



---

Cour III  
C-1236/2012

## Arrêt du 2 mai 2013

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, Francesco Parrino, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

**X.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Pierre Seidler, avenue de la Gare 42,  
case postale 519, 2800 Delémont 1,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,  
case postale 3100, 1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 24 janvier 2012).

**Faits :****A.**

Le ressortissant suisse X.\_\_\_\_\_, né en 1963, s'est acquitté des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité (AVS/AI) de 1984 à 1991 au moins (extraits des comptes individuels (dossier OAI-FR). En 1987 et 1991 l'intéressé a été victime de deux accidents de circulation, responsables de deux traumatismes cervicaux successifs par mécanisme de whiplash (aussi appelé coup du lapin). Après le deuxième accident, l'intéressé n'a plus repris de travail (en dernier lieu, il a travaillé comme employé de commerce auprès d'une banque [questionnaire pour l'employeur du 17 avril 1991, AI pce 6 p. 5 à 7]).

**B.**

Par décision du 17 septembre 1992, la commission AI du canton de Fribourg a alloué à X.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1992 (AI pce 3 pp. 3 et 4). L'autorité a basé sa décision principalement sur les rapports médicaux suivants :

- le rapport médical du 13 janvier 1992 des Drs A.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ de la polyclinique de neurologie et neurochirurgie de C.\_\_\_\_\_ qui ont noté que les nombreux examens orthopédiques et radiologiques sont sans particularité (dossier OAI-FR),
- le rapport de l'examen neuropsychologique des 21 janvier et 25 février 1992 du D.\_\_\_\_\_, signé des Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ qui, ayant observé un examen neuropsychologique sans particularité, ont conclu à une capacité de travail complète sur le plan cognitif (dossier OAI-FR),
- l'expertise psychiatrique du 4 juillet 1992 du Dr G.\_\_\_\_\_ qui a retenu un trouble somatoforme douloureux, une certaine hypochondrie, un trouble de l'adaptation avec plaintes somatiques et une pathologie de la personnalité (personnalité narcissique). L'expert a attesté une incapacité de travail totale (AI pce 4 p. 24 à 31).

**C.**

Plusieurs révisions de la rente ont eu lieu à la suite desquelles le maintien de la rente d'invalidité entière a été confirmé (cf. la communication du 29 mai 1996 de la Caisse suisse de compensation [AI pce 3 pp. 1 et 2], l'avis médical du 20 juin 1997 du Dr H.\_\_\_\_\_ de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) qui a constaté que

l'incapacité de travail de l'intéressé est restée inchangée [AI pce 9], l'avis médical du 29 septembre 2001 du Dr I. \_\_\_\_\_ de l'OAIE qui a confirmé l'incapacité de travail totale de l'assuré [AI pce 16], la communication du 17 mars 2006 de l'OAIE qui a confirmé le maintien de la rente d'invalidité entière [AI pce 19]).

Dans le cadre de ces révisions, notamment les documents médicaux suivants ont été versés au dossier :

- le rapport de l'expertise psychiatrique du 29 octobre 1994 du Dr J. \_\_\_\_\_ qui a retenu des troubles thymiques organiques dépressifs, des troubles somatoformes douloureux, une personnalité narcissique, des traits passifs-agressifs, un traumatisme cranio-cérébral indirect léger (1991), un traumatisme indirect de la colonne cervicale (1990) et un ancien traumatisme indirect de la colonne cervicale (1987). L'expert a attesté une incapacité de travail actuelle totale (AI pce 4 p. 32 à 46),
- le rapport de l'expertise orthopédique du 22 novembre 1996 du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a observé un syndrome cervical chronique avec céphalées après distorsion du rachis cervical par un mécanisme d'accélération. L'expert reconnaît que l'assuré n'est actuellement pas capable de reprendre une activité dans sa profession bien que sur le plan orthopédique une pathologie majeure n'a pas été mise en évidence (AI pce 4 p. 15 à 23),
- le rapport de l'expertise psychiatrique du 25 novembre 1996 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui a diagnostiqué une personnalité psychotique compensée sur un mode asocial, justifiant une incapacité de travail totale du point de vue psychiatrique (AI pce 4 p. 1 à 12),
- le rapport d'expertise du 20 février 2001 du Dr M. \_\_\_\_\_, chef de la Clinique et Policlinique de Neurologie de N. \_\_\_\_\_, qui a conclu que X. \_\_\_\_\_ souffre de douleurs chroniques de type syndrome douloureux cervico-vertébral chronique et de céphalées de tension cervicogène, justifiant une incapacité de travail de 90% environ (AI pce 11).

