 3.3.1 et 139 V 547 consid. 6 et 7).

Plus les critères mentionnés ci-dessus sont satisfaits et plus leur acuité est grande, plus il conviendra d'admettre que l'assuré n'est raisonnablement pas capable de fournir l'effort de volonté lui permettant de surmonter son état (ATF 137 V 64 consid. 4.1 et 131 V 49 consid. 1.2; arrêt 8C_33/2013 du 13 décembre 2013 consid. 4.2.1 [considérant non publié à l'ATF 140 V 8]). Par contre, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Il en ira par exemple ainsi en cas de discordance entre les

douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que de l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 365 consid. 4.2.2).

4.3 Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux – comme tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Il en va en particulier ainsi s'agissant de la fibromyalgie, quand bien même ce diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3), dès lors que selon l'opinion dominante, les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités (cf. consid. 4.2 ci-avant) – que la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence citée).

La mission d'expertise consiste en définitive essentiellement à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose, ou non, des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 précité consid. 4.2, 9C_673/2012 du 28 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C_936/2011 du 21 mars 2012 consid. 3.1). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et 4.2). La preuve de l'invalidité n'est en revanche pas apportée lorsque malgré des investigations complètes et consciencieuses, les effets sur la capacité de travail de la symptomatologie douloureuse demeurent vagues et indéterminés (ATF 140 V 290 consid. 4.1 et 4.2).

4.4 Selon la jurisprudence, un rapport d'expertise doit être rédigé en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et

scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). La jurisprudence considère les lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité de février 2012 émises par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie comme un standard reconnu pour une expertise psychiatrique appropriée et équitable. Ces directives doivent être comprises comme une recommandation dont il est possible de s'écarter pour des raisons justifiées dans un cas particulier motivé. Elles doivent rendre service à celui qui applique le droit lors de l'évaluation de la qualité de l'expertise (140 V 260 consid. 3.2). En outre, une expertise doit contenir une partie consacrée à une discussion générale du cas, où sont intégrés, dans un tableau global cohérent, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives, l'observation clinique et le résultat des examens complémentaires pratiqués (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58 p. 177). Il sied également d'ajouter que l'annexe 2 des lignes directrices susmentionnées traite précisément de l'exigibilité et de la « surmontabilité » en cas de trouble douloureux somatoforme persistant. En effet, pour renverser la présomption selon laquelle, après un certain nombre d'années, cette pathologie peut être surmontée par un effort de volonté de l'assuré et qu'une reprise du travail est possible, on se fondera sur les critères de Foerster. En cas de troubles douloureux, il est utile pour l'application du droit que l'expertise psychiatrique contienne des indications concernant ces critères (ATF 140 V 290 consid. 3.3.1, 139 V 547 consid. 6 et 7, 136 V 281 consid. 3.2.1, ATF 132 V 365 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1), soit :

- l'existence d'une comorbidité psychique suffisamment sévère, intense, marquée et durable, l'association à une pathologie physique chronique et le fait que la maladie dure depuis plusieurs années, avec une symptomatique inchangée, voire aggravée, et sans rémission durable ;
- un isolement social avéré dans tous les domaines de la vie ;
- un trouble dont l'évolution est cristallisée, inaccessible à toute thérapie, et qui résulte d'un conflit non résolu, qui libère ainsi le psychisme (bénéfice primaire de la maladie) ;
- l'issue insatisfaisante d'un traitement mené de manière adéquate (selon différentes approches thérapeutiques) et l'échec des mesures de réadaptation malgré la motivation et les efforts personnels de la personne expertisée.

4.5 En préambule, on mentionnera que l'examen psychiatrique du SMR n'a pas été confié à la Dresse R_____, comme elle l'avait sollicité dans son rapport du 13 décembre 2012, alors qu'elle y a expressément mentionné qu'il s'agissait d'un cas d'application des dispositions finales de la 6^e révision LAI. En effet, à la lecture du dossier, on relèvera que ces dispositions légales semblent avoir été oubliées par le Dr S_____ (même s'il a également mentionné ces dispositions légales dans son rapport) et l'auteur de la décision initiale entreprise (l'intimé, dans sa réponse du 22 octobre 2014 prenant une conclusion avec substitution de motifs). La Cour constate que le rapport du Dr S_____ ne traite pas le cas du recourant sous l'angle des critères de Foerster, comme recommandé dans les lignes directrices susmentionnées (d'ailleurs sans les citer nommément l'intimé se réfère à ces critères, dans sa réponse du 22 octobre 2014, mais ne les examine pas [cf. page 11, dernier paragraphe]). Dans son rapport ce spécialiste se limite à examiner l'état psychiatrique du recourant au 27 novembre 2013 en excluant tout une série de différentes pathologies psychiques. Les conclusions auxquelles il aboutit ne résultent pas d'une discussion générale ou analyse globale cohérente. Sans fournir la moindre explication quant à l'évolution de l'état de santé mentale du recourant - alors que la rente entière d'invalidité a été octroyée notamment sur la base d'une pathologie psychique admise et reconnue à l'époque par des psychiatres et l'intimé - il a conclu tout simplement à l'absence de tout trouble psychique chez le recourant. Une prise de contact avec le psychologue Q_____ et la Dresse BB_____ aurait été en l'espèce souhaitable.

En outre, on ne saurait suivre les conclusions du Dr S_____ notamment lorsqu'il déclare dans son rapport du 28 novembre 2013 que « les informations médicales psychiatriques antérieures diffèrent sensiblement de son appréciation, puisque pour l'ensemble d'elles, un trouble somatoforme faisait l'unanimité avec dans un cas des troubles anxieux et dissociatifs » et qu'il n'aborde nullement ce trouble dans son examen. On relèvera également que l'intimé, contrairement au Dr S_____, a retenu dans la décision entreprise une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (et non pas dans toute activité). De plus, ce spécialiste a indiqué dans son rapport du 8 janvier 2014 que « les informations médicales psychiatriques antérieures à l'examen psychiatrique du SMR du 12/11/2013 (recte 27/11/2013 ?) ne mentionnaient qu'un trouble du sommeil avec trouble concentration/mémoire dont l'impact fonctionnel semblait insignifiant », ce qui en l'espèce, à la lecture du dossier de l'assuré, n'est pas le cas. Finalement, on soulignera que lorsqu'il aborde le cas du recourant dans son rapport du 16 octobre 2014, il ne le fait pas sur la base de

constatations découlant de son propre examen, mais d'éléments découlant de l'expertise privée du Dr P_____.

Eu égard à ce qui précède, le rapport du Dr S_____ ne permet pas, en l'absence de toute discussion concernant le trouble somatoforme douloureux et la « surmontabilité » de cette pathologie, de se faire une idée précise sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Force est de constater que la Cour de céans ne peut pas reconnaître une valeur probante aux conclusions de ce spécialiste.

5.1 S'agissant du rapport d'expertise privée, bien qu'il soit plus complet que le rapport du SMR (le Dr P_____ ayant procédé à une anamnèse complète en passant en revue notamment la situation conjugale, familiale et personnelle du recourant et discuté de chaque symptôme clinique en l'intégrant dans son contexte), il n'emporte toutefois pas entièrement la conviction du Tribunal. En effet, tout comme le Dr S_____, l'expert ne s'est pas prononcé sur l'existence réelle des critères dits de Foerster détaillés ci-dessus et a limité son mandat (sur la base des questions qui lui ont été posées) à examiner l'état de santé psychique du recourant et son évolution, principalement par rapport aux considérations et conclusions du Dr S_____ (Gabriela Riemer-Kafka, Expertises en médecine des assurances, 2^e éd., 2012, Berne, p. 48 s).

5.2 Partant la cause n'est pas en état d'être jugée ; ni le rapport médical du Dr S_____ ni l'expertise privée du Dr P_____ ne permettent à la Cour de se prononcer sur l'impact des troubles somatoformes sur la capacité de travail du recourant. Selon la jurisprudence (arrêt U 58/01 du 21 novembre 2001, DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

5.3 Eu égard à ce qui précède, il ressort du dossier AI du recourant qu'aussi bien la lettre de l'intimé confiant à son SMR le mandat d'examiner l'intéressé (pièce OAI 115-1), que le rapport final du Dr S_____ (pièce OAI 123-1) mentionnaient tous deux l'application des dispositions finales de la 6^e révision de la LAI dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Ces éléments étant (selon la jurisprudence du Tribunal fédéral que l'intimé ne pouvait ignorer et qu'il a même citée dans sa réponse) indissociablement liés aux critères de Foerster, il y a lieu de considérer que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et qu'il n'appartient pas à la Cour de céans, comme suggéré, d'ordonner une expertise judiciaire pour combler cette importante lacune. La cause est donc renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire indépendante (psychiatrique, neurologique et rhumatologique, à l'instar des disciplines médicales sollicitées lors de l'examen approfondi réalisé fin 2000 par la CRR) conformément aux articles 44 LPGA et 72bis RAI, ainsi qu'aux règles de mise en œuvre d'expertises précisées par le Tribunal fédéral (ATF 137 V 210). A l'issue d'une discussion finale globale, entre les différents spécialistes concernés, qui intégrera les critères de Foerster, cette expertise indépendante devra indiquer clairement si le recourant remplit lesdits critères ou non et s'il dispose d'une capacité de travail dans toute activité (habituelle ou adaptée).

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 20 mars 2014 annulée, en ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède elle-même à la mesure d'instruction supplémentaire sous forme d'expertise pluridisciplinaire indépendante, puis rende une nouvelle décision.

6.1 Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, si cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473 ; 115 V 62). En l'occurrence, ce n'est pas l'expertise du Dr P_____ qui a amené la Cour de céans à remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr S_____. Dès lors, la conclusion du recourant tendant à condamner l'intimé à supporter les frais de l'expertise privée doit être rejetée.

6.2 Le recourant obtenant partiellement gain de cause (sa conclusion relative à l'octroi d'une rente entière n'étant pas admise) il se justifie de lui accorder des dépens (art. 61 let. g LPGA), lesquels seront supportés par l'intimé (art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA). En la présente cause, Me M_____ a déposé un recours bien étayé, une réplique et quatre courriers. Les dépens sont donc arrêtés à 1500 fr., débours compris, et mis à la charge de l'intimé.

6.3 Les frais, arrêtés à 500 fr. en fonction de la charge liée à la procédure, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 81bis al. 2 et 89 al. 1 LPJA).

Prononce

1. Le recours est partiellement admis, la décision du 24 mars 2014 annulée et le dossier est renvoyé à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens du considérant 5.3.
2. L'Office AI versera à X_____ 1500 fr. de dépens.
3. Les frais de justice de 500 fr. sont mis à la charge de l'Office AI.

Sion, le 24 février 2015