



RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AI 90 / 2014 + AJ 91 / 2014

Président : Philippe Guélat
Juges : Daniel Logos et Sylviane Liniger Odiet
Greffière : Gladys Winkler Docourt

ARRET DU 29 OCTOBRE 2015

en la cause liée entre

A.,

- représenté par **Me Clémence Girard-Beuchat**, avocate à Porrentruy,

recourant,

et

l'Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura, Rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier,

intimé,

relative à la décision sur opposition de l'intimé du 23.07.2014 (JUYDO).

CONSIDÉRANT

En fait :

A. A. (ci-après : le recourant), né en 1963, est au bénéfice de prestations AI depuis 1981. Il a dans un premier temps fait l'objet de mesures professionnelles, notamment sous la forme d'une formation initiale comme aide-hospitalier (PJ 14 et 26). L'intéressé souffre en effet d'une faible acuité visuelle (PJ 7). Ces mesures ont été abandonnées dès 1985, en raison d'une chondromalacie rétropatellaire bilatérale (PJ 30). Un reclassement professionnel en tant que représentant a été tenté, en vain (PJ 44). Une telle mesure dans le secteur du micromontage n'a pas eu davantage de succès (PJ 53). L'assuré a manifestement mis fin de son propre chef à un stage d'observation professionnel au COPAI en 1987 (PJ 59). L'examen médical réalisé à cette occasion par le Dr B. fait état de trois types de difficultés médicales au moins, à savoir un astigmatisme myopique corrigé et stationnaire, des douleurs bilatérales du genou attribuées à une chondromalacie rétropatellaire ainsi que des douleurs des jambes et

des bras mal systématisés et ne correspondant à aucun territoire neurologique délimité, une fatigabilité musculaire inhabituelle et une faiblesse en particulier des jambes, à quoi s'ajoutent des crises de tétanie par hyperventilation. Il recommande un traitement psychiatrique (PJ 60).

Une expertise neurologique réalisée par le Dr C. du CHUV le 23 octobre 1987 pose le diagnostic de somatisations invalidantes avec état d'angoisse ; le status neurologique est normal (PJ 62).

Une expertise psychiatrique a été confiée au Centre médico-psychologique à Delémont, qui avait déjà réalisé une première expertise en 1983 (cf. PJ 11). Dans leur rapport du 8 mars 1988, les Drs D. et E. retiennent les diagnostics de troubles de la personnalité graves dans le sens d'un état limite. Par ses structures psychiques, l'assuré est incapable de suivre un travail régulier et son incapacité de travail doit être considérée comme quasi-totale. Une réadaptation professionnelle n'a pas de réelles chances de succès, tandis que les possibilités thérapeutiques sont limitées (PJ 65).

Sur cette base, retenant un degré d'invalidité de 80 % (PJ 70), l'Office AI a octroyé une rente entière au recourant dès le 22 mars 1987 (PJ 67), qui a été maintenue dans le cadre des différentes procédures de révision (PJ 76, 89, 98, 114, 136).

Cela étant, depuis 1991, l'assuré travaille comme concierge à temps partiel à raison de deux heures par jour environ (PJ 118).

- B. Le SMR a réalisé un examen rhumatologique et psychiatrique le 21 février 2007. Les Drs F., spécialiste en médecine physique et de rééducation, G., psychiatre, et H., médecin-chef, retiennent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble délirant persistant (F22.8), trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), trouble panique (F41.0) ; sans répercussion sur la capacité de travail : status après tendinite calcifiante de l'épaule droite, syndrome algique chronique dans un contexte de trouble d'ordre psychique majeur, dépendance au cannabis (F12.25), dépendance à l'alcool (F10.25) et dysthymie (F34.1). Ces médecins concluent que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé à caractère somatique invalidant. Les plaintes algiques évoluant actuellement depuis au moins 25 ans sont à intégrer dans un contexte de troubles d'ordre psychiatrique et non dans un contexte de fibromyalgie. En d'autres termes, sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré présente une pleine capacité de travail sans aucune limitation fonctionnelle particulière ; toutefois, au vu de l'atteinte d'ordre psychiatrique, il est toujours en incapacité de travail totale, l'activité de concierge exercée à raison de deux heures par jour pouvant être considérée comme une activité occupationnelle. Il est peu probable que la situation s'améliore à l'avenir (PJ 134).

La rente entière a ainsi été maintenue (PJ 136).

- C. La Commune de Y. a annoncé à la Caisse de compensation du Canton du Jura, le 31 août 2009, que le recourant avait effectué différents travaux en remplacement de son cantonnier, malade (PJ 148).

Un questionnaire pour révision de la rente a de ce fait été envoyé à l'assuré, qui l'a rempli le 12 septembre 2009. Il souligne que son état de santé est resté le même et ne fait mention que d'une seule activité lucrative accessoire, celle de concierge (PJ 150).

Le receveur communal de Y. a précisé le 16 août 2010 que l'intéressé avait réalisé différents travaux de voirie, tels que débroussaillage, nettoyage des berges, balayage, etc. ; le recourant, informé que ses revenus seraient déclarés, aurait renoncé à poursuivre son activité (PJ 162).

L'Office AI a procédé le 16 août 2010 à un nouveau calcul de la perte économique, qui aboutit à une perte de 89 %, en prenant en compte le revenu supplémentaire réalisé en 2009 auprès de la Commune de Y., par CHF 5'404.- (PJ 162).

Un conseiller de l'Office AI a rencontré le recourant le 26 juillet 2011 pour faire le point. Au vu des explications fournies par celui-ci, à savoir qu'il s'est contenté de faire le chauffeur avec une voiture et une remorque et que les travaux d'entretien ont été réalisés par deux amis sans emploi, ledit conseiller en conclut qu'il est inutile de mettre sur pied une observation professionnelle (PJ 169).

Compte tenu du fait que lors de cet entretien, le recourant avait indiqué refuser toute médication pour ses problèmes psychiques, l'Office AI a demandé au SMR le 17 janvier 2012 de reprendre l'étude du dossier (PJ 170). La Dresse I. a proposé une expertise psychiatrique auprès du Dr J. (PJ 172).

Dans son rapport du 2 août 2012, l'expert considère qu'il n'y a aucune pathologie psychiatrique ni aucun trouble de la personnalité décompensé qui pourrait justifier une incapacité de travail chez l'assuré, qui est apte à travailler depuis de nombreuses années. Il n'y a aucune limitation du point de vue psychique ou social. Le trouble somatoforme ne s'accompagne pas de comorbidités psychiatriques et n'est donc pas handicapant. Le pronostic reste toutefois réservé, étant donné que l'assuré est inactif professionnellement depuis longtemps et qu'il s'est accommodé à sa vie de rentier (PJ 183).

La Commune de Y. a précisé le 12 octobre 2012 que le recourant avait été engagé en 2009, à la suite de la maladie de l'un de ses employés, et qu'il avait travaillé pendant un mois et demi, en juillet et août 2009. Il a été rémunéré sur la base de factures qu'il a établies (PJ 188). Les trois factures produites s'élèvent au total à CHF 5'062.50, sur la base d'un tarif horaire de CHF 30.- ; il en ressort que certains travaux ont manifestement été réalisés par deux personnes (PJ 189-191).

L'Office AI a mandaté un enquêteur externe pour une observation de l'assuré. Selon les conclusions du rapport du 16 septembre 2013, l'intéressé effectue des travaux d'entretien et de jardinage pour des particuliers, parfois pendant plusieurs jours ; il utilise des machines-outils professionnelles et déploie un travail assez astreignant physiquement (cf. annexe 1 du dossier de l'intimé).

- D. Se basant sur l'expertise du Dr J., considérée comme probante par le SMR (PJ 194), l'Office AI, par décision du 4 avril 2014, a suspendu avec effet immédiat la rente d'invalidité de l'assuré (PJ 195). Le recours formé contre cette décision a été rejeté par le président de la Cour de céans le 21 août 2014 (AI 45/2014 ; PJ 214).
- E. Dans l'intervalle, par décision du 23 juillet 2014, l'Office AI a supprimé la rente du recourant avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2009. Il retient en substance qu'au vu du dossier, l'assuré déploie manifestement depuis 2009 au moins une activité indépendante, dont l'ampleur n'est pas déterminée ; cette activité n'a toutefois pas été annoncée. Le droit à la rente n'est ainsi pas justifié, ce que l'expertise du Dr J. corrobore (PJ 211).
- F. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans par mémoire du 28 août 2014, concluant à titre principal à son annulation et à ce que le versement des prestations soit repris, et, à titre subsidiaire, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens (AI 90/2014).

En parallèle, il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.
- G. Par décision du 5 septembre 2014, l'Office AI a rendu une décision de restitution de la rente d'invalidité pour la période de janvier 2009 à avril 2014, soit CHF 98'568.- (PJ 213). L'assuré a recouru contre cette décision le 8 octobre 2014 (PJ 222). Cette procédure (dossier AI 125/2014) a été suspendue le 13 février 2015, jusqu'à droit connu dans la présente cause.
- H. L'Office AI a conclu au rejet du recours relatif à la suppression de la rente le 2 décembre 2014. S'agissant de la requête d'assistance judiciaire gratuite, il laisse le soin à la Cour de bien vouloir se prononcer.
- I. Le recourant s'est déterminé le 9 janvier 2015.
- J. L'Office AI s'est prononcé le 27 janvier 2015.
- K. Il sera revenu ci-après dans la mesure utile sur les différents éléments du dossier.

En droit :

1. Interjeté dans les formes et délai légaux par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir, le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. La présente procédure ne porte que sur le droit à la rente du recourant, respectivement sa suppression avec effet au 1^{er} janvier 2009. La problématique de la restitution des prestations prétendument touchées indument ne fait pas partie de l'objet du litige.
3. L'office AI considère que tant les conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA que celles de la reconsidération au sens de l'article 53 LPGA sont données.

Il y a toutefois lieu de rappeler que la reconsidération et la révision se distinguent et s'excluent l'une l'autre. Selon la définition usuelle, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Elle procède au contraire à une révision, c'est à dire qu'elle augmente, réduit ou encore supprime, d'office ou sur demande, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Cela étant précisé, conclure à l'existence d'un motif de reconsidération implique par conséquent que la décision initiale était manifestement erronée, alors qu'admettre un motif de révision signifie implicitement que la décision initiale était correcte, mais que les circonstances dont dépendait son octroi avaient changé (TF 9C_536/2014 du 9 décembre 2014 consid. 3.1).

4.
 - 4.1 Selon l'article 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1 ; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2).

Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance - à l'époque - de preuves de faits essentiels (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3). En effet, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (cf. TF 9C_221/2012 du 3 septembre 2012 consid. 4.1 ; 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 3.3 ; 9C_659/2008 du 31 octobre 2008 consid. 4).

- 4.2 Il sied dans un premier temps de rappeler qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des communications rendues par l'office intimé les 25 octobre 1991 (PJ 76), 28 février 1995 (PJ 89), le 14 août 1998 (PJ 95) et 14 novembre 2002 (PJ 114) à la suite des procédures de révision ordinaire, car elles ne reposaient pas sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit.

Cela étant, ni la décision initiale d'octroi de la rente du 25 mai 1988 (PJ 70), ni la décision du 28 mars 2007 (PJ 136), n'apparaissent pas manifestement erronées, dans la mesure où elles étaient fondées sur divers avis médicaux versés au dossier, respectivement sur deux expertises qui ont été considérées comme convaincantes de la part de l'Office AI. Les deux rapports d'expertise de 1988 et 2007 retiennent des troubles graves de la personnalité (PJ 65/5 et 134/6). Les médecins traitants du recourant ont une appréciation un peu différente, mais ils ne sont pas spécialistes en psychiatrie. La Dresse K. fait ainsi état dans son rapport du 14 octobre 1991 de troubles de la personnalité graves (somatisations invalidantes ; PJ 73), puis de fibromyalgie chronique le 26 septembre 1994 (PJ 87). Le Dr L. retient un syndrome de fibromyalgie et cervicarthrose légère le 5 août 1998 et souligne l'absence de déficit neurologique (PJ 94). L'absence de toute atteinte somatique était ainsi connue et la rente allouée l'était en raison de l'atteinte psychiatrique. On ne saurait ainsi considérer, comme le prétend l'intimé, que le diagnostic retenu par les experts n'était en corrélation ni avec les diagnostics des experts intervenus précédemment ni avec ceux reconnus par les thérapeutes de l'intéressé. On peut du reste souligner que dans le contexte spécifique de l'évaluation de l'incapacité de travail, le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient ne joue qu'un rôle secondaire. Ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion concrète de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). En outre, tant les experts du SMR, lorsqu'ils ont effectué l'examen rhumatologique et psychiatrique en 2007 (PJ 134/7), que l'Office AI étaient au courant du fait que le recourant exerçait une activité de concierge depuis de très nombreuses années. A cet égard, il n'est pas établi que le recourant se livrait en 2007 déjà à des activités de

jardinage à un taux relativement important, comme l'allègue l'Office AI. Finalement, on peut relever qu'en 1987 déjà, un collaborateur de l'Office AI soulignait qu'il était persuadé que l'intéressé était capable d'un travail mais que pour des raisons familiales et affectives, il s'était développé chez lui une nonchalance que l'Office AI avait fortement aidée (PJ 59bis).

Dans ces circonstances, les conditions d'une reconsidération au sens de l'article 53 al. 2 LPGA ne sont pas remplies.

- 4.3 Selon l'article 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3 ; 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2).

Les conditions de l'article 53 al. 1 LPGA ne sont pas davantage réalisées ici, puisqu'ainsi que cela a été relevé ci-dessus, l'activité de concierge était connue et a été prise en considération, tandis qu'il n'est pas établi que l'intéressé offrait, avant 2009, ses services comme jardinier-paysagiste à un taux d'activité important (dans ce sens : TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.3).

5. Il convient toutefois d'examiner si les conditions de l'article 17 LPGA sont réalisées, singulièrement si l'état de santé du recourant, respectivement si les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de gain, se sont modifiés entre le 28 mars 2007 (PJ 136), date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen complet de la situation du recourant, et le 23 juillet 2014 (PJ 211), date de la décision litigieuse de suppression de la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5).

- 5.1 En vertu de l'article 17 LPGA, relatif à la révision de la rente, 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 (al. 1). 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 (al. 2).

La révision du droit à la rente au sens de l'article 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b ; TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 4.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 3054 ss, 3065 et les références).

- 5.2 En l'espèce, il ressort du dossier, en particulier des observations auxquelles a procédé le détective privé que le recourant, depuis 2009 à tout le moins, fait plus qu'exercer une simple activité occupationnelle de concierge à raison de deux heures par jour. Au contraire, il dispose de matériel professionnel pour la réalisation de travaux de jardinage, comme la taille de haies, et offre ses services à des particuliers, ainsi qu'à des collectivités publiques. S'il ne travaille pas à temps plein, le rapport d'observation démontre néanmoins qu'il peut exercer une activité à un taux relativement important, puisqu'il est occupé parfois plusieurs heures par jour durant plusieurs jours chez une même personne. En outre, à l'instar de l'intimé, on peut relever qu'il dispose d'un carnet de factures établi à son en-tête, qu'il remplit ensuite manuellement. Manifestement, au vu du format, il n'a pas établi lui-même les documents en question au moyen d'un ordinateur, contrairement à ce qu'il prétend dans son recours. Cela démontre bien que les travaux qu'il effectue ne sont pas ponctuels mais qu'il intervient relativement régulièrement. Dans ces circonstances, on doit admettre que si son état de santé est apparemment resté identique, les conséquences sur sa capacité de gain ont évolué. En outre, contrairement à ce que prétend le recourant, l'amélioration du revenu dépasse de toute évidence CHF 1'500.- par an (cf. art. 31 al. 1 LAI), puisqu'il se fait rémunérer à un tarif horaire de CHF 20.- (cf. courriel du 2 octobre 2013 ; annexe 1 du dossier de l'intimé) et que les seuls travaux réalisés pour la Commune de Y., durant un mois et demi en juillet et août 2009, ont été facturés (à un tarif horaire de CHF 30.-) à hauteur de CHF 5'000.-

environ, salaire englobant certes également l'activité d'une tierce personne ayant collaboré avec le recourant (cf. PJ 189-191). A cet égard, les allégués du recourant, qui a déclaré au conseiller AI le 26 juillet 2011 qu'il s'était contenté de véhiculer deux amis qu'il avait ensuite rémunérés au noir (PJ 169), n'apparaissent pas crédibles. Le courriel reçu de la recette communale de Y. souligne en effet que l'intéressé, alors qu'il toucherait, selon leurs informations, une rente AI et des prestations complémentaires, a effectué divers travaux d'entretien pour remplacer le cantonnier (PJ 148) ; le recourant dispose de matériel et de papier à en-tête. Enfin, on ne voit pas quel aurait été son intérêt de faire réaliser les travaux en question par des tiers auxquels il aurait ensuite reversé l'essentiel des montants reçus, d'autant moins que des cotisations sociales ont été prélevées sur les sommes en question (cf. PJ 192).

Il doit ainsi être retenu que les conséquences de l'état de santé du recourant sur sa capacité de gain ont notablement évolué. Il doit ainsi être admis que les conditions d'une révision au sens de l'article 17 LPGA sont réalisées et qu'il y a lieu de procéder à une nouvelle évaluation matérielle de la capacité de travail de l'intéressé.

6. La dernière expertise au dossier est celle du Dr J. (cf. consid. C ci-dessus). Il apparaît qu'elle a pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 sur les critères à remplir), dès lors qu'elle se fonde sur une anamnèse complète, repose sur des examens complets du patient et reprend les plaintes de celui-ci. Ses conclusions sont par ailleurs motivées. A cet égard, on peut souligner que si, selon les expertises précédentes, l'invalidité du recourant est d'origine psychiatrique (troubles de la personnalité graves selon l'expertise de 1988 [PJ 65] ; trouble délirant persistant, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et trouble panique ; [PJ 134/6]), le recourant n'est pas suivi par un psychiatre et ne bénéficie d'aucune médication à cet effet (PJ 169 et 183).

Concernant le trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie, l'expertise précédente réalisée en 2007 excluait tout bonnement ce diagnostic (cf. consid. B ci-dessus). Le Dr J. souligne quant à lui que les critères de gravité de Meyer-Blaser ne sont pas réalisés. La jurisprudence a toutefois été modifiée tout récemment et la notion de critères a été abandonnée au profit de celle d'indicateurs (cf. TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 prévu pour la publication officielle). Cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La personne assurée continue à supporter le fardeau de la preuve. Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social

dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir 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.

Il sied dans un premier temps de relever que dans le cas d'espèce, l'origine même du trouble somatoforme est peu clair ; aucun contexte émotionnel ni de problèmes psychosociaux n'ont été mis en évidence lors du diagnostic de ce trouble, qui semble avoir été mis en exergue pour la première fois par la Rheaklinik de Rheinfelden en 1993, qui a retenu 13 points sur 24 (PJ 86). Ce trouble a toutefois été exclu par les experts en 2007 (PJ 134/7) et n'a même pas été mentionné lors de la première expertise en 1988. Le recourant ne suit aucune thérapie particulière, à l'exception de la consultation tous les trois à quatre mois de son médecin généraliste, le Dr L., ainsi que du suivi, manifestement ponctuel, par le Dr M., rhumatologue (cf. PJ 150 et 160). Sa médication est modérée et vise essentiellement des atteintes somatiques non invalidantes dans le cas particulier (condrosulf, dafalgan, sirdalud, tramadol et inderal). A l'instar de ce que retient l'expert, le dossier démontre clairement qu'il n'y a pas d'isolement social. L'observation à laquelle il a été procédé en septembre 2013 atteste que l'intéressé a une vie sociale relativement active et qu'il ne reste pas enfermé chez lui, loin s'en faut. Par ailleurs, à l'expert, il a relaté qu'il rencontrait des amis durant le week-end et participait souvent à des fêtes villageoises. Il entretient de bonnes relations avec ses filles. Il est passionné de poissons et dispose d'un aquarium chez lui. En outre, il travaille en tant que concierge et à ce titre balaie, récuré, lave les vitres (PJ 169). Comme cela a été mis en évidence dans le cadre de la présente procédure de révision, il déploie différentes activités en tant que jardinier-paysagiste (taille de haies, débroussaillage avec des machines portatives, nettoyage des berges de la rivière, tonte du gazon ; cf. PJ 162), à un taux relativement important. Il apparaît ainsi que l'assuré est tout à fait en mesure de surmonter les douleurs qu'il semble ressentir, si bien que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant.

Il suit de ce qui précède que l'expertise du Dr J. peut être retenue pour déterminer les activités exigibles de la part du recourant.

Conformément aux conclusions de l'expert, le recourant ne présente aucune limitation sur le plan psychique et sa capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité. Dès lors que le recourant ne présente également aucune atteinte à la santé invalidante sur le plan somatique (cf. en particulier consid. B ci-dessus), il n'est pas nécessaire de procéder à un calcul d'exigibilité, respectivement à une comparaison de revenus, pour déterminer le degré d'invalidité, étant précisé qu'il découle de la notion d'invalidité au sens de l'articles articles 7 et 8 LPGA que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité ou une perte de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée, qui sont déterminantes (RCC 1977, p. 169). Il importe d'évaluer les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle (ATF 110 V 273 consid. 4a).

7.

7.1

Cela étant, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7 ; 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1 et 4.2.2; pour un résumé de la jurisprudence : Petra FLEISCHANDERL, *Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente*, in SZS 2012 p. 360 ss).

7.2

Dans le cas particulier, le recourant percevait une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment où l'intimé a décidé de la suppression de la prestation. Il appartient ainsi à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, de sorte que l'octroi de mesures d'ordre professionnel doit être envisagé.

Il ressort toutefois du dossier que le recourant a déjà bénéficié, par le passé, de très nombreuses mesures d'ordre professionnel, qui ont toutes échoué. C'est finalement sans l'aide de l'intimé qu'il est parvenu à trouver son emploi de concierge, puis qu'il a été en mesure de développer son activité de jardinier-paysagiste. En outre, ainsi que cela a été relevé précédemment, le recourant est intégré dans la vie sociale (dans

ce sens : TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.2). Quoiqu'il en soit, le recourant ne semble par ailleurs guère collaborant, puisque même confronté à l'évidence, s'agissant notamment des travaux réalisés pour la Commune de Y. puis du rapport d'observation d'août 2013, il a toujours minimisé son activité. Dans ces circonstances, de nouvelles mesures d'ordre professionnel ne paraissent pas nécessaires et seraient selon toute vraisemblance vouées à l'échec. Il ne se justifiait dès lors pas de mettre en œuvre de telles mesures dans le cas d'espèce.

8. Il suit de ce qui précède que la rente doit être supprimée.

8.1 En vertu de l'article 88bis al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014, soit au moment où la décision attaquée a été rendue), la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'article 77 (let. b).

L'article 77 RAI dispose que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'Office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

La correction rétroactive prévue à l'article 88bis al. 2 let. b RAI (ancienne teneur précitée) ne peut toutefois intervenir que s'il existe un rapport de causalité entre le comportement qui doit être sanctionné et le dommage survenu. Ainsi, seules les rentes perçues à tort jusqu'au moment d'une annonce tardive sont en principe sujettes à restitution. Dès le mois suivant cette annonce, les rentes qui ont continué d'être accordées ne doivent, en règle générale, plus être restituées. S'il faut par ailleurs admettre qu'une annonce de l'assuré n'aurait rien changé au comportement de l'administration qui disposait déjà des données nécessaires, l'assuré n'est pas tenu de restituer, un lien de causalité entre la violation de l'obligation de renseigner et les prestations touchées à tort faisant défaut (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 3115 et les réf. citées ; TF 8C_28/2014 du 22 juillet 2014 consid. 5.2).

8.2 En l'espèce, le recourant a développé son activité de jardinier-paysagiste depuis 2009 à tout le moins. Si l'on ne connaît pas exactement l'ampleur des travaux réalisés pour la Commune de Y. compte tenu du fait qu'il en a réalisé une partie avec une tierce personne, force est de constater que le recourant, lorsqu'il a reçu le questionnaire le 2 septembre 2009, devait en faire mention (PJ 150). Le formulaire contient au chiffre

2.5 une rubrique en lien avec l'exercice d'une activité lucrative accessoire. Il a uniquement mentionné son activité de concierge qui lui rapportait environ CHF 5'400.- par année, alors que les travaux réalisés pour la Commune de Y. ont été facturés pour un montant à peu près équivalent. Il a déjà été précisé à ce sujet que les allégués du recourant selon lesquels il s'était contenté de véhiculer deux amis qu'il avait ensuite rémunérés au noir (PJ 169) n'apparaissent pas crédibles (cf. consid. 5.2). Par ailleurs, le recourant, qui bénéficiait d'une rente AI depuis plus de vingt ans, était parfaitement au courant de l'obligation d'annoncer tout changement dans sa situation, ainsi que la décision du 28 mars 2007, notamment, le lui rappelait (PJ 136). Il y a lieu de signaler qu'il n'appartient pas aux assurés de décider a priori que tel événement entraînera ou non une modification de leur droit à la rente. Les assurés ont simplement l'obligation d'annoncer tout changement de situation qui, potentiellement, peut avoir des répercussions sur leur droit aux prestations (cf. TAF C-5829/2013 du 9 avril 2015 consid. 6.2.4.2). Cela étant, l'Office AI, au courant des activités du recourant depuis 2009, ne l'a interrogé à ce propos que lors d'un entretien le 26 juillet 2011 (PJ 169). Il n'a ensuite fait procéder à une expertise qu'en 2012, avant de mandater un détective en septembre 2013 puis rendre une décision de suspension de la rente en avril 2014, respectivement de suppression de la rente en juillet 2014.

Au vu de l'ensemble de ces circonstances, et compte tenu du fait qu'un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée (ATF 137 I 327 consid. 7.1 ; TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2 et 8C_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.3 et la référence citée; cf. aussi 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 4.2), il n'y a pas lieu de supprimer la rente avec effet rétroactif, la violation de l'obligation d'annonce du recourant n'étant pas en lien de causalité avec les prestations touchées à tort.

9. Il suit de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la rente supprimée avec effet au 1^{er} jour du 2^e mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI), soit ici à partir du 1^{er} septembre 2014.
10. Compte tenu du sort du recours, une partie des frais de la procédure doit être laissée à charge de l'Etat, le recourant devant assumer le solde (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 227 al. 1 Cpa), sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire. De même, le recourant a droit à une contribution à ses dépens (art. 61 let. g LPGA), sous la même réserve.
11. Le recourant requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite pour la présente procédure de recours.
- 11.1 Aux termes de l'article 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite ; elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

- 11.2 Dans le cas d'espèce, le recourant est manifestement indigent, puisque les revenus qu'il réalise sont manifestement insuffisants pour couvrir ses charges, ainsi que cela a déjà été admis lors d'une précédente procédure (cf. décision du 21 août 2014 dans la cause AI 45/2014). Au vu des différents éléments contradictoires au dossier, force est de constater que la cause n'était pas d'emblée dénuée de toute chance de succès. L'intéressé doit en conséquence être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite pour la présente procédure et un mandataire d'office doit lui être désigné.

PAR CES MOTIFS

LA COUR DES ASSURANCES

met

le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite pour la présente procédure ;

lui désigne

Me Clémence Girard-Beuchat, avocate à Porrentruy, en qualité de mandataire d'office ; pour le surplus,

admet

partiellement le recours ; partant,

annule

la décision du 23 juillet 2014 en ce qu'elle supprime la rente avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2009 ;

supprime

la rente du recourant avec effet 1^{er} septembre 2014 ;

met

une partie des frais judiciaires, par CHF 350.-, à la charge du recourant, sous réserve des dispositions relatives à l'assistance judiciaire gratuite dont il bénéficie ;

alloue

au recourant une contribution à ses dépens par CHF 1'800.- (y compris débours et TVA) ;

taxe

à CHF 1'000.- (y compris débours et TVA) les honoraires que Me Clémence Girard-Beuchat pourra obtenir de l'Etat en sa qualité de mandataire d'office ;

réserve

les droits de l'Etat et de la mandataire d'office, conformément à l'article 232 al. 4 Cpa ;

informe

les parties des voie et délai de recours, selon avis ci-après ;

ordonne

la notification du présent arrêt :

- au recourant, par sa mandataire, Me Clémence Girard-Beuchat, avocate à Porrentruy ;
- à l'intimé, l'Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura, Rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

Porrentruy, le 29 octobre 2015

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES

Le président :

La greffière :

Philippe Guélat

Gladys Winkler Docourt

Communication concernant les moyens de recours :

*«Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux articles 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'article 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des articles 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).»