#### **D.**

En 1996, l'intéressé s'est installé en Espagne (courrier de l'assuré du 6 février 1996 [AI pce 7 p. 5]).

**E.**

Le 1<sup>er</sup> juin 2010, l'OAIE introduit une nouvelle révision de la rente de l'assuré (AI pce 25). Dans le cadre de celle-ci, les documents suivants sont versés au dossier :

- le questionnaire pour la révision de la rente, signé le 30 juin 2010 par l'assuré qui informe qu'il n'exerce aucune activité lucrative (AI pce 29),
- le courrier du 30 juin 2010 de l'assuré qui mentionne notamment que son état de santé s'est dégradé et qu'il souffre également de douleurs lombaires qui ont nécessité en 2008 une exploration par IRM (AI pce 30),
- le rapport de l'examen radiologique de la colonne cervicale du 21 juillet 2010, signé de la Dresse O. \_\_\_\_\_ (AI pce 40),
- le rapport médical détaillé E 213 du 29 juillet 2010, signé de la Dresse P. \_\_\_\_\_ qui retient une discopathie cervicale C6-C7, une sténose foraminale droite C6-C7 et une légère protusion C4-C5 sans compromis radiculaire ni affection de la moelle épinière cervicale. Elle estime que l'intéressé peut effectuer à plein temps un travail qui implique notamment la possibilité de changer les positions (AI pce 31),
- le rapport du 12 novembre 2010 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ qui observe l'absence actuelle de symptomatologie psychopathologique, les symptômes constatés n'étant pas suffisamment significatifs. Elle conseille à l'intéressé le suivi d'une psychothérapie, ayant constaté chez l'assuré une certaine détresse liée au changement de la vie sociale et professionnelle survenu depuis les accidents et les problèmes physiques apparus. Enfin, elle atteste une incapacité de travail temporaire (AI pce 39),
- l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 30 décembre 2010, signé du Dr R. \_\_\_\_\_ (AI pce 45),
- les rapports d'expertise des 23 et 26 mai 2011 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le Dr S. \_\_\_\_\_ retient comme seul diagnostic le syndrome douloureux somatoforme persistant. Il constate que l'assuré ne souffre pas d'incapacité de

travail et qu'il devrait être à même de faire l'effort de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein (AI pce 58). Le Dr T.\_\_\_\_\_ note des cervicalgies chroniques sur status après deux épisodes de distorsion cervicale avec discrète discarthrose C6-C7. Il considère que la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans travaux lourds et sans port de charges au-delà de 10 kg (AI pce 63),

- l'avis médical du 16 août 2011 du Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR Rhône qui suit les expertises des Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ et qui constate que l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail (AI pce 66).

#### **F.**

Par projet de décision du 26 août 2011, l'OAIE signifie à X.\_\_\_\_\_ qu'il entend supprimer la rente d'invalidité, son état de santé s'étant amélioré dès le mois d'octobre 2001, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et les Drs S.\_\_\_\_\_ relevant l'absence actuelle de symptomatologie psychopathologique (AI pce 67).

#### **G.**

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'intéressé conteste le 29 septembre 2011 le projet de décision. En substance il avance qu'il a toujours contesté que ses douleurs soient liées à une problématique psychiatrique, la diminution du sentiment de détresse sans que le tableau douloureux suive la même évolution montre à quel point la base du problème réside dans les douleurs elles-mêmes. De plus, il est étonné que la légère amélioration attestée par le Dr S.\_\_\_\_\_ et la légère aggravation retenue par le Dr T.\_\_\_\_\_ puissent conduire à l'exclusion de toute incapacité de travail. L'assuré soutient que les examens auxquels il a été soumis n'ont pas été appropriés, les lésions des whiplash pouvant échapper aux radiographies et CAT/IRM scans conventionnels, et que les experts AI ne sont pas de spécialistes de renommée internationale en la matière. Il conclut qu'il soit nécessaire d'ordonner une IRMf et de confier une expertise à un spécialiste. À son appui, l'assuré transmet plusieurs études médicales (AI pce 76).

#### **H.**

Invité à se prononcer sur la littérature médicale produite par l'assuré, le Dr R.\_\_\_\_\_ souligne dans son avis médical du 28 octobre 2011 que pour les cas de whiplash il existe une littérature très importante, de qualité diverse et qui n'a jamais débouché sur un consensus international

concernant notamment la valeur des diverses études d'imagerie ou la valeur clinique objective réelle des forces physiques susceptibles de déclencher un syndrome du coup-du-lapin. En outre, les remarques du recourant, ne contenant aucun renseignement médical objectif nouveau sur l'état de santé de l'assuré, ne sont pas susceptibles de modifier ses conclusions antérieures (AI pce 78).

**I.**

Par décision du 24 janvier 2012, l'OAIE maintient sa position et supprime la rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (AI pce 83). L'administration relève que toutes les plaintes exprimées ont été prises en considération dans l'appréciation des experts mandatés, qu'il ne ressort aucun élément objectif des actes pouvant valablement contredire les constatations médicales et qu'une nouvelle expertise n'apporterait pas d'éléments nouveaux. Elle considère par ailleurs qu'il appartient à l'assuré d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail sur le marché équilibré du travail (AI pce 83).

**J.**

Le 5 mars 2012, X. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision de l'OAIE devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal), concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au versement au recourant des prestations découlant de la LAI, subsidiairement au renvoi de la cause afin de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire et prononcer une nouvelle décision. Le recourant soutient que les expertises des Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ sur lesquelles l'OAIE se fonde principalement ne satisfont pas aux conditions posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral, contenant de nombreuses imprécisions et contradictions, et ne bénéficient donc d'aucune valeur probante. De plus, ces médecins ne sont pas compétents pour examiner les troubles du recourant, ceux-ci relevant de la compétence d'un neurologue (TAF pce 1).

**K.**

Par réponse du 5 juillet 2012, l'OAIE maintient sa position et propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 5).

**L.**

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure de Fr. 400.- dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 6 à 8). Par ailleurs, il

confirme par réponse du 17 septembre 2012 ses conclusions (TAF pce 9).

## **Droit :**

### **1.1**

Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable (art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec art. 37 LTAF). Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge pas (art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** X. \_\_\_\_\_ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

## **2.**

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157

consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006; MOSER/BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. 1998, n. 677).

### 3.

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2). Dans le cas concret, la décision contestée ayant été rendue le 24 janvier 2012, sont alors déterminants les dispositions légales en vigueur à ce moment-ci.

X.\_\_\_\_\_ étant suisse, résidant en Espagne (Al pces 236 et 237), sont ainsi applicables :

- l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681),
- le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), et
- le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11).

Ces règles sont entrées vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1<sup>er</sup> juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1). Par contre, ne sont pas déterminants en l'espèce, l'annexe II révisée de l'ALCP et les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009, en vigueur pour la Suisse depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. section A art. 3 et 4 de l'annexe II révisée ALCP, art. 87 par. 1 et art. 90 par. 1 let. c du règlement (CEE) n° 883/2004; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_539/2012 du 7 novembre 2012 consid. 1.1).

Sont également pertinentes en l'occurrence les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

**3.2** D'après l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. De plus, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1<sup>er</sup> juin 2002, le droit à une rente d'invalidité d'une personne assurée qui prétend à des prestations de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**3.3** Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

#### **4.**

**4.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.2** Le Tribunal fédéral, par l'arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352) précisé notamment par l'arrêt du 16 décembre 2004 (ATF 131 V 49), a établi que les troubles somatoformes douloureux persistants – ainsi qu'un traumatisme de type "coup de lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) – n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ces arrêts principaux du Tribunal fédéral marquent le passage à un durcissement de la pratique.

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 il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, il faut retenir au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux ou d'un traumatisme "coup de lapin".

**4.3** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

**4.4** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (cf. l'ALCP en dérogation à l'art. 29 al. 4 LAI).

## **5.**

**5.1** En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

D'après le Tribunal fédéral, il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence. Il a expliqué que la jurisprudence établie par l'ATF 130 V 352 relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. considérant 4.2 ci-dessus) ne justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7).

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 et 133 V 108 consid. 5.4).

**5.2** En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, l'alinéa 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6<sup>ème</sup> révision de l'AI, premier volet, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012) prévoit que les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – tels que par exemple les

troubles somatoformes douloureux ou la fibromyalgie (cf. Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6<sup>ème</sup> révision, premier volet) [FF 2010 p. 1736]) – devront être réexaminées lors d'une révision de rente et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle. Par contre, selon l'al. 4 de ces dispositions finales, l'al. 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 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

**5.3** La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI, RS 831.201]).

## **6.**

**6.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

**6.2** Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le juge des assurances sociales s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence

des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vu d'une révision dépend largement du fait si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne sera fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

## 7.

Dans le cas concret, le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité entière de X.\_\_\_\_\_ à partir du 1<sup>er</sup> avril 2012.

L'assuré a touché une rente d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1992 (AI pce 3 p. 3 et 4) – durant 18 ans jusqu'à l'ouverture de la procédure de révision litigieuse en 2010, respectivement durant 20 ans jusqu'en 2012. Ainsi, la rente ayant été accordée pendant plus de 15 ans, il est incontesté que l'alinéa 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6<sup>ème</sup> révision de l'AI, premier volet) qui fait exception à l'art. 17 al. 1 LPGA, n'est pas applicable en l'occurrence (cf. al. 4 des dispositions finales mentionnées sous consid. 5.2 ci-dessus), pour autant que ces nouvelles dispositions soient déterminantes vu que la révision de la rente de X.\_\_\_\_\_ a été initiée en 2010 (AI pce 25), avant l'entrée en vigueur des modifications légales.

En l'espèce, le litige porte alors sur l'existence d'une modification notable, aux termes de l'art. 17 al.1 LPGA, de l'état de santé ou de la situation professionnelle du recourant, susceptible d'influencer son degré d'invalidité (cf. consid. 5.1 ci-dessus). Concrètement, la question de savoir si le degré d'invalidité de X.\_\_\_\_\_ a subi une modification doit

être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 17 septembre 1992 et ceux qui ont existé à la date de la décision querellée du 24 janvier 2012 (cf. jurisprudence citée sous le considérant 5.1 ci-dessus).

**7.1** En 1992, la rente d'invalidité a été accordée pour des raisons psychiatriques. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport d'expertise du 4 juillet 1992 un trouble somatoforme douloureux, une certaine hypocondrie, un trouble de l'adaptation avec plaintes somatiques et une pathologie de la personnalité (personnalité narcissique) et il a attesté une incapacité de travail totale (AI pce 4 pp. 24 à 31). Cette incapacité de travail a ensuite été confirmée par le Dr J.\_\_\_\_\_ qui dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 octobre 1994 a observé des troubles thymiques organiques dépressifs, des troubles somatoformes douloureux, une personnalité narcissique, des traits passifs-agressifs, un traumatisme cranio-cérébral indirect léger (1991), un traumatisme indirecte de la colonne cervicale (1991) et un ancien traumatisme indirect de la colonne cervicale (1987; AI pce 4 pp. 32 à 46). Le Dr L.\_\_\_\_\_ a également attesté dans son rapport d'expertise psychiatrique du 25 novembre 1996 une incapacité de travail totale et a diagnostiqué une personnalité psychotique compensée sur un mode asocial (AI pce 4 pp. 1 à 12).

Le recourant a toujours contesté que ses douleurs étaient liées à un problème psychiatrique. Cependant, en 1992, les Drs A.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont noté que les examens orthopédiques, radiologiques et neuropsychologiques ont été sans particularités; les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont conclu que la capacité de travail était entière d'un point de vue neuropsychologique (cf. dossier OAI-FR). Plus tard, le Dr K.\_\_\_\_\_ dans le rapport de l'expertise orthopédique du 22 novembre 1996 a reconnu que l'accident de 1991 a entraîné des séquelles invalidantes bien qu'elles ne pouvaient pas être totalement objectivées sur le plan orthopédique, une pathologie majeure au niveau de la colonne cervicale n'ayant pas été mise en évidence (AI pce 4 p. 15 à 23). Le Dr M.\_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise neurologique du 20 février 2001 a conclu que l'assuré souffrait de douleurs chroniques de type syndrome douloureux cervico-vertébral chronique et de céphalées de tension cervicogène, justifiant une incapacité de travail de 90% environ (AI pce 11).

**7.2** En 2012, l'OAIE dont le service médical a constaté que X.\_\_\_\_\_ ne présentait plus d'incapacité de travail (cf. l'avis médical du 16 août 2011

du Dr R.\_\_\_\_\_ [AI pce 66]), se fonde principalement sur les rapports d'expertise des Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ des 23 et 26 mai 2011 qui ont noté un syndrome douloureux somatoforme persistant et des cervicalgies chroniques sur status après deux épisodes de distorsion cervicale avec discrète discarthrose C6-C7. Ces experts considèrent que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans travaux lourds et sans port de charges au-delà de 10 kg (AI pces 58 et 63).

Le recourant soutient que l'instruction médicale de l'OAIE est lacunaire, une expertise neurologique étant nécessaire. Il conteste par ailleurs la valeur probante des expertises des Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, soutenant que celles-ci contiennent certaines imprécisions et contradictions.

**7.3** Au vu du dossier médical, le Tribunal constate que le recourant se plaint principalement de tenaces et constantes douleurs (cf. l'expertise du 26 mai 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_ [AI pce 63]), au niveau de la nuque et des épaules ainsi que de douleurs migraineuses. Dans cette situation, il appartenait effectivement à l'OAIE de demander, en plus des expertises orthopédiques et psychiatriques, une expertise neurologique. Par ailleurs, les expertises neurologiques ont déjà auparavant été à la base des décisions AI (cf. les rapports des Drs A.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ [dossier OAI-FR et AI pce 11]). L'examen neurologique du Dr T.\_\_\_\_\_ qui est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et dont l'examen y relatif a été sommaire (cf. p. 6 du rapport), n'est pas suffisant. Il convient donc de renvoyer l'affaire à l'OAIE afin qu'il organise une telle expertise.

L'investigation des troubles somatiques étant lacunaire, le Tribunal de céans ne pourra pas non plus retenir les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ dont l'évaluation dépend des résultats des affections physiques. En effet, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant présuppose que la douleur n'est pas entièrement expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique (cf. chiffre 45.4 du CIM-10). Après l'expertise neurologique, un expert psychiatre devra donc à nouveau se déterminer (le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant, qui est une affection psychique, et l'évaluation de ses conséquences sur la capacité de travail appartiennent à un expert psychiatre [ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 à 2.2.4]). A ce sujet, il convient de rappeler que dans le cadre d'une révision de rente soumise à l'art. 17 al. 1 LPGA, le point central de l'expertise psychiatrique doit porter sur l'examen d'une

éventuelle modification de l'état de santé du recourant par rapport à celle observée antérieurement (cf. consid. 5.1 et 6.2 ci-dessus). Or le fait que l'état de santé de X.\_\_\_\_\_ ne remplit pas les critères définis par le Tribunal fédéral en 2004 (cf. l'appréciation actuelle de l'expertise du 23 mai 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_ [AI pce 58 p. 17]) ne constitue pas, d'après la jurisprudence, un élément de révision (cf. consid. 4.2 et 5.1 ci-dessus). L'écartement du diagnostic de trouble de personnalité, retenu par le Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 1992 (AI pce 4 pp. 24 à 31), mais aussi par les Drs J.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ (AI pces 4 pp. 1 à 12 et 32 à 46), parce que les critères diagnostiques modernes ne le justifient plus (cf. pp. 14 à 16 du rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_), ou l'écartement du trouble thymique organique dépressif, observé par le Dr J.\_\_\_\_\_ (AI pce 4 pp. 32 à 46), parce que cette hypothèse semble fragile (p. 14 du rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_), constituent des nouvelles appréciations du cas, mais ils ne démontrent pas une modification survenue de l'état de santé du recourant. Or, le Dr S.\_\_\_\_\_ a observé une certaine amélioration des troubles psychiatriques (pp. 16 et 17 du rapport d'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_) ce que X.\_\_\_\_\_ a confirmé dans le cadre de la procédure d'audition. Dans le courrier du 29 septembre 2011 il a mentionné qu'avec l'aide de son épouse, il ne considère aujourd'hui plus le recours au suicide comme une solution et il a réussi à accepter sa situation ce qui l'a rendu un peu plus sociable (AI pce 76 p. 1). La nouvelle expertise psychiatrique devra donc également prendre position sur cette amélioration de santé avérée, son degré (le Dr S.\_\_\_\_\_ l'a qualifiée de légère [pp.16, 17 et 19 de son rapport d'expertise]) et ses conséquences sur la capacité de travail du recourant.

Quant à l'expertise du 25 mai 2011 du Dr T.\_\_\_\_\_ (AI pce 63), le Tribunal de céans ne peut suivre le recourant qui soutient que celle-ci est contradictoire. Il est notamment pas incohérent de la part du Dr T.\_\_\_\_\_ de retenir d'une part le diagnostic de cervicalgies chroniques avec discrète discarthrose C6-C7 et d'évaluer d'autre part que la capacité de travail du recourant est entière dans un travail adapté, en position alternée assis-debout, sans travaux lourds et sans port de charges au-delà de 10 kg, l'expert ayant ainsi tenu compte des affections constatées. Son évaluation d'après la Quebec Task Force est convaincante, ayant expliqué que l'examen clinique est rigoureusement normal et que les constatations radiologiques sont très discrètes. Il n'est pas non plus contradictoire de qualifier la situation du recourant comme plus ou moins stabilisée, les altérations dégénératives cervicales étant discrètes et apparues d'une manière lentement progressives. Enfin, les conclusions

du Dr T.\_\_\_\_\_ dûment motivées, reposant sur l'entier du dossier médical constitué et sur son propre examen, le Tribunal de céans note que le rapport de cet expert du 25 mai 2011 bénéficie de la pleine valeur probante (cf. consid. 6.2 ci-dessus).

#### **8.**

En conclusion, la décision du 24 janvier 2012 se fonde sur une constatation lacunaire des faits. Elle doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité compétente, en application de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il l'est justifié en l'espèce, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le complément d'instruction comprendra notamment la réalisation d'une expertise neurologique et psychiatrique qui tiendront compte des considérations mentionnées ci-dessus.

#### **9.**

**9.1** Au vu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

**9.2** Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, le travail accompli par le représentant du recourant a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 12 pages accompagné de 2 pièces, d'une réplique d'une page. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'500.- (avec frais, sans TVA [arrêts du Tribunal administratif fédéral C\_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]), à charge de l'OAIE.

(dispositif à la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**3.**

L'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

L'autorité de première instance versera au recourant une indemnité de Fr. 2'500.- à titre de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ...; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

(indication des voies de droit à la page suivante)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :