



Arrêt du 30 octobre 2017

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Franziska Schneider, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, Portugal
représenté par Maître Jean-Daniel Kramer,
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, révision, réexamen de la rente
d'invalidité en vertu des dispositions finales de la 6^{ème} révision
AI, premier volet (décision du 28 janvier 2015).

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais, A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), né en 1962, qui a auparavant travaillé en tant que maçon, a déposé le 7 mai 2002 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité cantonal (ci-après : OAI) au motif de rachialgies et d'atteintes au coude (AI pce 1 pp. 1 à 7).

La première décision du 19 août 2002 de l'OAI qui a rejeté la demande de prestations de l'assuré a été annulée par arrêt du 25 février 2003 du Tribunal administratif neuchâtelois et la cause a été renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (AI pce 14 pp. 10 à 14).

Par décisions des 11 mars et 2 novembre 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré à compter du 1^{er} mars 2002 une rente d'invalidité entière en raison d'un trouble dépressif sévère (AI pce 13 pp. 1 à 7; cf. notes de l'OAI des 7 octobre 2003 et 5 janvier 2004 [AI pce 20 pp. 76 s.]). Après une première révision de rente introduite d'office en 2005 (AI pce 20 p. 35), le droit à cette rente a été confirmé par communication du 20 février 2006 (AI pce 21; cf. avis médical du SMR du 14 février 2006 [AI pce 20 p. 1] et notes de l'OAI des 13 et 15 février 2006 [AI pce 20 pp. 78 s.]).

En 2006, l'assuré est retourné vivre au Portugal (attestation de départ [AI pce 25 p. 1]).

Suite à une nouvelle révision de rente initiée en 2007 (AI pce 41), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a remplacé la rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} décembre 2008 par un trois quarts de rente ayant estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré sur le plan psychique et que la reprise d'une activité adaptée était exigible à 50% (cf. décision du 17 octobre 2008 [AI pce 87]; cf. prises de position médicale du Dr B. _____ des 31 mai et 29 septembre 2008 [AI pces 75 et 85], évaluation de l'invalidité du 13 juin 2008 [AI pce 78]). Après une nouvelle révision introduite d'office en 2010 (AI pce 104), le trois quarts de rente a été confirmé par communication du 11 avril 2011 (AI pce 125; cf. aussi la prise de position du 1^{er} mars 2011 du Dr C. _____ de l'OAIE [AI pce 124]).

B.

En mars 2013, l'OAIE débute une nouvelle révision de rente (AI pce 133).

L'assuré indique dans le questionnaire pour la révision, rempli et signé le 24 mai 2013, qu'il n'exerce pas d'activité lucrative (AI pce 140).

C.

L'OAIE met en place une expertise pluridisciplinaire. Le 6 mai 2013, l'OAIE informe l'assuré de cette expertise et des questions qui seront soumises aux experts et lui accorde un délai de 10 jours pour prendre position (AI pces 138).

L'expertise est réalisée les 7 et 8 janvier 2014 en présence d'un interprète. Dans le rapport d'expertise du 10 juillet 2014 (AI pce 154), le Dr D._____, médecin interniste FMH et rhumatologue FMH, le Dr E._____, rhumatologue FMH et le Dr F._____, psychiatrie-psychothérapie FMH posent comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un Scheuermann dorsolombaire et discopathies protrusives discrètes au niveau L4-L5, L5-S1 sans conflit disco-radicaire et une cervicarthrose modérée prédominant en C4-C5 (AI pce 154 pp. 16). Ils considèrent que l'exercice d'une activité comportant le port de charges lourdes de façon répétée est illusoire au vu de l'inactivité physique de l'assuré depuis plus de 15 ans et de son âge de plus de 50 ans. Les experts ont cependant estimé que sa capacité de travail est entière dans une activité de manutention modérée à légère qui n'implique pas le port de charge importante (moins de 15 kg de façon répétée) et des positions trop contraignantes pour le dos (position répétée penchée en avant ou de façon statique ; AI pce 154 pp. 14 et 17).

Les médecins de l'OAIE, le Dr G._____, médecin généraliste et interniste FMH, et le Dr C._____, psychiatrie et psychothérapie FMH, confirment les conclusions de l'expertise (cf. position médicale du 6 août 2014 [AI pce 158] et prise de position médicale du 30 août 2014 [AI pce 160]). Dans la prise de position du 18 novembre 2014, la Dresse H._____ précise qu'il faut retenir que l'assuré, ne présentant aucune limitation fonctionnelle, est entièrement capable de travailler dans toute activité professionnelle dès le 10 juillet 2014 (date du rapport d'expertise corrigé; AI pce 164).

D.

Par projet de décision du 28 novembre 2014, l'OAIE informe l'assuré qu'il estime qu'il n'existe plus aucun droit à une rente d'invalidité. En substance, l'office explique qu'en vertu des dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 il n'y a pas d'incapacité de gain au sens de la loi si le réexamen de la rente aboutit à la constatation que l'atteinte à la santé est objectivement surmontable. L'OAIE remarque qu'en l'occurrence, selon le résultat du rapport d'expertise pluridisciplinaire et l'avis de son service médical, l'atteinte à la santé de l'assuré ne peut pas fonder du point de vue de la médecine des assurances une incapacité de travail durable et qu'il existe une présomption selon laquelle son trouble et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (AI pce 165).

E.

Par l'envoi du 6 janvier 2015, l'assuré verse plusieurs documents médicaux au dossier (AI pces 166 à 172) dont, comme nouvelle pièce, le rapport du 2 janvier 2015 du Dr I. _____, médecin généraliste, qui lui atteste une incapacité de travail totale pour l'activité habituelle dans la construction civile (AI pce 166).

F.

Par décision du 28 janvier 2015, l'OAIE maintient sa position et supprime la rente de l'assuré avec effet au 1^{er} avril 2015. Il avance que la documentation médicale produite en procédure d'audition confirme les atteintes à la santé connues et ne remet pas en cause les conclusions de son projet de décision. Par ailleurs, l'OAIE note qu'un recours interjeté contre la décision, n'aura pas d'effet suspensif (AI pce 174).

La décision a été notifiée à l'assuré le 16 février 2015 (avis de réception de la Poste [AI pce 176]).

G.

L'assuré, désormais représenté, demande le 26 février 2015 (cf. procuration du 26 février 2015 [AI pce 177]) notamment une copie du dossier AI (AI pce 178). L'OAIE s'exécute le 10 mars 2015 (AI pce 180).

H.

Le 18 mars 2015, l'assuré interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAIE et, à titre principal, au maintien du droit à un trois quarts de rente et, à titre subsidiaire, à la mise en place

d'une expertise judiciaire neutre afin de déterminer l'existence d'une éventuelle capacité de travail. Le recourant avance essentiellement que le rapport d'expertise sur lequel l'OAIE se base a été rédigé plus de 6 mois après sa visite et ne peut dès lors bénéficier de force probante. Il relève de plus que sans expliquer la moindre raison les experts ne tiennent pas compte d'éléments médicaux importants des spécialistes portugais qui lui attestent une incapacité de travail (TAF pce 1).

I.

Par réponse au recours du 12 mai 2015, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, avançant en particulier que selon la jurisprudence les troubles somatoformes dont l'assuré souffre, n'entraînent pas de règle générale une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité et qu'en l'espèce, les experts, dont le rapport d'expertise répond aux exigences jurisprudentielles, ainsi que son service médical ont constaté que du point de vue strictement médical aucune incapacité de travail n'est constatée (TAF pce 3).

J.

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4 à 6).

K.

Par réplique du 22 juin 2015, le recourant maintient ses conclusions et arguments. Il fait essentiellement grief que la décision de suppression de rente a été prononcée plus de 3 ans après l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision LAI, que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2002, que n'ayant plus travaillé depuis 15 ans il ne saurait pas retrouver du jour au lendemain un travail comme ouvrier ou concierge et qu'aucun calcul concret de sa capacité de gain n'a été effectué (TAF pce 7).

L.

Par duplique du 15 juillet 2015, l'OAIE réitère ses conclusions, constatant qu'en l'espèce aucun élément ne lui permet de modifier sa prise de position (TAF pce 9).

M.

Dans ses observations du 10 septembre 2015, le recourant maintient ses conclusions précédentes. Il avance notamment que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées relativise une fois

de plus la valeur probante de l'expertise médicale. Il critique par ailleurs encore une fois qu'il est irréaliste de considérer qu'il puisse se réinsérer dans le monde professionnel, ayant bénéficié pendant 15 ans d'une rente d'invalidité et étant aujourd'hui âgé de 53 ans (TAF pce 11).

Droit :

1.

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 Le recourant 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 (cf. Al pce 176 et TAF pce 1), dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été payée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est formellement recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise par l'autorité intimée (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3^e édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, 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; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont en règle générale déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à la place de plusieurs : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'occurrence, la rente ayant été supprimée par la décision du 28 janvier 2015, le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là est pertinent, dont notamment les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]).

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant portugais a été assuré en Suisse de nombreuses années (cf. feuille de calcul [TAF pce 11] et la décision du 2 novembre 2004 [TAF pce 13 p. 2]) et vit de nouveau dans son pays d'origine. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1^{er} al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALPC partie intégrante de celui-ci).

Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles 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 (RO 2004 121). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1^{er} avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la

jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine ainsi selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1^{er} avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445 également déterminantes en ce qui concerne l'entrée en vigueur des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 : ATF 140 V 98 consid. 5.2, 139 V 88 consid. 4, 138 V 533 consid. 2.2).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (cf. art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

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 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.2 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide ; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

4.3 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 dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

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, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

5.

5.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 396 consid. 6.3; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration puisse vérifier que les critères diagnostics ont été observés (ATF 142 V 106 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_634/2015, 9C_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1). En particulier l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les critères d'exclusion de ce diagnostic doivent en outre être pris en considération par les médecins (ATF 141 V

281 consid. 2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2; cf. aussi PETER HENNINGSEN, *Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen*, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux).

5.2 La jurisprudence du Tribunal fédéral a posé depuis le 12 mars 2004 la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que d'autres affections psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre et qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie. L'assuré devait alors présenter une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères définis, appelés critères de Foerster (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

5.3 Le 3 juin 2015, durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral a modifié dans un arrêt de principe (ATF 141 V 281) sa pratique en profondeur, tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans ainsi que des critiques formulées à l'encontre de cette jurisprudence. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.5). Le Tribunal fédéral a admis qu'une telle conception fondée sur une règle/exception a entraîné un biais dans le sens que l'instruction avait systématiquement pour but de confirmer la règle selon laquelle il n'avait pas d'invalidité. Il a aussi considéré que cette présomption soutient à tort que la capacité à surmonter la douleur était indivisible et que seule une capacité ou une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2 de l'arrêt) alors que la présomption jurisprudentielle n'est pas fondée scientifiquement (consid. 3.3.1 de l'arrêt ; PETER HENNINGSEN, *op. cit.*, p. 526; JÖRG JEGGER, *Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern*, Jusletter du 13 juillet 2015, ch. 13 p. 5), que l'assurance-invalidité prévoit un droit à des rentes échelonnées selon des degrés d'invalidité différents (cf. THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, *Schmerzrechtsprechung 2.0*, Jusletter du 29 juin 2015, ch. 28 p. 9) et que souvent une incapacité de

travail partielle est justifiée d'un point de vue médical (JÖRG JEGER, op. cit., ch. 17 pp. 5 s.). Le Tribunal fédéral a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant, celui-ci n'étant pas non plus prouvé scientifiquement (consid. 4.1.1, 4.3.1.1 et 4.3.1.3; PETER HENNINGSEN, op. cit., p. 539).

5.4 Le Tribunal fédéral a jugé que dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de trouble somatoformes douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de la personne assurée d'autre part (ATF 141 V 281 consid 3.5 et 3.6; arrêts du Tribunal fédéral 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références). Le Tribunal a décrit les catégories suivantes :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

1.1. Complexe "atteinte à la santé"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "contexte social".

2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a exposé qu'eu égard aux indicateurs 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 tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6 de l'arrêt), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose une certaine gravité de l'affection (consid. 2.1.1 et 4.3.1.1 de l'arrêt; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se

rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 ci-dessus; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3; cf. aussi JÖRG JEGGER, op. cit., ch. 30 ss; THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, op. cit., ch. 32 ss).

5.5 Le Tribunal fédéral a aussi expliqué que le résultat de l'examen doit être ouvert (consid. 3.6 de l'arrêt; cf. aussi JÖRG JEGGER, op. cit., ch. 35 et 45 pp. 8 et 9), qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi souligné que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1).

5.6 La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (cf. consid. ci-dessus). De même, la nouvelle pratique n'influence pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal a confirmé qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (ATF 141 V 281 consid. 3.7.2) et que, cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_492/2014 cité consid. 6 et 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2).

6.

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 notable 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). En revanche, 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées; 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, 1999, p. 15).

7.

7.1 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a de l'alinéa 1 des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI (premier volet; cf. consid. 3.1 ci-dessus) a introduit le 1^{er} janvier 2012 une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de gain est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 ci-dessus) – la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

7.2 L'application des dispositions finales n'est pas limitée à quelques diagnostics spécifiques, tels le trouble somatoforme douloureux, la fibromyalgie ou le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique etc. (pour d'autres exemples voir la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, chiffre 1002 4/14, et la jurisprudence citée). Compte tenu de l'objectif poursuivi par la modification légale, la nature de la pathologie est déterminante – sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – et non pas son diagnostic concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.2).

7.3 Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans

pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières ; la capacité de travail fondée sur un substrat organique ne peut, par contre, être révisée qu'au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 6 ci-dessus). Il faut encore que ces troubles de santé soient dissociables en fonction de leurs diagnostics et de leurs limitations fonctionnelles (ATF 140 V 197 consid. 6.3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_413/2016 du 2 septembre 2016 consid. 4.2.1 s., 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.1 s.).

Dans les situations où cette distinction n'est pas possible et où l'on ne peut pas déterminer sur quelle base la rente initiale a été allouée (situation mixte), il faut procéder de la manière suivante : lorsque les troubles organiques ou psychiques indépendants (au moment de l'octroi de la rente et/ou au moment du réexamen) ne font que renforcer les effets du syndrome sans pathogénèse claire, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1 des dispositions finales est possible. Par contre, dans les cas où ces troubles ont contribué d'une manière indépendante à l'incapacité de travail qui a donné droit à une rente, l'administration ne peut pas procéder à un réexamen selon les dispositions finales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6 s., confirmé notamment par les arrêts 8C_413/2016 cité consid. 4.2.3, 9C_180/2015 du 18 février 2016 consid. 9C_127/2015 du 15 octobre 2015 consid. 5 et 8C_697/2014 du 23 mars 2015 consid. 5.1 s.).

7.4 Le Tribunal fédéral a également expliqué que la réduction ou la suppression de la rente selon la let. a al. 1 des dispositions finales n'est pas limitée aux rentes octroyées avant le 1^{er} janvier 2008 lorsque l'art. 7 al. 2 LPGA est entré en vigueur qui a ancré dans la loi l'exigence jurisprudentielle selon laquelle l'incapacité de gain doit être insurmontable afin de pouvoir donner droit à une rente (cf. consid. 4.1 ci-dessus). Par contre, si l'octroi de la rente tenait déjà compte de la jurisprudence relative à cette exigence, introduite le 12 mars 2004 par le Tribunal fédéral (cf. consid. 5.2 ci-dessus), il n'est pas possible de réexaminer le droit à la

rente au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment 2.2.1.3).

7.5 Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales 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.

Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). Dans les cas où la révision a été introduite avant le 1^{er} janvier 2012 (entrée en vigueur des dispositions finales), cette date-ci constitue le point d'attachement fictif (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2014 cité consid. 4.3.2).

7.6 Enfin, le Tribunal fédéral a considéré que la let. a al. 1 des dispositions finales est conforme à la Constitution fédérale (Cst., RS 101) et à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH; ATF 139 V 547).

8.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, 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, 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou

l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêts du Tribunal fédéral U 378/05 du 10 mai 2006 [SVR 2006 UV n° 17 p. 60] consid. 5.3 et I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

En vertu de la jurisprudence, le Tribunal peut confirmer par substitution de motifs la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision ou d'un réexamen au sens des dispositions finales citées s'il constate que la décision précédente doit être reconsidérée (ATF 125 V 368 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_427/2014 du 1^{er} décembre 2014 consid. 2.2.1, 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 et références; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3139 p. 850).

9.

Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente prend, de règle générale, effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

10.

10.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, en vertu de l'art. 69 al. 2 RAI, lorsque les conditions d'assurance sont remplies, l'Office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on

peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). L'appréciation médicale constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et références).

10.2 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

11.

11.1 Le Tribunal, qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a). Son pouvoir d'examen est limité aux faits survenus jusqu'au moment où la décision contestée a été rendue conformément à la jurisprudence selon laquelle la date de la décision attaquée marque la limite du pouvoir d'examen du Tribunal (à titre d'exemple : ATF 129 V 1 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

11.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

11.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal 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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

11.2.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. 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). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

11.2.3 Dans l'affaire 8C_773/2013 du 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'un réexamen d'une rente d'invalidité au sens des dispositions finales le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile de déterminer si un trouble psychique présente ou ne présente pas une pathogenèse et étiologie claires. De plus, le résultat de l'examen peut conduire à la suppression éventuelle d'une rente octroyée depuis plusieurs années. Ainsi, les experts doivent dans ces cas soigneusement examiner et dûment motiver les raisons pour lesquelles ils ont retenu une atteinte dont l'origine est indéterminée. Ils doivent également toujours examiner si l'état de santé de la personne assurée s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic clair à l'aide d'examen psychiatriques cliniques. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. De plus, il doit être récent et répondre aux questions déterminantes (consid. 4.3.1 et références citées dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss).

11.2.4 Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence du 3 juin 2015 s'agissant des troubles somatoformes et des affections psychosomatiques similaires (ATF 141 V 281; cf. consid. 5.3 ss ci-dessus), le Tribunal fédéral a considéré que les expertises médicales effectuées selon les anciens standards jurisprudentiels ne perdent pas de fait leur

valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

11.2.5 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

12.

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant suite au réexamen de sa rente au sens des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI citées (cf. décision attaquée [Al pce 232]). Cas échéant, il peut être judicieux de poser la question de savoir si la suppression est justifiée pour d'autres motifs, comme la révision ou la reconsidération (cf. consid. 6 et 8 ci-dessus).

A titre initial, le TAF remarque que le recourant soulève en vain que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis l'octroi initial de sa rente. Non seulement sa rente initiale a été réduite à compter du 1^{er} décembre 2008 à un trois quarts de rente en raison d'une amélioration de son état de santé sur le plan psychique mais encore, selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision AI, les rentes octroyées peuvent être réduites ou supprimées dans les cas où l'incapacité de travail de la personne assurée est surmontable au sens de l'art. 7 LPGA, même en l'absence d'une modification de son état de santé ou de sa situation professionnelle (cf. consid. 7.1 ci-dessus). En effet, les nouvelles dispositions finales de la loi visent expressément ces cas où il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé de la personne assurée.

13.

13.1 Dans un premier temps, le recourant critique que sa rente a été supprimée par la décision contestée du 28 janvier 2015 après le délai de trois ans prévu par l'al. 1 des dispositions finales précitées (cf. consid. 7.1 ci-dessus) qui arrivait le 31 décembre 2014 à son terme.

Cela étant, la date de la décision supprimant (ou réduisant) la rente n'est pas déterminante, celle-ci contient toujours un élément aléatoire (ATF 140 V 15 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a remarqué que selon l'intention du législateur, le délai de trois ans de la let. a al. 1 des dispositions finales doit être compris dans le sens que le réexamen de la rente doit avoir été ouvert entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014 (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4.2 ; dans ce sens voir également ch. 1015 s. CDF). Or, tel est le cas en l'occurrence, l'OAIE ayant débuté le réexamen de la rente du recourant en mars 2013 (AI pce 133). Partant, le grief de l'assuré est sans fondement.

13.2 De plus, le recourant n'avait pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification légale le 1^{er} janvier 2012. Au surplus, en mars 2013 (AI pce 133), lorsque la procédure de réexamen a été ouverte, cela faisait onze ans – et ainsi moins de quinze ans – que l'assuré touchait une rente d'invalidité, la rente initiale ayant été versée à compter du 1^{er} mars 2002 (AI pce 13 pp. 1 à 7). Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 7.5 ci-dessus) de sorte que le recourant faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

13.3

Il sied d'examiner si le trois quarts de rente supprimé a été octroyé en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. consid. 7.1 à 7.3 ci-dessus).

13.3.1 Premièrement, le TAF remarque que la rente d'invalidité initiale a été allouée à l'assuré à compter du 1^{er} mars 2002 en raison d'une dépression sévère dont il souffrait, le Dr J._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ayant fait état d'un trouble dépressif récurrent, d'épisode sévère, rendant son patient totalement incapable de travailler (cf. message du 20 décembre 2002 et rapport du 29 septembre 2003 du Dr J._____ [AI pce 20 pp. 51 et 66]; cf. aussi notes de l'OAIE du 7 octobre 2003 [AI pce 20 pp. 76 s.]).

L'assuré présentait également des affections somatiques indépendantes. Les médecins ont diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et des troubles dégénératifs du rachis sur séquelles de maladie de Scheuermann (rapport du 14 juillet 2003 du Dr K._____ [AI pce 20 p. 58]) avec des discopathies étagées L3-L4 et L4-L5 et petite hernie discale foraminale, un status après opération d'une rupture du ligament croisé droit il y a 7 ans, amputation de l'index gauche et intervention sur le tendon fléchisseur du 4e doigt gauche il y a vingt ans et une neuropathie de compression du nerf cubital gauche au coude (cf. rapport du 12 mars 2002 du Dr L._____ [AI pce 20 p. 72]). Le Dr L._____, médecin-chef du service de rhumatologie et de la médecine physique et réhabilitation, a alors proposé en 2002 la reprise du travail à 50% dès que possible et une augmentation à 80% au moins après une quinzaine de jours. Il a ajouté que dans toute activité professionnelle ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kg plusieurs fois par jour, la capacité de travail de l'assuré était complète (AI pce 20 p. 74). Le Dr K._____, FMH médecine interne et spécialiste maladies rhumatismales, a estimé pour sa part que les troubles organiques rendait l'assuré incapable d'exercer son ancienne activité de maçon (cf. rapport du 14 juillet 2003 [AI pce 20 pp. 58 et 60]).

Il ressort également du dossier que les plaintes douloureuses au rachis et à l'épaule gauche signalées par l'assuré présentaient des signes de non-organicité. Le Dr L._____ retenaient alors des rachialgies diffuses (rapport du 12 mars 2002 [AI pce 20 pp. 72 s.]) et les Drs K._____ et J._____ un syndrome douloureux chronique (cf. rapports des 4 juillet et 29 août 2002 ainsi que des 24 mars et 14 juillet 2003 du Dr K._____ [AI pce 20 pp. 58, 60, 64 s., 67 s., 69]; rapport du 29 septembre 2003 du Dr J._____ [AI pce 20 p. 51]).

Après une première révision de rente, au cours de laquelle l'assuré a été expertisé par le Dr M._____, psychiatre et psychothérapeute (cf. rapport du 12 janvier 2006 [AI pce 20 pp. 4 ss]), le droit à la rente d'invalidité entière a été confirmé par communication du 20 février 2006 (AI pce 21), le médecin du Service médical régional AI (SMR) ayant notamment retenu que l'état dépressif de l'assuré ne s'est pas amélioré d'une façon significative (avis médical du 14 février 2006 de la Dresse N._____ [AI pce 20 p. 1] et notes des 13 et 15 février 2006 [AI pce 20 pp. 78 s.]).

13.3.2 En 2008, lorsque l'OAIE a réduit la rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} décembre 2008 à un trois quarts de rente, l'office s'est basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 14 avril 2008 du Dr O._____, FMH

en psychiatrie et psychothérapie, qui a observé que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi que d'une dysthymie en raison de la problématique algique. L'expert a conclu que la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée surtout grâce au suivi d'une psychothérapie au Portugal depuis deux ans et qu'il présentait de nouveau une capacité de travail entière (AI pces 69 et 70).

Le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a ensuite confirmé l'expertise du Dr O._____ et l'amélioration de l'état de santé documentée. Il a relevé comme nouveaux diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux et une dysthymie. Dans sa prise de position médicale du 31 mai 2008, le médecin de l'OAIE a par contre estimé que la capacité de travail de 100% mise en évidence par l'expert doit être considérée comme une indication médico-théorique. Selon lui, il ne serait pas raisonnable de proposer une reprise de travail dans l'ancien métier de maçon, vu la symptomatologie douloureuse, et il a attesté une incapacité de travail de 70% dans cette profession. En revanche, la reprise d'une activité professionnelle dans une activité de substitution était selon lui envisageable, après une longue période de déhabituement, à 50% (AI pce 75). Dans sa prise de position du 29 septembre 2008, le Dr B._____ a confirmé sa position (AI pce 85).

L'OAIE a ensuite, le 13 juin 2008, procédé à une évaluation de l'invalidité de l'assuré en application de la méthode générale et a déterminé un taux d'invalidité de 60.75% (AI pce 78).

Dans sa décision du 17 octobre 2008, l'OAIE a expliqué qu'il a constaté sur la base des nouveaux documents reçus qu'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, comme par exemple ouvrier non qualifié ou manœuvre dans une usine/fabrique/production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, magasinier/gestion des stocks ou de petites livraisons avec véhicule, serait exigible à 50% et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (AI pce 87).

13.3.3 Après une nouvelle révision introduite, le trois quarts de rente a été confirmé par communication du 11 avril 2011 (AI pce 125). Le médecin de l'OAIE a considéré sur la base des rapports des médecins portugais que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré (prise de position du 1^{er} mars 2011 du Dr C._____ [AI pce 124]).

13.3.4 Au vu de ce qui précède, le trois quarts de rente supprimé par la décision litigieuse a été alloué en 2008 parce que l'OAIE a estimé que si l'assuré ne présentait dans son ancienne activité de maçon plus qu'une capacité résiduelle de travail de 30%, dans une activité adaptée, moyennement lourde ou légère, sa capacité était de 50%. Compte tenu de l'ensemble de la documentation médicale se trouvant alors au dossier, le TAF remarque que cette appréciation de la capacité résiduelle de travail de 50% se fondait sur le diagnostic de trouble somatoforme, attesté par le Dr O._____ (AI pces 69, 70) et expressément retenu par le Dr B._____ (AI pce 75), la dysthymie également observée, causée selon l'avis de l'expert par la problématique algique (AI pce 69 p. 8), ne faisait qu'accompagner le syndrome somatoforme. Sur le volet somatique, que l'OAIE n'a plus examiné en 2008, la capacité de travail était entière dans de telles activités ce que les Drs L._____ et K._____ retenait en 2002 et 2003 (AI pce 20 pp. 58, 60 et 74; consid. 13.3.1 ci-dessus). Dès lors, la rente d'invalidité, supprimée par la décision querellée, a été allouée pour un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au sens des dispositions finales (cf. consid. 7.1 à 7.3 ci-dessus). Le Tribunal note en outre que l'évaluation de cette capacité résiduelle de travail ne reposait pas sur les considérations jurisprudentielles selon lesquelles les troubles somatoformes et analogues pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. consid 7.4 ci-dessus). En effet, ni les médecins de l'OAIE (AI pces 55, 75 et 85), ni l'OAIE lui-même dans sa décision du 17 octobre 2008 (AI pce 87) ne se référaient à la jurisprudence topique du Tribunal fédéral.

En conséquence, l'une des autres conditions pour le réexamen de la rente du recourant conformément aux dispositions finales citées (cf. consid. 7.3 ci-dessus) est également remplie (s'agissant de la reconsidération éventuelle de la décision du 17 octobre 2008 cf. consid. 15.4 ci-dessous).

14.

14.1 L'OAIE a fondé sa décision de suppression de rente sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 10 juillet 2014 établie par le Dr D._____, médecin interniste FMH et rhumatologue FMH, le Dr E._____, rhumatologue FMH et le Dr F._____, psychiatrie-psychothérapie FMH (AI pce 154).

Les experts ont posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un Scheuermann dorsolombaire et des discopathies protrusives discrètes au

niveau L4-L5, L5-S1 sans conflit disco-radiculaire et une cervicarthrose modérée prédominant en C4-C5 (AI pce 154 p. 16). Ils notent qu'en l'absence d'atteinte rhumatologique importante, on ne saurait retenir des limitations fonctionnelles. Toutefois, ils ont considéré que l'exercice d'une activité comportant le port de charges lourdes de façon répétée était illusoire au vu de l'inactivité physique de l'assuré depuis plus de 15 ans et de son âge de plus de 50 ans. Les experts ont cependant estimé que la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité de manutention modérée à légère qui n'implique pas le port de charge importante (moins de 15 kg de façon répétée) et des positions trop contraignantes pour le dos (position répétée penchée en avant ou de façon statique [p. 17 du rapport]).

Les experts expliquent notamment qu'il existe un tableau clinique sans substrat somatique permettant d'expliquer les douleurs, avec un comportement très démonstratif. Toutefois, ils n'ont pas observé d'incohérence clinique permettant d'affirmer une simulation. En outre, la vie sociale et des activités quotidiennes les ont fait penser que la symptomatologie dépressive était moins sévère que ce dont se plaignait l'expertisé (p. 17 du rapport).

14.2 Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, le Dr G._____, médecin généraliste et interniste FMH, a confirmé dans son avis du 6 août 2014 la conclusion de l'expertise selon laquelle l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée (AI pce 158). Le Dr C._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, confirme le 30 août 2014 le rapport d'expertise d'un point de vue psychiatrique (AI pce 160). Sur demande, la Dresse H._____ précise le 18 novembre 2014 que l'âge de l'assuré (52 ans) ainsi que le déconditionnement physique décrit par les experts sont de facteurs étrangers à l'AI. Par conséquent ce médecin note que la capacité de travail de l'assuré est entière à compter du 10 juillet 2014 (date du rapport d'expertise) dans l'ancienne activité de maçon ainsi que dans une activité adaptée (AI pce 164).

14.3 Dans le cadre de la procédure d'audition devant l'OAIE, le recourant a produit comme nouvelle pièce le rapport médical du 2 janvier 2015 du Dr I._____, médecin généraliste qui fait état d'un trouble dépressif sévère, d'une fibromyalgie, d'une pathologie cervicale et lombaire dégénérative avec hernie, d'une omalgie du membre gauche, invalidante pour des grands efforts, des céphalées de tension ainsi que des vertiges. Ce médecin rapporte également les résultats des examens d'imagerie médicale et les médicaments prescrits. Il conclut que son patient présente

une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dans la construction civile (AI pce 166).

15.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise médicale.

15.1 Le recourant soutient que le rapport du 10 juillet 2014 est dénué de toute force probante vu qu'il a été rédigé plus de six mois après son examen des 7 et 8 janvier 2014. Il rappelle que l'OAIE lui-même a mentionné dans le mandat d'expertise du 22 octobre 2013 (AI pce 143 p. 1) que le rapport devait lui être remis dans les 3 mois suivant la visite, faute de quoi ses conclusions n'avaient plus de valeur probante. Le recourant avance que cette exigence est totalement justifiée dans la mesure où une telle expertise demande une connaissance accrue du dossier, ainsi que des souvenirs vifs et actuels de la visite du patient (mimiques, faits et gestes, postures, discussions etc.). Selon le recourant, le rapport d'expertise ne peut être rédigé plusieurs mois après la visite de l'assuré lorsque les souvenirs des experts sont diffus et lointains.

Le TAF estime que la rédaction d'un rapport d'expertise plus de sept mois après l'examen de la personne assurée est effectivement problématique pour les raisons évoquées par le recourant (cf. s'agissant la preuve des troubles psychosomatiques aussi : PETER HENNINGSEN, *op. cit.*, pp. 528 ss). Cette situation est en l'occurrence d'autant plus grave que l'expertise médicale doit répondre à des exigences accrues, ayant été effectuée dans le cadre d'un réexamen de la rente en vertu des dispositions finales (cf. consid. 11.2.3 ci-dessus). Toutefois, le TAF constate que la jurisprudence du Tribunal fédéral n'a pas fixé une date butoir à partir de laquelle un rapport d'expertise rédigé après l'examen concret de la personne assurée perd sa valeur probante et que selon la jurisprudence, l'élément déterminant pour la valeur probante du rapport d'expertise est bel et bien son contenu (cf. MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, ch. 2909, p. 796). Or, à ce sujet le TAF note que le recourant ne fait valoir aucun élément concret, pouvant mettre en doute les souvenirs des experts et partant leurs observations et conclusions. Il n'invoque par ailleurs pas non plus que son état de santé s'est aggravé ou modifié depuis l'expertise. Par conséquent, le grief de l'assuré est infondé.

15.2

15.2.1 Le recourant prétend que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes douloureux relativise une fois de plus la valeur probante de l'expertise médicale.

15.2.2 S'agissant des affections somatiques de l'assuré, le TAF note que le rapport d'expertise (AI pce 154) se base sur l'entier du dossier médical constitué, dont notamment le dernier CT-scan de la colonne cervicale, dorsale et lombaire du 17 décembre 2013 (pp. 3 ss et p. 12 du rapport) ainsi que sur les examens cliniques de l'assuré d'un point de vue de la médecine interne et rhumatologique (pp. 10 s. du rapport) par des spécialistes. Le rapport contient une anamnèse complète et détaillée (pp. 4 ss du rapport) ainsi qu'une description des plaintes de l'assuré (pp. 6 ss et 13 ss), de ses activités quotidiennes (p. 8) et de ses traitements et médicaments (pp. 8 s.).

En outre, le TAF constate que l'état de santé somatique de l'assuré s'est modifié depuis l'octroi initial de sa rente (cf. consid. 13.3.1 ci-dessus) dans le sens qu'il présente désormais à côté des discopathies lombaires et des séquelles de maladie de Scheuermann également une cervicarthrose modérée prédominant en C4-C5. Toutefois, l'expert rhumatologue note que cliniquement il ne constate pas de limitation significative de la mobilité cervicale ni de souffrance segmentaire précise et que les douleurs décrites par l'assuré touchant essentiellement l'épaule gauche ne peuvent pas être en relation avec ces constatations radiologiques (cf. p. 14 du rapport). Tout comme les médecins en 2002 et 2003 déjà (cf. consid. 13.3.1 ci-dessus), l'expert a conclu que l'examen ne permet pas d'expliquer l'importance du handicap décrit par l'assuré, les discopathies lombaires étant plutôt discrètes et les séquelles de maladie de Scheuermann et la cervico-discarthrose y associées toutes deux modérées. Selon l'expert, les douleurs de l'assuré s'inscrivent en grande partie dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique de type somatoforme (p. 14 du rapport).

Dès lors, comparé à la situation présente en 2008, respectivement en 2002 et 2003 (cf. consid. 13.3.1, 13.3.2 et 13.3.4), le TAF remarque que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié d'une façon significative sur le plan somatique.

Les experts ont décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge importante (moins de 15 kg de façon répétée) et pas de positions trop contraignantes pour le dos (position répétée penchée en avant ou de façon statique) ; ces limitations ressemblent à celles attestées par le Dr L. _____ en 2002 déjà (consid. 13.3.1). Partant, le Tribunal retient, à

l'instar des experts et de l'OAIE, que l'assuré présente d'un point de vue somatique une capacité de travail entière dans une activité de manutention légère à modérée, respectant ces limitations. Cependant, le TAF ne saurait suivre l'OAIE qui sur la base de l'avis de la Dresse H. _____ estime que la capacité de travail de l'assuré est également entière dans son ancienne activité de maçon. En effet, celle-ci doit être qualifiée de lourde et est incompatible, au moins partiellement, avec les limitations décrites. Dès lors, tout comme les médecins auparavant déjà (cf. consid. 13.3.1, 13.3.2 ; dans ce sens voir aussi l'arrêt du 23 février 2003 du Tribunal cantonal qui a constaté que l'assuré ne présentait plus une capacité de travail entière dans son ancienne activité [Al pce 14 pp. 3 s.]), le Tribunal retient que l'assuré ne présente dans son activité habituelle qu'une capacité résiduelle de travail de 30%.

15.2.3 S'agissant du volet psychiatrique du rapport d'expertise, le TAF note que celui-ci se fonde notamment sur l'examen clinique de l'assuré par l'expert psychiatre (pp. 11 s. et 14 s. du rapport) ainsi que sur l'examen sanguin et le monitoring médicamenteux du 8 janvier 2014 (p. 12 du rapport).

Cependant, le TAF remarque que le rapport est lacunaire à plusieurs égards, ne permettant pas une appréciation globale et ouverte du trouble somatoforme douloureux dont l'assuré souffre (cf. consid. 5.4 et 5.5 ci-dessus). L'estimation de la capacité de travail par l'expert psychiatrique (Al pce 154 p. 15), confirmée par le médecin de l'OAIE (Al pce 160), se basant sur l'absence d'une comorbidité psychiatrique et sur les critères de Foerster, ne saurait être confirmée au vu de la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 5.3 ci-dessus).

Le rapport contient certes de nombreuses observations utiles pour déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré compte tenu des indicateurs déterminants d'après la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral : notamment, les experts ont noté qu'aucune évaluation ostéoarticulaire n'a été effectuée depuis de nombreuses années (p. 13 du rapport), que le traitement psychiatrique ne paraît pas efficace (pp. 18 s.), que l'assuré reste relativement actif dans sa vie quotidienne (pp. 6, 8, 15), qu'il n'est pas isolé socialement (pp. 9 et 15), mais que l'assuré se montre déprimé et légèrement ralenti lors de l'examen psychiatrique (p. 15), que l'assuré se sentait dernièrement particulièrement déprimé, 4 jours sur 7, et que l'intensité pouvait atteindre 9/10 (pp. 14 s), que son caractère semble avoir changé depuis qu'il souffre des douleurs chroniques et qu'il fait moins d'activités physiques et sociales qu'auparavant (pp. 7, 8, et 15), que

l'assuré suit depuis 2002 un traitement psychiatrique et se montre compliant au traitement psychotrope (pp. 15 et 18), qu'au vu de la chronicité du trouble, plus de 20 séances hebdomadaires en psychothérapie cognitivo-comportementale pourraient être nécessaires (p. 19), que les experts n'ont pas observé d'incohérence clinique permettant d'affirmer une simulation (p. 17).

Néanmoins, s'agissant du diagnostic du trouble somatoforme lui-même (cf. 1^{ère} catégorie, ch. 1.1.1; consid. 5.4 ci-dessus), le rapport ne se prononce pas sur sa gravité, or cette atteinte peut présenter des degrés différents de gravité (cf. PETER HENNINGSEN, op. cit. pp. 17 s.) et notamment causer des limitations fonctionnelles ; selon la nouvelle jurisprudence, un degré de gravité minimal est même inhérent au diagnostic (cf. consid. 5.1 et 5.4 ci-dessus). Dans ce sens, la remarque des experts selon laquelle en l'absence d'atteinte rhumatologique importante on ne saurait retenir des limitations fonctionnelles (cf. p. 17 du rapport d'expertise), ne peut pas être suivie. De plus, le Tribunal estime que la conclusion selon laquelle la symptomatologie dépressive constatée par l'expert psychiatre ne forme pas un diagnostic à part mais entre dans le diagnostic du trouble somatoforme (cf. p. 15 du rapport d'expertise) nécessite une motivation plus importante, prenant en compte les éléments pertinents du diagnostic du trouble somatoforme et ceux des diagnostics écartés (cf. consid. 5.1). Non seulement les Drs M._____ et O._____ ont auparavant retenu à ce sujet des diagnostics distincts (AI pce 20 p. 17, AI pce 69 pp. 8 s.) mais encore, dans des nombreuses affaires similaires des diagnostics spécifiques sont posés par les experts.

Le Tribunal remarque de surcroît que le rapport ne contient pas d'éléments permettant de se prononcer sur le « complexe personnalité » de l'assuré dont il sied également de tenir compte afin de pouvoir évaluer le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle (1^{ère} catégorie, ch. 1.2; cf. consid. 5.4 ci-dessus). Ce complexe englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle « fonctions complexes du moi » (cf. RENATO MARELLI, Nicht können oder nicht wollen ? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007, pp. 336 ss) qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2; THOMAS

GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, op. cit., ch. 60 s. pp. 14 s.; cf. aussi Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, Annexe VI : Indicateurs standards en détail, p. 214). Dans ce sens, le TAF remarque que la conclusion de l'expert psychiatre selon laquelle les modifications du caractère de l'assuré – notamment son côté dépendant – sont à mettre sur le compte d'un rôle de malade dans lequel l'assuré semble s'être enfermé et ne sont pas à mettre sur le compte d'un trouble spécifique de la personnalité (p. 15 du rapport d'expertise) est insuffisante, la gravité de ce rôle n'ayant pas été analysée en vertu du concept décrit. Il va de même de la remarque selon laquelle les traitements psychotropes et la psychothérapie de soutien suivis par l'assuré depuis 2002 ne semblent pas avoir amélioré la symptomatologie en raison dudit rôle de handicapé (p. 15 du rapport).

Par conséquent, le TAF ne saurait confirmer les conclusions de l'expertise sur le volet psychiatrique.

15.3 Le recourant critique en outre que les experts et l'OAIE ont écarté sans motivation les avis des différents spécialistes portugais qui lui attestent une incapacité de travail.

Cependant, le recourant a omis de désigner nommément ces experts et leurs rapports.

De plus, s'agissant de l'appréciation du Dr I. _____ du 2 janvier 2015 que l'assuré a versée comme nouvelle pièce au dossier dans le cadre de la procédure d'audition (AI pce 166), le TAF vient de confirmer qu'il faut admettre que l'assuré ne présente plus de capacité de travail dans son activité habituelle dans la construction civile (cf. consid. 15.2.2). En outre, le TAF ne saurait notamment se baser sur les avis du Dr P. _____, psychiatre (AI pce 119) et du Dr I. _____, rhumatologue (AI pces 118 et 168), attestant à l'assuré une incapacité de travail entière. Ces rapports, très succincts et peu motivés, datant du reste des 18 août et 6 octobre 2010, ne répondent pas aux critères jurisprudentiels particuliers en matière de trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 5.4 ss ci-dessus). Enfin, le recourant ne fait pas valoir qu'il souffre des affections qui ont été ignorées par les experts ou par les médecins de l'OAIE. Partant, les critiques du recourant sont infondées.

15.4 En conclusion, le TAF retient que l'assuré présente toujours dans son ancienne activité de maçon une incapacité de travail de 70%. Quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le

Tribunal doute que son état de santé ait été évalué correctement. Partant, la décision dont est recours doit être annulée. Vu l'issue de l'examen, le TAF ne peut pas non plus déterminer si la décision du 17 octobre 2008 est éventuellement sujette à reconsidération (cf. consid. 8 et 13.3.4 ci-dessus).

16.

16.1 Selon l'al. 2 de la let. a des dispositions finales précitées, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Aux termes de l'al. 3 des dispositions finales, durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente.

Le but de ces mesures de nouvelle réadaptation est de faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 cité pp. 1736 s.).

Dans l'arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'avec la réduction ou la suppression de la rente d'invalidité en vertu des dispositions finales naît, simultanément, le droit de l'assuré à des mesures de nouvelle réadaptation avec la poursuite accessoire du versement de la rente allouée jusqu'alors (cf. aussi ATF 141 V 385 consid. 5; arrêt du TAF C-2667/2014 du 12 mai 2017 consid. 14.4).

16.2 Dans l'arrêt 8C_773/2013 cité consid. 4.3.2, le Tribunal fédéral a relevé que même en présence des conditions d'application de la lettre a des dispositions finales, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer les rentes en cours sans un examen préalable d'une possible réinsertion dans le marché du travail et que la personne assurée ait été informée de mesures envisageables lors d'un entretien personnel (cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral et 9C_64/2015 cité consid. 4.1 et 8C_583/2014 du 12 décembre 2012 consid. 4.2). Dans ce sens, le ch. 1004.2 CDF impose un entretien personnel avec l'assuré au cours duquel seront discutées et planifiées des mesures. La Haute Cour a expliqué que lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu – telle qu'exigée expressément par le Conseil Fédéral et la doctrine – il peut être déterminé si une réduction ou une suppression

de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (8C_773/2013 cité consid. 4.3.2 et références dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.3, 135 V 201 consid. 7.2.2).

Selon la jurisprudence, il ne peut avoir été renoncé valablement à un entretien que si dans la décision de suppression de rente il a été relevé que des mesures de nouvelle réadaptation seraient inutiles faute d'intérêt de la personne assurée auxdites mesures (cf. ATF 141 V 385 consid. 5.3).

16.3 Le TAF a considéré que l'omission de l'autorité inférieure de procéder à l'entretien personnel conformément au ch. 1004.2 de la CDF doit être qualifiée de vice de procédure qui ne peut être guéri au cours de la procédure de recours devant le tribunal (cf. arrêts du TAF C-2667/2014 cité consid. 14.2.2 et C-3475/2014 du 13 septembre 2016 consid. 10.4; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_558/2015 du 4 avril 2016 consid. 6.3). Dans l'affaire C-2667/2014 cité consid. 14.3, le Tribunal de céans a constaté que les conditions pour l'élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation ne sont pas remplies.

16.4 En l'occurrence, l'OAIE n'a pas examiné le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation et notamment, il n'a pas mené un entretien personnel avec le recourant ce qui constitue un vice de procédure qui est de nature formelle. Il n'a pas non plus examiné si la suppression de la rente était proportionnelle au sens de la jurisprudence. En outre, le TAF note que les conditions pour un élargissement de la présente procédure à cette question ne sont pas remplies, la capacité résiduelle de travail de l'assuré n'étant notamment pas encore déterminée définitivement ; partant, la question n'est pas prête pour jugement. Par ailleurs, l'OAIE ne s'est pas prononcé sur cette question concrètement ni quant au droit en tant que tel même brièvement (cf. arrêt du TAF C-2667/2014 cité consid. 14.3 ; voir sur la question en général : ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références ; FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2ème édition 1983, p. 43 ; ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Dès lors, la décision attaquée doit aussi être annulée pour ces raisons.

17.

17.1 En conclusion, la décision attaquée est annulée (cf. consid. 15.4 et 16.4 ci-dessus) et le recours admis partiellement.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens de l'art. 61 al. 1 PA et nouvelle décision. En effet, bien que le renvoi soit exceptionnel et la procédure soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 Cst., le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier ne contenant pas une expertise médicale (psychiatrique) répondant aux exigences de la nouvelle jurisprudence et l'OAIE n'ayant pas examiné le droit du recourant aux mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI.

17.2 Concrètement, l'OAIE devra procéder à une nouvelle expertise médicale qui portera au moins sur le volet psychiatrique si l'état somatique de l'assuré ne s'est pas modifié entre-temps ; l'OAIE se renseignera dans un premier temps à ce sujet auprès de l'assuré. En outre, l'assuré ne présentant plus qu'une capacité résiduelle de travail de 30% dans son activité habituelle, l'OAIE devra, cas échéant, déterminer le taux d'invalidité de l'assuré dans une activité adaptée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 4.2 ci-dessus). De surcroît, dans le cas où il sied de supprimer ou de réduire la rente de l'assuré, l'OAIE devra décider de l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI et procéder à un entretien personnel avec l'assuré. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

17.3 Dans cette situation, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire – telle que réclamée à titre subsidiaire par le recourant – n'est pas indiquée.

18.

Il reste à déterminer la participation aux frais de la présente procédure et l'allocation de dépens.

18.1 En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA) ; a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit en principe pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA).

Compte tenu de la jurisprudence selon laquelle le recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 141 V 281

consid. 11.1, 132 V 215 consid. 6.2), il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part du recourant, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée (TAF pces 4 à 6) lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force.

Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

18.2 L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement 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 entièrement ou partiellement 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.

Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer au recourant représenté une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

La décision du 28 janvier 2015 est annulée et le recours admis partiellement.

2.

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs perçue en cours de procédure du recourant lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

4.

L'autorité inférieure versera au recourant une indemnité à titre de dépens de 2'800 francs.

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)

L'indication des voies de droit se trouve 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 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :