



Cour III
C-2667/2014

Arrêt du 12 mai 2017

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
David Weiss, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
Portugal,
représenté par Me Gilles Miauton,
1002 Lausanne,
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 6a (décision du 15 avril 2014).

Faits :**A.**

A.a Par décision du 23 mai 2003 l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD) octroya un quart de rente d'invalidité pour un degré d'invalidité de 40% à compter du 1^{er} décembre 1999 à A. _____, ressortissant portugais né en 1963, machiniste de profession, ayant travaillé en dernier lieu de 1993 à 1999 comme manutentionnaire. L'intéressé bénéficia à compter du 1^{er} janvier 2001 d'une demi-rente d'invalidité non exportable par une décision du même jour du fait qu'il remplissait les conditions économiques dites de « cas pénible » selon la législation en vigueur. La décision releva qu'il avait présenté des incapacités de travail de longue durée depuis le 18 décembre 1998 et que selon l'expertise médicale du 25 mars 2002 réalisée par la Clinique B. _____ son incapacité de travail et de gain était estimée à 40% dans toute activité (pces 72-77 dossier OAI-VD).

A.b Dans le cadre de l'expertise (disciplines requises non spécifiées en préambule) précitée, signée des Drs C. _____, réadaptation générale, médecine physique, rhumatologie, et D. _____, psychiatrie, le Dr C. _____ posa le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de 1^o trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.2) et 2^o de syndrome douloureux somatoforme persistant (trouble somatoforme douloureux) (F45.4). De son côté le Dr D. _____ posa le diagnostic inversé de 1^o syndrome douloureux somatoforme persistant (trouble somatoforme douloureux) (F45.4) et 2^o de trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.1). Le Dr D. _____ indiqua (pce 50 p. 3) que la comorbidité psychiatrique n'était « pas du tout évidente » chez ce patient retenu, tendant à dénier toute souffrance psychologique, ayant certaines difficultés à verbaliser les émotions. Il releva que les éléments dépressifs significatifs apparaissaient en cours d'entretien quand il était confronté à sa situation actuelle et au manque de ressources économiques, assimilables à des idées de ruine, d'insuffisance, et à une altération relativement sévère de l'estime de soi, l'ensemble du tableau rejoignant selon l'expert la gravité d'un trouble dépressif majeur (degré moyen). Sur le plan somatique (Dr C. _____) il ne fut pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il fut notamment retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'uncodiscarthrose C4-C5, spondylose dorsale débutante, discrètes séquelles de dystrophie de croissance dorso-lombaire. Le rapport précisa qu'en se tenant strictement au modèle biomédical il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail, quelle que

soit la profession, sur la base des anomalies musculo-squelettiques constatées. Ensuite du concilium le rapport retint que les limitations constatées étaient avant tout d'ordre psychologique et justifiaient une incapacité de travail au total ne dépassant pas 40% et ceci depuis 1998 (pce 51 OAI-VD).

A.c Résumant les conclusions de l'expertise précitée la Dre E. _____ du SMR, sans spécialité indiquée, indiqua dans un rapport du 6 août 2002 pour l'OAI-VD que « l'expert principal [Dr C. _____] retient comme diagnostic un trouble somatoforme douloureux persistant associé à un trouble dépressif majeur (épisode actuel moyen). Pour l'expert [Dr C. _____], d'un point de vue rhumatologique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle objective, par contre, l'assuré présente des limitations fonctionnelles [qui] sont dues à un trouble psychique qui explique la nette discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives tant cliniques que radiologiques, entre les allégations de l'assuré concernant ses lourds handicaps et son rôle de père au foyer parfaitement assumé et finalement entre tous les traitements médicamenteux ou de physiothérapie intensive et l'absence de résultat. Dès lors, l'atteinte psychique entraîne une incapacité de travail de 40% au maximum dans toutes les activités ». La Dre E. _____ mit en exergue que « d'un point de vue médico-juridique, l'incapacité de travail totale depuis le 18.12.1998 n'est pas justifiable. Il est bien reconnu que l'avis du médecin traitant est favorable à son patient vu les liens de confiance qui les lient. Dès lors, nous nous rallions à l'avis de l'expert [Dr C. _____] concernant le taux d'incapacité de travail de 40% au maximum depuis le 18.12.1998 ». La Dre E. _____ conclut son rapport comme suit : « Etant donné la durée des troubles psychiques et notamment du trouble somatoforme, une évolution favorable ne paraît pas envisageable, c'est pourquoi, je ne vous propose pas de révision précoce » (pce 59 dossier OAI-VD).

B.

En date du 28 décembre 2004 l'assuré déposa une demande de révision de son dossier en raison d'une aggravation alléguée de son état de santé et d'un kyste à l'épaule droite (pce 93 dossier OAI-VD). Dans un rapport du 26 mai 2005 le Dr F. _____ du SMR, à la suite d'un rapport médical du Dr G. _____, médecine interne et rhumatologie, du 4 mars 2005, nota que le Dr G. _____ n'avait mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives, qu'il n'y avait donc au sens médical pas d'aggravation de l'état de santé et, par

conséquent, pas de diminution de la capacité de travail (pces 105, 111 dossier OAI-VD). Par décision du 30 mai 2005 l'OAI-VD rejeta la demande de l'assuré d'augmentation de sa rente. Il indiqua que l'aggravation alléguée ne portait que sur les douleurs qui étaient un élément subjectif et qu'objectivement le médecin neurologue n'avait mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire, ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives, qu'en l'occurrence l'incapacité de travail et de gain restait donc fixée à 40% (pce 112 dossier OAI-VD). Cette décision entra en force après un retrait d'opposition du 1^{er} juillet 2005 à son encontre (pce 117 OAI-VD).

C.

En date du 17 avril 2007 l'intéressé annonça à l'OAI-VD son départ de Suisse pour le Portugal au 15 mai 2007. Son dossier fut transféré à l'Office de l'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

D.

En date du 2 avril 2008 l'OAIE initia une révision du droit à la rente (pce 1 dossier OAIE). Il porta notamment au dossier les documents ci-après :

- un rapport médical E 213 daté du 10 octobre 2008 faisant état d'une incapacité de travail pour cause d'accident du travail avec traumatisme lombaire de deux vertèbres, de plaintes principales de dorsolombalgies chroniques résultant d'un accident du travail avec limitations physiques et réactions dépressives induites mais sans incidence affective et cognitive, d'une lombalgie chronique, d'omalgies à droite, avec limitation de l'amplitude du bras droit dans l'abduction, d'un syndrome dépressif, pas d'amélioration suite à de la physiothérapie, de médication d'analgésiques et d'anti-inflammatoires, relevant une force et un tonus musculaire sans altération, une marche sans altération, retenant d'un point de vue ostéoarticulaire l'existence d'une limitation importante des amplitudes articulaires conditionnant un travail régulier et sur le plan fonctionnel une limitation de l'amplitude du segment vertébral et du bras droit, notant un état stationnaire, un status d'incapacité de travail totale dans sa dernière activité selon la législation portugaise, sans possibilité d'améliorer son état de santé, sans nécessité d'un nouvel examen médical (pce 10),
- un rapport de tomographie axiale computerisée (TAC) cervical et lombaire du 27 mai 2008 ne relevant pas d'altérations particulières (pce 11),

- un rapport psychiatrique de la Dre H. _____ du 11 juillet 2008 ne relevant pas de pathologie psychiatrique significative (pce 12),
- un questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 22 décembre 2008 attestant d'une non-reprise de travail (pce 16).

Invité à se déterminer sur cette documentation médicale, Le Dr I. _____, orthopédie, traumatologie, pour l'OAIE releva dans deux rapports des 2 et 14 mars 2009 un status inchangé indiquant un syndrome douloureux lombaire sur troubles dégénératifs avec un syndrome dépressif chronique et nota que du point de vue psychiatrique la symptomatologie était plutôt modeste. Il proposa le maintien du taux d'incapacité de travail inchangé et une prochaine révision en avril 2013 (pces 18 et 20). Par communication du 19 mars 2009 à l'assuré l'OAIE reconduisit son droit à la rente (un quart de rente) pour un degré d'invalidité inchangé (pce 21).

E.

Le 21 avril 2012 l'OAIE initia une révision du droit à la rente en application de la 6^e révision de la LAI (Réexamen 6a) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 ayant imposé un réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (RO 2011 5659). Dans ce cadre l'OAIE porta notamment au dossier les documents ci-après :

- un questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 23 mai 2012 selon lequel ce dernier n'a pas repris d'activité (pce 24),
- un rapport d'expertise du Centre d'Expertise Médical (CEMed) de Nyon daté du 22 mars 2013 (examen des 17-19 décembre 2012) signé des Drs J. _____, médecine interne, K. _____, psychiatrie, L. _____, rhumatologie (pce 31 OAIE).

L'anamnèse fit état largement du passé de l'intéressé et de son suivi médical. Il ne fut pas indiqué de traitement actuels en cours ni de traitement psychotrope, seuls des traitements antalgiques étant prescrits.

Le rapport ne nota pas de plaintes actuelles sur le plan de la médecine interne hormis des douleurs articulaires. Il indiqua sur le plan rhumatologique des plaintes de douleurs lombaires basses, médianes, d'allure mécanique, d'intensité variable, présentes la nuit et causant des insomnies, augmentant principalement lors des efforts, de positions du corps penché, de port de charges de quelques kilos, ayant tendance à irradier

vers l'ensemble du rachis, dans la région dorsale et cervicale, des plaintes de douleurs diffuses au niveau du genou droit d'allure mécanique associées à un fond douloureux constant, augmentées lors de la charge, en position debout prolongée, limitant le périmètre de marche (1/2 h.), entraînant une boiterie antalgique, causant des épanchements modérés lors d'efforts soutenus, des plaintes de douleurs au niveau de l'épaule droite dans un contexte de fond douloureux constant d'allure mécanique, aggravées lors de mouvements d'épaule divers, d'élévation au-dessus de l'horizontale, de rétro-pulsions ou de ports de charges dès 3-4 kilos, sans symptomatologie neurologique associée. Le rapport ne rapporta pas de plaintes sur le plan psychique, l'intéressé ayant spontanément déclaré se sentir bien sous réserve de ses limitations quotidiennes, notant concernant les douleurs qu'elles étaient constantes apparaissant intensément puis diminuant progressivement avant de disparaître après quelques jours, d'autres apparaissant et évoluant de la même manière.

Le rapport releva une présentation correcte, une hygiène soignée, un status orienté dans le temps, l'espace, à la personne et à la situation. La gestuelle fut décrite fluide, vive et harmonieuse, la marche plus lente. Il indiqua une relation constante adéquate et sans distance, une expression émotionnelle normalement fluctuante, un ton de voix ferme, pas de ralentissement, pas de fatigabilité, pas de signe dépressif, une humeur stable, sans idéation morbide ou suicidaire. Le rapport nota une importante fixation psychique sur les douleurs et leur impact subjectif sur les activités quotidiennes. Il releva des capacités d'élaboration psychique limitées. Il nota que l'intéressé ne restait pas inactif, ne restait pas enfermé chez lui, s'occupait de ses enfants, du ménage en grande partie, des affaires administratives, entretenait des relations interpersonnelles, visitait sa mère nouvellement dans un home ce qui le libérait, vivait des sorties en famille avec plaisir. Il indiqua que l'intéressé était venu seul depuis le Portugal.

Le status de médecine interne fut décrit sans particularité (65kg/160cm, BMI 25.3).

Sur le plan rhumatologique et neurologique le rapport nota un entretien en position assise de plus d'une heure sans manifestation de douleurs, un examen détaillé de la nuque, du rachis dorso-lombaire, des épaules et des autres articulations sans mention de limitations particulières avec quelques indications de palpations et de manœuvres déclarées douloureuses, avec absence d'atrophie musculaire, une force et une

sensibilité dans l'ensemble bien conservées, des manœuvres de La-sègue négatives. Le genou droit fut décrit avec un discret empâtement et sensible à la palpation. L'énoncé du dossier radiologique (pce 31 p. 16 s.) releva une discarthrose C4-C5 modérée, pas d'anomalie particulière au niveau de la colonne dorsale et lombaire ainsi qu'au niveau des hanches et des sacro-iliaques. Il nota une discopathie L4-L5 protrusive avec un débord foraminal postero-latéral gauche sans compression radiculaire et un canal antéro-postérieur légèrement rétréci sans signe de conflit disco radiculaire. Il releva des genoux sans lésion ostéoarticulaires radiologiquement visibles. A la discussion le rapport nota que la suspicion de rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie en évoquant la présence d'une sacro-iléite de degré II, de syndesmophytes de la colonne lombaire et d'un psoriasis s'exprimant par des desquamations de la face palmaire des mains, atteintes indiquées dans un rapport du 12 [recte : 18] juin 2012 par le Dr M. _____ (cf. pce 42) ne pouvaient être prises en considération sur la base du dossier médical, des examens radiologiques et biologiques et des constatations au jour de l'examen, les articulations étant parfaitement calmes sans signe de synovite ou de ténosynovite sans tuméfaction et sans limitation fonctionnelle. Sur cette base le rapport retint sur le plan rhumatologique que l'intéressé présentait une pathologie ostéoarticulaire objectivable toutefois d'allure modérée comprenant une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit discoradiculaire, une tendinopathie chronique modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (référence faite à une IRM de l'épaule du 4 octobre 2004 montrant une tendinopathie chronique du sus-épineux (pce 31 p. 19 et p. 7), des douleurs du genou droit vraisemblablement en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec des signes discrets d'inflammation, aucune des atteintes n'étant cependant suffisamment significative pour entraîner une limitation fonctionnelle ou un handicap dans son activité professionnelle de machiniste de sorte que sous l'angle rhumatologique la capacité de travail restait entière dans l'activité professionnelle de l'intéressé.

Sur le plan psychique le rapport ne releva aucun signe dépressif ni anxiété ni symptômes neurovégétatifs, pas d'agitation psychique, de phobies, de stress post-traumatique ou de troubles obsessionnels compulsifs. Il nota qu'il n'y avait pas d'évidence d'un trouble de la personnalité. Il indiqua une humeur stable, une image de soi positive, une confiance en soi conservée, l'absence de trouble de la concentration ou de la mémoire notoire, un appétit conservé, un fonctionnement de la personnalité harmonieux. Il releva la prise d'antalgiques mais non depuis 2003

d'antidépresseurs, et que l'intéressé, malgré quelques évaluations psychiatriques, n'avait pas de suivi psychiatrique (un rapport psychiatrique de juillet 2008 ne relève aucune pathologie psychiatrique significative). Il indiqua un cadre familial et social normal. Le rapport énonça notamment que tant dans l'anamnèse spontanée qu'orientée on ne trouvait pas d'éléments suffisants pour permettre de retenir un trouble anxieux, dépressif, psychotique. Il releva des plaintes centrées sur les douleurs diffuses apparaissant sans raison extérieure d'intensité variable pouvant entraîner une limitation de l'énergie et une fatigue épisodiquement, une lenteur, des troubles du sommeil. Notant que l'évaluation somatique ne permettant pas d'expliquer les plaintes par les atteintes physiques, il indiqua que le diagnostic de trouble douloureux somatoforme restait d'actualité. Il indiqua qu'il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, ni de perte de l'intégration sociale. Le rapport releva un état psychique resté stable depuis 2004 [recte : 2008 ; pas de rapport psychiatrique en 2004] sans atteinte anxieuse ou dépressive, que l'invalidité avait été principalement portée par les troubles psychiques, à savoir le trouble douloureux somatoforme et le trouble dépressif dont l'importance était difficile à juger en raison de la difficulté à exprimer les émotions et une tendance à minimiser les symptômes voire à les nier (pce 31 p. 20), que l'évaluation mettait en évidence une amélioration sur le plan dépressif puisqu'aucun trouble dépressif n'était mis en évidence ni un autre trouble psychique en dehors du trouble somatoforme douloureux, le recul permettant ainsi de démontrer l'existence de ressources psychiques pour permettre la disparition des symptômes dépressifs.

En conclusion le rapport releva que le trouble somatoforme douloureux n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, qu'il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, de perte de l'intégration sociale, d'échec de traitements conformes aux règles de l'art et de mesures de réintégration, que le trouble somatoforme douloureux ne remplissait pas les critères d'un trouble invalidant, la capacité de travail sur le plan psychique étant entière sans limitation.

Le rapport précisa qu'il n'y avait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et indiqua les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivant : Lombalgies modérées sur une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit disco-radiculaire, cervicalgies modérées sur discarthrose C4-C5 sans conflit disco-radiculaire, tendinopathie chronique modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sans signe de déchirure ni bursite, gonalgies droites modérées

en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoropatellaire, trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 (pce 31).

F.

Invitée à se déterminer sur l'expertise du CEMed, la Dre N. _____, médecine générale, physique et de réadaptation, dans un rapport pour l'OAIE du 11 avril 2013, fit siennes les conclusions de l'expertise du CEMed sur le plan somatique mais réserva une prise de position d'un expert psychiatre (pce 34). Par rapport du 28 mai 2013 le Dr O. _____, psychiatre, confirma une amélioration de l'état psychique de l'intéressé depuis l'expertise établie à la Clinique B. _____ en 2002 qui avait retenu un status émotionnel difficilement accessible et dépressif avec un pronostic plutôt réservé. Il retint, comme l'expertise CEMed, un status actuel psychique de l'assuré nettement amélioré du fait du soutien de sa famille, de la reconnaissance de sa maladie par l'octroi d'une rente partielle. Il nota qu'un status euthymique avait également été relevé par le Dr H. _____ en 2008 et que l'intéressé ne suivait pas de traitement psychiatrique. Se référant au rapport psychiatrique de l'expertise du CEMed il nota que celui-ci était convainquant et retenait un trouble douloureux somatoforme sans comorbidité psychiatrique. Il indiqua une pleine capacité de travail à compter du 22 mars 2013 dans son ancienne activité et dans toute activité adaptée (pce 35).

G.

G.a Par projet de décision du 1^{er} juillet 2013 à l'adresse de l'assuré, l'OAIE, après l'exposé des conditions générales du droit à une rente, précisa que selon la législation seules les conséquences de l'atteinte à la santé étaient prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, qu'il n'y avait incapacité de gain que si celle-ci n'était pas objectivement surmontable, que, selon les nouvelles dispositions finales de la 6^e révision, premier volet, de la LAI [entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012], lorsque les conditions précitées n'étaient pas remplies et que la rente avait été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique la rente était réduite ou supprimée même s'il n'y avait pas de modification de l'état de santé. Il releva qu'il était apparu de l'examen de son dossier que les diagnostics qui avaient ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, que sur le plan de la médecine générale il n'y avait actuellement pas d'affection ayant une répercussion sur la capacité de travail, que sur le plan rhumatologique il n'y avait aucun argu-

ment clinique, biologique, radiologique en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. Il nota qu'il persistait des pathologies ostéoarticulaires objectivables mais d'allure modérée, qu'aucune de ces atteintes n'était suffisamment significative pour entraîner une limitation fonctionnelle dans son activité professionnelle de machiniste. Sur le plan psychiatrique il indiqua qu'il n'y avait pas d'élément suffisant pouvant permettre de retenir un trouble anxieux, dépressif, psychotique ou sur le plan de la personnalité, qu'il y avait une amélioration sur le plan dépressif, aucun trouble n'étant plus mis en évidence, qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, ni de cristallisation, que l'on pouvait démontrer l'existence de ressources psychiques, que le trouble somatoforme restait d'actualité mais qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni d'élément de gravité, que la capacité de travail était entière aussi sur ce plan, qu'en l'occurrence il n'existait pour l'avenir plus aucun droit à une rente (pce 36).

G.b A l'encontre de ce projet de décision, l'intéressé, représenté par Me G. Miauton, fit valoir son désaccord par acte du 30 septembre 2013 et conclut au maintien de la rente allouée. Il indiqua que le rapport d'expertise CEMed avait relevé un comportement douloureux sans manifestation démonstrative, qu'il y avait dès lors lieu de prendre en compte les plaintes exprimées avec sérieux. Il releva que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis son retour au Portugal en 2007, que ses médecins avaient confirmé ses discopathies dégénératives C4-C5, C5-C6 ainsi que sa discopathie protrusive modérée L4-L5, qu'il souffrait également de douleurs au genou droit vraisemblablement en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire, lesquelles pathologies étaient manifestement objectivables et ne sauraient être ignorées. Il indiqua que la décision était choquante du fait que le dossier ne révélait aucune amélioration significative de son état de santé, si ce n'est qu'il se serait amélioré sur le plan psychique du fait qu'il ne devait plus s'occuper de sa mère.

Il joignit à son opposition les documents médicaux suivants (pces 40-47) :

- Un rapport médical du Dr M. _____, rhumatologue, daté du 10 septembre 2013, faisant état de plaintes de rachialgies et gonalgies avec difficultés à la marche notamment à droite et aggravation de la symptomatologie à l'effort, indiquant à l'examen articulaire une rigidité évolutive des mouvements au niveau de la colonne lombaire, une palpation douloureuse des sacro-iliaques, une arthrite des genoux surtout à droite, notant de la documentation radiologique une sacro-iléite de grade II, des syndesmophytes étagés de la colonne lombaire, des lésions cutanées de psoriasis plus marquées dans les régions palmo-

plantaires entravant toute activité manuelle, relevant une plainte de bras douloureux à droite suggérant une tendinite chronique générant une limitation fonctionnelle dans les mouvements de rotation interne et abduction, indiquant que les atteintes étaient propres à maintenir une incapacité de travail de 40% telle qu'antérieurement reconnue, qu'il n'y avait pas d'amélioration de la possibilité de faire des efforts (pce 40),

- Un rapport tomographique du bras droit du Dr P._____, daté du 6 septembre 2013, indiquant notamment une rupture partielle du sus-épineux et une hypertrophie dégénérative du versant supérieur de l'articulation acromio-claviculaire (pce 41 ; pour l'état antérieur cf. pce 31 [rapport CEMed] p. 7, rapport IRM du 4 octobre 2004 résumé),
- Un rapport médical du Dr M._____, rhumatologue, daté du 18 juin 2012 au contenu proche de celui du 10 septembre 2013 (pce 42 ; cf. pce mentionnée dans la pce 31 p. 19),
- Un rapport médical du Dr Q._____, sans spécialisation indiquée, du 11 juin 2012, attestant d'affections rhumatismales dégénératives avec périodes d'exacerbation relativement fréquentes, d'un facteur rhumatoïde de 108, d'une médication quotidienne aux AINS (pce 43),
- Un rapport TAC de la colonne lombaire daté du 15 février 2011 (pce 44 ; cf. pce mentionnée dans la pce 31 p. 17),
- Un rapport radiologique de la colonne vertébrale du 16 juin 2010 (pce 45 ; cf. pce mentionnée dans la pce 31 p. 17),
- Une liste de médicaments non datée non signée (pce 46).

G.c Invitée à se déterminer sur les rapports produits en procédure d'audition, la Dre N._____, médecine générale, physique et de réadaptation, dans son rapport du 4 octobre 2013, indiqua que le Dr M._____, rhumatologue, avait dans des rapports des 18 juin 2012 et 10 septembre 2013 repris l'anamnèse et les plaintes de l'assuré, décrit des douleurs et des limitations fonctionnelles étagées, relevé que le bilan radiologique montrait une sacro-iléite de grade II et des syndesmophytes étagés, une épaule droite douloureuse sur tendinite chronique dans un contexte de rupture partielle du sus-épineux, mentionné également le diagnostic de spondylarthropathie psoriasique et relevé qu'il n'y avait pas d'amélioration de la capacité de faire des efforts. Elle indiqua que les mêmes plaintes se trou-

vaient dans l'expertise CEMed, que l'examen clinique n'avait mis en évidence aucune limitation fonctionnelle, que les bilans radiologiques n'avaient montré ni signe de sacro-iléite ni de syndesmophyte, qu'il n'y avait aucun syndrome inflammatoire au bilan sanguin, que le diagnostic de spondylarthrite psoriasique n'était pas confirmé, que la rupture partielle du sus-épineux avait déjà été relevée par une IRM en 2004 (4.10.2004) et remontait à 6 ans auparavant. Elle nota que l'intéressé ne présentait pas d'amélioration de sa capacité fonctionnelle car celle-ci avait toujours été considérée comme entière sur le plan somatique. Plus en détail et relativement à une IRM de l'épaule droite du 6 septembre 2013 présentant notamment une rupture partielle du sus-épineux et une hypertrophie dégénérative du versant supérieur de l'articulation acromio-claviculaire, la Dre N._____ indiqua que cette IRM était superposable à celle du 4 octobre 2004 avec des troubles dégénératifs en plus. Au sujet d'un rapport du Dr Q._____ daté du 11 juin 2012 évoquant une maladie rhumatismale dégénérative avec des périodes d'exacerbation relativement fréquentes, facteur rhumatoïde élevé, traité régulièrement avec des AINS, la Dre N._____ indiqua que la légère hausse du facteur rhumatoïde était sans signification clinique selon les experts. Enfin au sujet d'une liste de médicaments, la Dre N._____ indiqua que ceux-ci étaient identiques à ceux décrits dans l'expertise sous réserve d'un traitement pour le psoriasis des mains non mentionné par l'assuré pour l'expertise et sans que cette atteinte ait été évoquée par un document dermatologique figurant au dossier et qu'aucune lésion cutanée avait été relevée lors de l'expertise. Elle indiqua qu'au final il n'y avait pas d'argument permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise, qu'en l'occurrence si le trouble somatoforme douloureux était toujours d'actualité l'état dépressif n'était plus présent chez un sujet ne prenant pas de médicament anti-dépresseur ni n'étant suivi par un psychiatre, ce qui dénotait une amélioration sur ce plan. Elle souligna qu'il y avait une amélioration objective avec la disparition du trouble dépressif comme l'avait relevé le Dr O._____ dans sa prise de position du 28 mai 2013 (pce 49).

G.d Dans une prise de position du 15 novembre 2013 le Dr O._____, psychiatre, confirma l'amélioration de l'état de santé dans le sens qu'il n'y avait plus de dépression décrite dans le dernier rapport d'expertise, une euthymie ayant été relevée déjà d'un point de vue psychiatrique dans le rapport portugais du 11 juillet 2008 de la Dre H._____, psychiatre (pce 51).

H.

Dans un procès-verbal de concilium médical pluridisciplinaire du 21 mars

2014 l'Office AI rappela les motifs pour lesquelles la rente avait été octroyée à l'intéressé, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.1). Il indiqua que le critère d'importance de la comorbidité psychique faisait déjà défaut lors de l'octroi de la rente, que la Dre H. _____, psychiatre, dans son rapport du 11 juillet 2008 avait conclu à une absence de pathologie psychiatrique. Il nota qu'il ressortait de l'expertise du 22 mars 2013 réalisée en procédure de réexamen selon la révision de la LAI 6a que ne subsistait que seul le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, aucun trouble dépressif n'étant mis en évidence, que le recul permettait de démontrer l'existence de ressources psychiques ayant permis la disparition des symptômes dépressifs, l'inexistence d'un état psychique cristallisé, d'une perte d'intégration sociale. Le rapport nota que comme cela avait été constaté par l'expertise le trouble somatoforme douloureux ne remplissait pas les critères d'invalidité, il indiqua que l'aggravation alléguée ne portait que sur les douleurs qui sont un élément subjectif, qu'objectivement le Dr G. _____ n'avait mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives, qu'au sens médical il n'y avait donc pas d'aggravation de l'état de santé et, par conséquent, pas de diminution de la capacité de travail. Le rapport de concilium conclut à la suppression de la rente d'invalidité indépendamment de l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé conformément aux dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (pce 53).

I.

Par décision du 15 avril 2014 l'OAIE supprima au 1^{er} juin 2014 le quart de rente d'invalidité alloué à l'intéressé pour les motifs indiqués dans son projet de décision précisant à la suite de l'audition et des nouveaux rapports médicaux produits que la discoarthrose C4-C5 à l'origine de problèmes évoqués au niveau cervical était sans conflit discoradiculaire et par conséquent sans influence sur la capacité de travail, que les problèmes de l'épaule droite étaient connus depuis quinze ans, que l'on trouvait à ce niveau une mobilité active et passive parfaitement conservée et sans caractère handicapant, qu'en ce qui concernait le genou droit les douleurs avaient fait l'objet d'investigations en 1999 et un discret pincement fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire avait été relevé, que le scanner du 13 octobre 2011 ainsi que la radiographie du 19 décembre 2012 n'avaient mis en évidence aucune lésion dégénérative significative, que du point de vue somatique il avait été constaté que les pathologies ostéoarticulaires dont souffrait l'intéressé étaient des pathologies modérées et n'étaient pas suf-

fisamment significatives pour entraîner une limitation dans son activité professionnelle de machiniste et que sur le plan psychiatrique aucun élément ne permettait de retenir un trouble dépressif, psychotique ou de la personnalité, qu'il ne pouvait être retenu que le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux sans que celui-ci ne remplisse les critères de gravité caractéristiques de l'invalidité (pce 55).

J.

Par acte du 15 mai 2014 l'intéressé, représenté par Me G. Miauton, interjeta recours auprès du Tribunal de céans concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation, respectivement à la réformation de la décision rendue le 15 avril 2014 par l'OAIE « en ce sens [qu'il] continue à être au bénéfice du plein octroi des prestations de l'AI, soit d'une rente entière, sans limitation dans le temps et au-delà du 1^{er} juin 2014 ». Il fit valoir que dans un rapport du 7 mai 2001 le Dr R. _____ avait indiqué que l'activité de manutentionnaire et de machiniste sur des machines de chantier paraissait contre-indiquée actuellement et à long terme, que ce médecin avait rapporté en mars 2005 que ses symptômes persistaient malgré de nombreux traitements médicamenteux et physiques, que ces symptômes s'accompagnaient d'une gêne fonctionnelle importante et justifiaient une incapacité de travail depuis 1998. Il indiqua qu'à la suite de son retour au Portugal son état de santé ne s'était pas amélioré comme cela ressortait des scanners cervical et lombaire du 27 mai 2008 et encore de février 2011, sa situation étant demeurée identique. Il souligna qu'il n'y avait donc aucune amélioration significative de son état de santé, qu'il ressortait du rapport du CEMed que ses douleurs étaient restées stationnaires depuis de nombreuses années et qu'un comportement douloureux était observé. Il releva que le Dr M. _____ avait attesté dans son certificat du 10 septembre 2013 de douleurs intenses avec des douleurs matinales l'empêchant de marcher de manière adéquate, de douleurs s'intensifiant à l'effort nécessitant la prise de doses élevées d'anti-inflammatoires, document non pris en compte. Il indiqua que la décision de l'autorité inférieure était choquante dans la mesure où il n'était fait état d'absolument aucune amélioration significative de son état de santé, qu'il y avait même lieu de relever une péjoration sur le plan rhumatologique depuis son retour au Portugal. Il nota que la seule amélioration relevée par l'autorité inférieure était le fait qu'il ne devait plus s'occuper de sa mère ce qui améliorerait son statut psychique et qu'en l'occurrence ce fait ne saurait modifier sa capacité de travail. Enfin il releva que l'expertise du CEMed avait indiqué qu'il était peu plaintif, que sa collaboration avait toujours été bonne. Il joignit à son recours des documents déjà au dossier (pce TAF 1).

K.

Par réponse au recours du 21 juillet 2014 l'OAIE proposa son rejet et la confirmation de la décision attaquée. Après avoir énoncé les conditions légales de la révision des rentes selon les dispositions finales de la modification de la 6^e révision de la LAI (premier volet) applicables à la révision dont est recours, l'OAIE indiqua que son service médical avait retenu compte tenu de toute la documentation médicale versée au dossier que l'assuré présentait un trouble douloureux somatoforme persistant en précisant que le rapport d'expertise du 22 mars 2013, complet et établi de manière circonstanciée par des spécialistes au terme d'une étude attentive et complète du dossier, ne mentionnait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, expliquait de manière convaincante l'absence de comorbidité psychiatrique et pourquoi le recourant était en mesure de surmonter les effets de son trouble somatoforme douloureux compte tenu des critères retenus par la jurisprudence. Il indiqua que, le trouble somatoforme douloureux n'étant pas invalidant, il se justifiait dès lors de supprimer la rente (pce TAF 3).

L.

Par décision incidente du 23 juillet 2014 le Tribunal de céans invita le recourant à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 4-6).

M.

Par réplique du 25 août 2014 le recourant maintint ses déterminations, soulignant n'être pas en mesure de surmonter les effets de son trouble somatoforme douloureux (pce TAF 7). Par duplique du 4 septembre 2014 l'OAIE maintint sa décision, l'intéressé n'ayant pas fourni d'élément nouveau lui permettant de reconsidérer sa prise de position du 21 juillet 2014 (pce TAF 9). En date du 11 septembre 2014 le Tribunal de céans mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 10).

N.

Par ordonnance du 1^{er} février 2017 le Tribunal de céans invita les parties à se déterminer sur la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées (pce TAF 13). Par réponse du 6 mars 2017 l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée faisant sien l'avis de son service médical du 23 février 2017 validé le 2 mars suivant établi ensuite d'un colloque médical pluridisciplinaire (médecine physique et rééducation, rhumatologie, médecine interne, psychiatrie) auquel ont notamment participé les Drs S._____ et T._____, psychiatres. Il appert dudit rapport établi sur

la base des éléments du rapport d'expertise CEMed du 22 mars 2013, au plan « Catégorie de gravité fonctionnelle », une amélioration de l'état de santé relevée par le rapport de la Dre H. _____ du 11 juillet 2008 qui constate une humeur euthymique et l'absence de pathologie psychiatrique significative, un traitement par antidépresseur pendant une année couronné de succès, l'assuré n'ayant plus de suivi psychiatrique, l'absence de comorbidité, le seul diagnostic retenu étant celui de trouble somatoforme douloureux, un fonctionnement harmonieux, des ressources personnelles en relation avec le fonctionnement harmonieux et stable des relations familiales, une intégration sociale conservée, et, au plan « Catégorie cohérence », pas de limitations uniformes constatées, l'assuré n'exerçant plus d'activité lucrative mais exerçant des activités domestiques dans le cadre familial et social sans limitation, un status sans poids de souffrance important, l'assuré n'ayant d'ailleurs plus de suivi psychiatrique depuis 2003. Le rapport conclut que l'examen des indicateurs standard montrait que la capacité de travail n'était pas affectée par le trouble somatoforme douloureux (pce TAF 14). Le recourant, respectivement son représentant, ne donna pas suite à l'ordonnance du Tribunal qui lui fut notifiée le 2 février 2017 (cf. pce TAF 15).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions en matière d'assurance-invalidité prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le pré-

voient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

2.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable est en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables dont en particulier, in casu, la lettre a des Dispositions finales de la 6^e révision de la LAI « Réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ».

3.

3.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant portugais domicilié au Portugal. 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

3.2 Depuis le 1^{er} avril 2012 les parties contractantes appliquent 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; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

3.3 Selon l'art. 4 du règlement 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.4 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, 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 d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui

prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

4.

4.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015 p. 499). 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 (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

4.2 Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

5.

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision attaquée de l'OAIE du 15 avril 2014 par laquelle l'autorité inférieure a supprimé le quart de rente d'invalidité (dont bénéficiait l'assuré) suite à une révision du droit à la rente en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6^{ème} révision (premier volet) de la LAI. En l'espèce, le Tribunal doit examiner si les conditions

de suppression de la rente étaient remplies à la date de la décision attaquée, soit le 15 avril 2014, date marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

6.

6.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; VALTERIO, op. cit., n° 3054 ss, 3065). 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; VALTERIO, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2; 112 V 372 consid. 2). In casu la décision de 2003 est déterminante comme point de départ.

6.2 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659]), a introduit 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, précisant que ces rentes seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 18 mars 2011. Selon les termes de cette disposition d'application limitée dans le temps, si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (cf. let. a al. 1 phr. 2). Cette disposition a été jugée conforme à la Constitution et à la CEDH (ATF 139 V 547).

Les pathologies visées sans pathogenèse ni étiologie claires, dont le trouble douloureux somatoforme (voir la liste des pathologies concernées dans la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, ch. 1002, complétée à l'ATF 142 V 342 du trouble de stress post-traumatique) se distinguent des autres pathologies psychiatriques comparables aux affections somatiques en tant qu'elles sont vérifiables et objectivables pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'examen cliniques psychiatriques et qui ne relèvent ainsi pas du champ d'application de la lettre a des Dispositions finales précitées (cf. CDF ch. 1003 et ATF 139 V 547 consid. 7.1.4 et 7.2 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3 ; arrêt du Tribunal de céans C-7313/2015 consid. 3.6.3).

Selon l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu desdites dispositions 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'années 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. arrêts du TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3 et 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

6.3 En l'espèce l'assuré né en 1963 est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 1999. Cette rente lui a été accordée au motif d'un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) sans limitation fonctionnelle objective et d'un trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.1) étant précisé que la comorbidité psychiatrique n'était pas du tout évidente (cf. supra A.b ; voir ég. expertise CEMed pce 31 p. 6). A la date de l'entrée en vigueur de la 6^e révision (premier volet) de l'AI, soit le 1^{er} janvier 2012, l'assuré n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et ne bénéficiait pas d'une rente depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la révision du droit à la rente, laquelle a été initiée le 21 avril 2012 (cf. supra E). Il s'ensuit que la condition d'application *ratione personae* est remplie.

6.3.1 La rente ayant été accordée au motif d'un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) sans limitation fonctionnelle objective et d'un

trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.1), la condition *ratione materiae* est remplie pour l'atteinte F45.4. S'agissant de l'atteinte F32.1 celle-ci doit être examinée soit comme une comorbidité liée à l'atteinte F45.4, en tant qu'effet secondaire (ce qui est en principe le cas en relation avec un trouble F45.4, voir infra 6.3.2), ressortissant à l'examen sous l'angle de la 6^e révision de la LAI, la condition *ratione materiae* est alors également remplie, soit être examinée en tant qu'atteinte autonome sous l'angle de l'art. 17 LPGA (voir infra consid. 6.4.3 et spéc. l'ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 spécifiant la distinction des troubles explicables de ceux non explicables). Le mode d'examen est déterminé au plan médical par les diagnostics posés qualifiant le trouble de comorbidité liée en tant qu'effet secondaire ou de trouble autonome. S'agissant des atteintes purement somatiques, non invalidantes selon l'expert rhumatologue de 2003, leur examen relève de l'éventualité de la constatation d'une dégradation en 2013 au regard de l'art. 17 LPGA.

6.3.2 Il sied de préciser que selon la jurisprudence en vigueur au moment de la première décision d'octroi de rente du 23 mai 2003 et jusqu'à l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015 (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], Etat au 1^{er} janvier 2014, CM 1017) un épisode dépressif léger ou tout au plus de gravité moyenne, diagnostiqué en plus d'un trouble somatoforme douloureux, était considéré comme un effet secondaire du trouble en question et non comme une comorbidité psychique indépendante du syndrome somatoforme douloureux pouvant être distinguée du trouble somatoforme douloureux en raison de sa gravité (arrêt du TF 9C_798/2011 du 15 mai 2012 consid. 3). Il en allait de même pour les troubles de l'adaptation accompagnés d'une réaction dépressive de longue durée (arrêt du TF 9C_153/2012 du 15 octobre 2012 consid. 4.3), les troubles anxieux et dépressifs mixtes (arrêts du TF 8C_368/2010 du 24 novembre 2010, 9C_330/2011 du 8 juin 2011) et le trouble anxieux mixte (arrêt du TF 9C_322/2011 du 29 août 2011). Depuis la jurisprudence 141 V 281 l'appréciation de la comorbidité psychiatrique et des affections corporelles concomitantes est globale en un indicateur (cf. infra consid. 10.4 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

6.4

6.4.1 Le message du Conseil fédéral a indiqué relativement à la lettre a des dispositions transitoires précitées qu'une réduction ou une suppression de la rente ne pouvait avoir lieu qu'après un examen approfondi de la situation, que dans tous les cas pour déterminer ce qui est « raisonnablement exigible » il fallait se baser sur les critères formulés dans l'ATF 130 V

352 (critères de Foerster). Depuis lors le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence précitée dans l'ATF 131 V 49, soulignant les facteurs d'exclusion du droit à la rente à prendre en compte lors d'atteintes à la santé sans substrat organique objectivable. Il a ensuite modifié celle-ci en faveur d'une grille d'évaluation normative et structurée, en ce sens que la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée (par des indicateurs), à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini d'une capacité à pouvoir surmonter les douleurs induites de l'atteinte à la santé par un effort raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4 ; cf. infra consid. 10.4 s.). Dans ce cadre d'analyse les facteurs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 gardent leur pertinence. Le message du Conseil fédéral précité a par ailleurs relevé qu'il convenait de tenir compte de manière appropriée du fait que la rente avait été attribuée légitimement et de la situation qui en découlait, que dans chaque cas il fallait donc évaluer les intérêts en jeu afin de décider si une adaptation répondait au principe de proportionnalité (FF 2010 1736).

6.4.2 Dans un arrêt 8C_773/2013 du 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI (premier volet), le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile de déterminer du point de vue médical si un trouble psychique présente une pathogenèse et étiologie claires. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. Un examen spécialisé dans le cas donné selon les règles de l'art est déterminant. Les experts doivent exposer de façon claire pour quelles raisons ils ont diagnostiqué un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et pour quelles raisons l'investigation clinique psychiatrique n'a pas permis de déterminer des troubles clairement établis et objectivables en relation avec les conséquences invalidantes. De plus, l'examen doit être récent et doit répondre aux questions déterminantes (cf. consid. 4.3.1 et les références citées dont notamment l'ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss). Dans le cadre du réexamen de la rente il doit être procédé à des examens médicaux répondant aux questions déterminantes afin de connaître la situation de l'assuré à la date de la révision. Il faut entre autres déterminer si l'état de santé s'est détérioré depuis l'octroi de la rente et si, en plus des troubles non objectivables, un diagnostic ne peut pas être clairement posé à l'aide d'examens psychiatriques cliniques (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2).

6.4.3 Le TF a indiqué que la rente peut être réduite ou supprimée selon les Disp. finales de la révision 6a uniquement si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat 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, 10.1.2) et a ensuite précisé que s'il est possible de distinguer au moment de l'octroi de la rente les troubles explicables des troubles non explicables, les dispositions finales de la révision 6a s'appliquaient pour ces derniers à moins d'interrelations non dissociables liant les uns aux autres troubles (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; arrêts du TF 8C_697/2014 du 23 mars 2015 consid. 5.1 s., 9C_180/2015 du 18 février 2016 consid. 3, arrêt du TF 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.1 et 2.6). En effet les rentiers concernés ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestations en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3; voir ég. ATF 142 V 106 consid. 4.3). Les rentes en cours sont exclues d'un réexamen si et dans la mesure où elles reposent sur des atteintes explicables (arrêt du TF 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.1, 3^e phr). Une part de la capacité de travail fondée sur un substrat organique peut dans le cas de l'application des dispositions finales seulement être nouvellement réappréciée que dans la mesure de l'existence d'une modification au sens de l'art. 17 LPGa (art. 9C_121/2014 consid. 2.4.2, 2^e phr.). Autrement dit si les troubles organiques ou psychiques indépendants ne concourent (au moment de l'octroi de la rente) ou ne concourent pas (au moment du réexamen) à l'incapacité de travail d'une manière propre à influencer les droits de l'assuré, mais ne font que renforcer les effets du syndrome sans pathogenèse claire, une révision de la rente en vertu des dispositions finales est possible (arrêt du TF 9C_121/2014 consid. 2.4 à 2.7 ; cf. ég. CDF ch. 1004).

6.4.4 In casu l'atteinte du syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) sans limitation fonctionnelle objective relève des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet). Il en va de même du syndrome dépressif majeur (degré moyen) (F32.1) en tant qu'effet secondaire du syndrome somatoforme douloureux du fait que les experts en 2002 ont qualifié chez l'intéressé ladite comorbidité F32.1 de degré moyen (cf. supra A.b ; pce 50 p. 3) et que de principe une telle comorbidité de degré léger à moyen est retenue comme associée à un trouble somatoforme douloureux F45.4 parallèlement diagnostiqué et non comme trouble autonome (cf. supra consid. 6.3 ; arrêt du TF 9C_798/2011 du 15 mai 2012 consid. 3). Dans leur expertise du 22 mars 2013 les experts ont retenu que le trouble dépressif majeur était de degré moyen selon l'expertise de 2002, l'histoire

psychiatrique était centrée autour de la pathologie douloureuse chronique ayant conduit à un arrêt de travail l'isolant ainsi du milieu social et entraînant un épisode dépressif moyen (pce 31 p. 17 s.) ce qui selon la jurisprudence citée en faisait une comorbidité associée au trouble F45.4 et non autonome. Dans l'hypothèse où le trouble F32.1 devait être considéré comme une atteinte autonome in initio il relèverait d'une appréciation sous l'angle de l'art. 17 LPGA. En d'autres termes si le trouble somatoforme persistant est toujours présent mais n'est pas invalidant, qu'il y ait ou non encore un syndrome dépressif majeur (degré moyen) en tant qu'effet secondaire, la rente allouée du fait de ce trouble et de son effet secondaire peut être supprimée indépendamment de l'existence d'une amélioration ou non de l'état de santé depuis 2003, si tant est que l'appréciation de l'état de santé ne donnerait nouvellement pas droit à une rente, alors que pour le trouble dépressif majeur (degré moyen), considéré comme atteinte autonome, une amélioration de l'état de santé depuis 2003 doit pouvoir être établie pour fonder une suppression de rente eu égard à cette atteinte à la santé. L'évolution somatique est réservée et s'analyse sous l'angle de l'art. 17 LPGA.

7.

7.1 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 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

7.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; arrêt du TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2; art. 4 et 7 du règlement 883/04).

8.

8.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

8.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

9.

9.1 Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la

tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPG) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI).

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPG, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts médicaux quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3 ; VALTERIO, op. cit., n° 2596).

9.2 Le juge des assurances sociales 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il 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 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912). Au demeurant, l'élément déterminant pour

la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid 5.2).

9.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2^{bis} LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de

preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie 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 (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

10.

10.1 Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396).

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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 130 V 396 consid. 6.3, ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; 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 somatoformes douloureux (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. 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).

10.2 Depuis 2004 (cf. ATF 130 V 352) – voire 2006 en ce qui concerne singulièrement la fibromyalgie – la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle ces troubles comme d'autres troubles psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible et n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à

une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de Foerster), qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

10.3 Récemment, le Tribunal fédéral, dans l'arrêt 141 V 281 du 3 juin 2015, a modifié sa pratique, 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 du syndrome par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt). Le Tribunal fédéral a également relevé qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée (par des indicateurs standards) et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt).

10.4 Le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards de l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques répartis en deux catégories, de la manière suivante (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3)

a. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

- i. Caractère prononcé des éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1)
- ii. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2)
- iii. Comorbidités (consid. 4.3.1.3)

b. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) (consid. 4.3.2)

c. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

B. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement) (consid. 4.4)

- a. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1)
- b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le premier groupe d'indicateurs permet d'évaluer la gravité du défaut fonctionnel (atteinte à la santé, estimation des ressources résiduelles et du contexte social dans lequel l'assuré vit). Le deuxième groupe d'indicateurs permet d'évaluer la cohérence du comportement de l'assuré, notamment la cohérence entre les difficultés dénoncées à propos de son travail et celles rencontrées dans sa vie privée. L'ensemble des indicateurs permet à l'OAI d'évaluer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé et la possibilité pour l'assuré de fournir un effort raisonnable pour limiter les effets de l'atteinte à la santé (ADRIANO PREVITALI, Aperçu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière d'intégration et de réadaptation professionnelles, in RSAS 2016 p. 651 ss, 668 ; voir ég. ANNE-SYLVIE DUPONT, Un point d'actualité en droit des assurances sociales : Le trouble somatoforme : un peu plus douloureux ?, in : Plaidoyer 1/2016 p. 20 ss, 21).

Le Tribunal fédéral a indiqué que les indicateurs standards de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel » forment la base pour l'évaluation des conséquences. Ses conclusions devront ensuite résister à l'examen de la catégorie « Cohérence » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) pour l'évaluation des conséquences. L'aspect de la cohérence est décisif du point de vue des règles juridiques sur la preuve (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Il a rappelé en outre 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 checklist. Il a aussi considéré que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1 de l'arrêt).

10.5 Le Tribunal fédéral a expliqué qu'en 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 diagnostic, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux présuppose un degré d'une certaine gravité, les circonstances indiquant une exagération doivent être évaluées, la gravité de l'évolution de la maladie doit être rendue plausible (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt). Le déroulement, la résistance, la coopération et l'issue des traitements

thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique (consid. 4.3.1.2). Il sied également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue (consid. 4.3.2 et 4.3.3). Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (consid. 4.4 à 4.4.2; cf. Communiqué aux médias du Tribunal fédéral du 17 juin 2015).

10.6 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 y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influence pas la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, ce d'autant plus si aucun traitement adéquat n'est suivi (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 néanmoins valide (consid. 3.7.2).

Dans une affaire ultérieure la Haute Cour a spécifié que d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver quelles sont les *limitations fonctionnelles* existantes et dans quelles mesures elles justifient une limitation de la capacité de travail sous l'angle d'une appréciation objective d'exigibilité au moyen des indicateurs standards définis (arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2).

Enfin, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est indispensable, dans chaque cas, que les répercussions fonctionnelles importantes sur la capacité de travail [et de gain] d'un substrat médical établi soient mises en évidence, d'une manière concluante et cohérente, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (arrêt du TF 9C_492/2014 cité consid. 6, cf. ég. l'arrêt du TF 9C_899/2014 cité consid. 3.2).

A propos de l'interaction du droit et de la médecine dans le cadre de l'application concrète de la loi, la Haute Cour s'est, à plusieurs reprises, y

compris récemment, exprimée. Il appartient tant aux experts médecins qu'aux organes d'application de la loi de juger de la capacité de travail dans un cas particulier en référence aux critères normatifs précités. Les experts médecins et les organes d'application de la loi contrôlent la capacité de travail chacun de leur point de vue (ATF 137 V 64 consid. 5.1). Dans le cadre de l'évaluation de l'impact des problèmes de santé diagnostiqués le médecin se détermine en premier lieu sur la capacité de travail. Son appréciation est une base importante pour la détermination finale juridique de la question, à savoir quelles prestations de travail il peut être attendues de la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; ULRICH MEYER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemesung, in: Schaffauser/Schlauri [Edit.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, p. 49).

10.7 Sur le plan du droit intertemporel le Tribunal fédéral a indiqué que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 gardait sa pertinence par analogie dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdaient pas en soi leur valeur probante. Par une application par analogie 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 indicateurs déterminants. En fonction de l'étendue et profondeur de l'instruction mise en œuvre effectuée, un complément ponctuel sur certains points précis peut selon les circonstances s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

11.

11.1 Est litigieuse la question de savoir si l'autorité inférieure a supprimé à juste titre le quart de rente d'invalidité en application des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI.

11.2 En l'espèce il appert du dossier que l'intéressé a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité par une décision du 23 mai 2003 de l'OAI-VD à compter du 1^{er} décembre 1999 en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) associé à un trouble dépressif majeur (degré moyen) (F32.1) diagnostiqués dans le cadre d'une expertise médicale interdisciplinaire du 25 mars 2002 réalisée à la Clinique B._____. La Dre E._____ du SMR releva à l'époque dans son rapport du 6 août 2002 que, pour l'expert, d'un point de vue rhumatologique, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle objective, que les limitations fonctionnelles étaient dues à un trouble psychique qui expliquait la nette discordance entre les

plaintes de l'assuré et les constatations objectives tant cliniques que radiologiques (cf. supra A.c).

Ainsi indiqué dans le considérant 6.4.4, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) posé en 2002 doit in casu, dans le cadre de la révision initiée en avril 2012 par l'autorité inférieure, être examiné sous l'angle de l'application des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI à la suite du rapport d'expertise CEMed du 22 mars 2013. Il en va de même pour le diagnostic de trouble dépressif majeur (degré moyen), posé en 2002 également, atteinte qui n'a pas été dissociée du trouble somatoforme douloureux mais appréciée, par les experts psychiatriques en 2002 et en 2013, comme un effet secondaire du premier trouble (cf. consid. 6.4.4 et 6.3). S'agissant des atteintes somatiques l'appréciation relève de l'art. 17 LPGA.

11.3 Le rapport d'expertise du CEMed de Nyon du 22 mars 2013 à la base de la décision dont est recours fait état largement du passé médical de l'assuré et de son anamnèse. Il retranscrit les plaintes actuelles et indications de limitations fonctionnelles de l'intéressé et son cadre de vie et donne également un aperçu des activités quotidiennes de l'assuré.

11.3.1 Sur le plan psychiatrique il y a lieu de relever que le volet de l'expertise du CEMed du 22 mars 2013 n'a pas été établi selon les nouveaux réquisits de l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015 (cf. supra consid. 10.3 s.). Comme on l'a indiqué supra consid. 10.7 les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas en soi leur valeur probante. Il sied dès lors d'examiner compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés si les documents versés au dossier, dont principalement le volet psychiatrique (Dr K. _____, psychiatre) de l'expertise du CEMed du 22 mars 2013 permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Tel est l'avis de l'OAIE selon la prise de position de son service médical du 23 février 2017 requise par un complément d'instruction du Tribunal de céans du 1^{er} février 2017 (pce TAF 14).

Il appert du volet psychiatrique de l'expertise du CEMed du 22 mars 2013 que l'assuré ne présente pas de troubles de la personnalité, de la concentration, de mémoire. Le rapport releva une humeur stable, une image positive de l'intéressé de lui-même, une confiance en soi conservée, un fonctionnement de la personnalité harmonieux. Il ne nota pas de suivi psychiatrique et plus de prise d'antidépresseurs depuis 2003, seuls des antalgiques étant pris. Il nota un cadre familial et social normal et énonça que tant dans l'anamnèse spontanée qu'orientée on ne trouvait pas d'éléments

suffisants pour permettre de retenir un trouble anxieux, dépressif, psychotique. Il indiqua que si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux restait d'actualité il n'y avait pas d'état psychique cristallisé, ni de perte de l'intégration sociale. Le rapport conclut à une amélioration sur le plan dépressif puisqu'aucun trouble dépressif n'était mis en évidence ni quelque autre trouble psychique en dehors du trouble somatoforme douloureux qui en l'espèce n'était dès lors pas associé à une comorbidité (psychiatrique) grave, à un état psychique cristallisé, à une perte de l'intégration sociale, à l'échec d'un traitement conformes aux règles de l'art, l'intéressé n'étant pas suivi psychiatriquement. En plus, les experts posent un pronostic objectivement bon avec stabilité rhumatologique et rémission du trouble de l'humeur (depuis 2004, l'état psychique reste stable sans atteinte anxieuse ou dépressive, cf. pce 31 p. 18), concluent à une capacité de travail entière sans modification probable et sans indication de la nécessité d'une thérapie susceptible de préserver ou améliorer la capacité de travail.

L'expertise psychiatrique a été établie par un expert en son domaine. Elle a tenu compte des plaintes subjectives de l'intéressé qui a indiqué ne pas avoir de problèmes psychiatriques, se sentir bien sous réserve de ses limitations quotidiennes physiques et des douleurs ressenties. Son cadre de vie familial et social a été pris en compte. Le diagnostic a été posé en pleine connaissance de l'anamnèse de l'assuré et de l'évolution de ses atteintes à la santé. Les conclusions auxquelles est parvenu l'expert psychiatre sont motivées. Il sied de relever dans ce contexte d'expertise que L'appréciation psychiatrique du Dr K._____ a été confirmée par le Dr O._____ du SMR, psychiatre. Le Dr O._____ releva lui aussi une amélioration de l'état psychique de l'intéressé depuis l'expertise établie à la Clinique romande de réhabilitation en 2002 du fait qu'il n'y avait plus d'état dépressif et cela déjà depuis 2008. Il indique qu'il avait en effet été retenu en 2002 un status émotionnel difficilement accessible et dépressif avec un pronostic plutôt réservé, l'invalidité ayant été principalement portée par les troubles psychiques, à savoir le trouble douloureux somatoforme et le trouble dépressif dont l'importance était difficile à juger en raison de la difficulté de l'intéressé à exprimer les émotions et une tendance à minimiser les symptômes, voire à les nier, l'évaluation psychiatrique ayant ainsi conduit à l'époque à la conclusion que la situation était fixée, probablement définitivement (cf. pce 31 p. 20 OAIE 2). Il nota au contraire sur la base du status médical établi dans l'expertise CEMed, corroborant les conclusions de cette dernière, un status actuel psychique de l'assuré nettement amélioré du fait du soutien de sa famille, de la reconnaissance de la maladie par

l'octroi d'une rente partielle. Il nota aussi que déjà la Dre H._____, psychiatre, avait en 2008 retenu un status euthymique et que l'intéressé ne suivait pas de traitement psychiatrique.

Vu ce qui précède il peut être retenu avec le degré de la vraisemblance prépondérante valant en la matière et sur la base d'une expertise probante que sur le plan psychiatrique l'intéressé ne présente pas de diminution de sa capacité de travail bien que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux reste d'actualité.

11.3.2 Concernant le plan somatique, à l'occasion d'une première révision du droit à la rente initiée par l'assuré-même, ayant fait valoir une aggravation de son état de santé, le Dr F._____ du SMR dans un rapport du 26 mai 2005, à la suite du rapport médical du Dr G._____, médecine interne et rhumatologie, du 4 mars 2005, nota qu'il n'y avait aucun signe neurologique déficitaire ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptible d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives, qu'il n'y avait donc au sens médical pas d'aggravation de l'état de santé, et par conséquent, pas de diminution de la capacité de travail.

Dans le cadre d'une deuxième révision du droit à la rente, il fut relevé dans un rapport E 213 du 10 octobre 2008 des plaintes de douleurs et notamment sur le plan ostéoarticulaire une limitation importante des amplitudes articulaires et selon un rapport psychiatrique de la Dre H._____ du 11 juillet 2008 que l'intéressé ne présentait pas de pathologie psychiatrique significative. Par communication datée du 19 mars 2009 le quart de rente alloué fut reconduit, le Dr I._____, orthopédie, traumatologie, du SMR ayant conclu à un status inchangé sur le plan somatique et ayant relevé un syndrome dépressif chronique plutôt modeste.

11.3.3 Dans le cadre de l'expertise CEMed 2013, après une anamnèse détaillée, le volet rhumatologique évoque l'ensemble du status de l'intéressé avec détails dont il y a lieu de relever une nuque, un rachis dorso-lombaire, des épaules et autres articulations sans mention de limitation, l'absence d'atrophie musculaire, une force et une sensibilité dans l'ensemble bien conservée, des manœuvres de Lasègue négatives, une gestuelle fluide, une marche plus lente, quelques palpations et manœuvres sont déclarées douloureuses. Du dossier radiologique (cf. pce 31 p. 16 s. [radios juillet 2010 – décembre 2012]) il fut relevé une discarthrose C4-C5 modérée, pas d'anomalie particulière au niveau de la colonne dorsale et lombaire ainsi qu'au niveau des hanches et des sacro-iliaques, une discopathie L4-L5

protrusive avec un débord foraminal postero-latéral gauche sans compression radiculaire et un canal antéro-postérieur légèrement rétréci sans signe de conflit disco radiculaire, des genoux sans lésion ostéoarticulaires radiologiquement visibles.

A la discussion le Dr L._____, expert en rhumatologie, indiqua que la suspicion de rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie en évoquant la présence d'une sacro-iléite de degré II, de syndesmophytes de la colonne lombaire et d'un psoriasis s'exprimant par des desquamations de la face palmaire des mains, atteintes indiquées dans un rapport du 12 [recte : 18] juin 2012 par le Dr M._____, ne pouvaient être prises en considération sur la base du dossier médical, vu les examens radiologiques et biologiques et les constatations au jour de l'examen, les articulations étant parfaitement calmes sans signe de synovite ou de ténosynovite sans tuméfaction et sans limitation fonctionnelle. Le rapport retint sur le plan rhumatologique que l'intéressé présentait une pathologie ostéoarticulaire objectivable toutefois d'allure modérée comprenant une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit discoradiculaire, une tendinopathie chronique modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, des douleurs du genou droit vraisemblablement en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec des signes discrets d'inflammation. Il nota cependant qu'aucune des atteintes était suffisamment significative pour entraîner une limitation fonctionnelle ou un handicap dans l'activité professionnelle de machiniste de l'assuré de sorte que sa capacité de travail restait entière dans l'activité professionnelle.

Au final le rapport d'expertise retint qu'il n'y avait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et indiqua les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivant : Lombalgies modérées sur une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit disco-radiculaire, cervicalgies modérées sur discarthrose C4-C5 sans conflit disco-radiculaire, tendinopathie chronique modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sans signe de déchirure ni bursite, gonalgies droites modérées en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoropatellaire, trouble douloureux somatoforme persistant F45.4 (pce 31).

La documentation médicale produite ultérieurement à l'expertise CEMed de 2013 par le recourant fait état, selon le rapport médical de la Dre S. E._____ du 4 octobre 2013, des mêmes atteintes à la santé et plaintes que celles sur lesquelles les experts se sont prononcés et pour lesquelles ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles déterminantes sur le plan somatique. Elle releva également que la liste des médicaments fournie (cf.

pce 46 OAIE 2) était la même que celle prise en compte par les experts (cf. pce 31 p. 12 OAIE 2), sous réserve d'un traitement pour le psoriasis des mains, sans que cette atteinte n'ait été documentée. Il appert de ce qui précède que s'agissant de l'anamnèse de l'assuré, de l'examen rhumatologique ainsi que de l'appréciation médicale somatique rendant compte des plaintes de l'assuré, le rapport d'expertise CEMed 2013, établi par des médecins spécialistes de leur domaine, peut être qualifié de probant répondant aux exigences de la jurisprudence. L'avis de la Dre E. _____ quant aux atteintes à la santé et aux plaintes identiques et quant à la médication nouvellement alléguées identique sous réserve de la médication pour le psoriasis peut aussi être confirmé.

Il s'ensuit de ce qui précède qu'également sur le plan rhumatologique il ne peut pas être retenu à l'examen du CMed 2013 d'incapacité de travail. Par comparaison aux diagnostics retenus sur le plan somatique en 2002 de notamment, également sans répercussion sur la capacité de travail, unco-discarthrose C4-C5, spondylose dorsale débutante, discrètes séquelles de dystrophie de croissance dorso-lombaire (cf. pce 51 p. 16 OAIE 1), il peut être retenu que l'intéressé depuis l'octroi de la rente n'a pas connu une dégradation de son état de santé somatique propre à avoir une incidence notable sur sa capacité de travail. En d'autres termes si une certaine dégradation de l'état de santé sur le plan somatique (notamment des troubles dégénératifs liés à l'âge) peut être discutée dans le cadre de l'art. 17 LPGA, celle-ci n'est de toute façon pas telle qu'elle donnerait lieu à la reconnaissance d'une incapacité de travail, selon l'expertise CEMed de 2013, au sens de la LAI par comparaison avec l'expertise de 2002.

12.

12.1 Dans ses écritures, à l'encontre de l'appréciation des experts, l'intéressé fit valoir en procédure d'audition le 30 septembre 2013 que le rapport du CEMed avait relevé un comportement douloureux sans manifestation démonstrative, qu'il y avait dès lors lieu de prendre en compte ses plaintes exprimées avec sérieux et que depuis son retour au Portugal en 2007 son état de santé ne s'était pas amélioré. Il souligna l'existence de ses discopathies et de l'atteinte au genou droit manifestement objectivables et releva que la décision de suppression de rente était choquante du fait que le dossier ne révélait aucune amélioration de son état de santé si ce n'est sur le plan psychique du fait qu'il ne devait plus s'occuper de sa mère. Son objection fut accompagnée de trois nouveaux documents médicaux et de deux documents déjà au dossier. Notamment le Dr M. _____ avait attesté

dans un rapport du 10 septembre 2013 reprenant le contenu d'un précédent rapport du 18 juin 2012 de douleurs intenses avec des douleurs matinales l'empêchant de marcher de manière adéquate, de douleurs s'intensifiant à l'effort nécessitant la prise de doses élevées d'anti-inflammatoires (cf. supra G.c).

12.2 Dans son rapport du 4 octobre 2013 la Dre N._____, médecine générale, physique et de réadaptation, à l'encontre de ces griefs indiqua que les plaintes et atteintes à la santé énoncées par le Dr M._____ étaient les mêmes que celles sur lesquelles le rapport d'expertise du CEMed s'était prononcé et que l'examen clinique n'avait alors mis en évidence aucune limitation fonctionnelle. Elle souligna que si l'intéressé ne présentait pas d'amélioration de sa capacité fonctionnelle (sur le plan somatique) c'était que celle-ci avait toujours été considérée comme entière. Relativement à une IRM du 6 septembre 2013 de l'épaule droite, elle indiqua que celle-ci était superposable à une IRM du 4 octobre 2004 (établie dans l'année suivante de la décision d'octroi de rente) avec des troubles dégénératifs en plus. Au sujet d'un rapport du Dr Q._____ du 11 juin 2012 évoquant une maladie rhumatismale dégénérative avec des périodes d'exacerbation relativement fréquentes, facteur rhumatoïde élevé, elle indiqua que la légère hausse du facteur rhumatoïde était sans signification clinique. Enfin quant à la liste de médicaments jointe, elle indiqua que ceux-ci étaient les mêmes sous réserve d'un traitement pour le psoriasis dont l'atteinte n'était pas documentée ni n'avait été relevée lors de l'expertise CEMed. Au final la Dre N._____ indiqua qu'il n'y avait pas d'argument pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Elle se référait en plus à la prise de position du Dr O._____ du SMR du 28 mai 2013, qui indiqua que si le trouble somatoforme douloureux était toujours d'actualité, l'état dépressif n'était plus présent chez l'intéressé qui n'était pas suivi par un psychiatre ni ne prenait de médicaments antidépresseurs, ce qui dénotait une amélioration.

12.3 Le Tribunal de céans relève que la Dre N._____ a dans cette prise de position détaillée du 4 octobre 2013 répondu aux griefs de l'intéressé de façon complète et que l'intéressé n'a pas apporté d'élément nouveau permettant de jeter des zones d'ombre sur l'actualité de l'expertise du CEMed. La Dre N._____ a pu donc se référer, vu l'identité des plaintes et atteintes alléguées déjà prises en compte dans le rapport d'experts CEMed 2013, sur le plan rhumatologique (et aussi sur le plan psychiatrique) aux conclusions du rapport CEMed. Le grief de l'intéressé selon lequel ses plaintes ne seraient pas prises en compte avec sérieux ne peut être retenu

car celles-ci ont été relevées dans l'expertise du CEMed par une appréciation étayée et convaincante et non pas été retenues comme étant d'un degré tel qu'elles soient invalidantes. S'agissant du grief selon lequel son état de santé ne se serait pas amélioré il sied de relever comme l'a fait la Dre N. _____ que sur le *plan somatique* il ne présentait pas d'invalidité en 2002 et que dès lors son état de santé ne pouvait s'améliorer sur ce plan. S'agissant du genou droit il sied de relever que lors de l'expertise CEMed celui-ci a été noté avec un discret empatement et sensible à la palpation mais une restriction sensible à la marche n'a pas été notée dans l'expertise. Sur le *plan psychiatrique* et par rapport aux griefs soulevés par l'assuré y concernant le Tribunal de céans ne peut que relever, d'une part, que la Dre H. _____ dans son rapport du 11 juillet 2008 déjà n'a plus relevé de pathologie psychiatrique significative et que, d'autre part, le Dr K. _____ a conclu de manière convaincante dans l'Expertise du CEMed à la non existence de troubles psychiques excepté le trouble somatoforme douloureux toujours présent depuis 2008 ne remplissant cependant pas les critères d'un trouble invalidant, appréciation que le Dr O. _____ du SMR a confirmé. Cette appréciation sous l'angle des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI est déterminante indépendamment de l'existence d'une amélioration depuis 2003. Par ailleurs l'intéressé, non suivi sur le plan psychiatrique et ne prenant pas de médicaments autres que contre les douleurs, n'a pas apporté d'éléments qui pourraient mettre en doute les conclusions de l'expert. Le fait qu'il serait moins affecté par la charge psychologique que représentait pour lui de s'occuper de sa mère nouvellement entrée dans un home a certes été relevé comme un élément de l'amélioration par le Dr K. _____, mais cette constatation n'est pas essentielle dans son diagnostic et son appréciation (cf. expertise CEMed pce 31 p. 20).

12.4 Il appert du concilium médical pluridisciplinaire SMR du 21 mars 2014 (pce 53), ayant précédé, dans le cadre de la procédure d'audition, la décision du 15 avril 2014 dont est recours, que seul le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu par le SMR, aucun trouble dépressif n'étant mis en évidence. Le rapport nota que le « recul » permettait de démontrer l'existence de ressources psychiques ayant permis la disparition des symptômes dépressifs, l'inexistence d'un état psychique cristallisé et l'absence de perte d'intégration sociale. Cette appréciation a été corroborée également par le rapport SMR du 23 février 2017 sous l'angle des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281 relatif à l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques (cf. pce TAF 14). Le rapport SMR du 21 mars 2014 indiqua en conformité avec l'expertise CEMed que le trouble somatoforme douloureux ne remplissait pas les critères d'un

trouble invalidant au sens médical, l'aggravation alléguée ne portait que sur les douleurs qui était un élément subjectif, qu'objectivement le Dr G. _____ n'avait mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives. Le rapport de concilium indiqua sur le plan rhumatologique que l'aggravation alléguée ne portait que sur les douleurs, qui sont un élément subjectif, qu'objectivement le Dr G. _____ n'avait mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire ni aucune limitation de la mobilité rachidienne ou des membres susceptibles d'engendrer des limitations fonctionnelles objectives, qu'au sens médical il n'y avait donc pas d'aggravation de l'état de santé et par conséquent de diminution de la capacité de travail. Il sied de rappeler que l'expertise CEMed releva que l'intéressé présentait des pathologies ostéoarticulaires objectivables qui étaient toutefois d'allure modérée, comprenant une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit discoradiculaire, une tendinopathie chronique modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite des douleurs du genou droit vraisemblablement en relation avec une atteinte dégénérative discrète fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec des signes discrets d'inflammation, aucune des atteintes n'étant cependant suffisamment significative pour entraîner une limitation fonctionnelle ou un handicap dans son activité professionnelle de machiniste (OAIE Vol. 2, pce 31 p.19).

12.5 Dans son recours l'intéressé souleva pour l'essentiel les mêmes griefs qu'en procédure d'audition qui ont été discutées supra. Il fit valoir une gêne fonctionnelle importante justifiant une incapacité de travail depuis 1998, l'inexistence d'une amélioration de son état de santé tel que cela ressortait des scanners cervical et lombaire de 2007 et encore de 2011 ainsi que l'existence de douleurs constantes. Il releva que le Dr M. _____ avait attesté dans son certificat du 10 septembre 2013 de douleurs intenses avec des douleurs matinales l'empêchant de marcher de manière adéquate, de douleurs s'intensifiant à l'effort nécessitant la prise de doses élevées d'anti-inflammatoires, document non pris en compte. S'agissant des premiers griefs, il y a lieu notamment de relever que les discopathies dégénératives en tant que telles bien que documentées ne sont pas nécessairement invalidantes, notamment si elles n'engendrent pas de compression radiculaire, qu'en l'occurrence à l'examen lors de l'expertise du CEMed en 2012 elles ne limitaient pas selon l'expert rhumatologue la mobilité de l'intéressé. S'agissant du document du Dr M. _____ du 10 septembre 2013, celui-ci a été indirectement pris en compte dans le cadre de l'expertise du CEMed 2013 du fait de son contenu proche de celui du 18 juin 2012 (cf. supra G.c et la pce mentionnée dans l'expertise CEMed [pce 31 p. 19]). La Dre

N. _____ dans son rapport du 4 octobre 2013 en fit état relevant que les mêmes plaintes décrites dans ces rapports se retrouvaient dans l'expertise CEMed.

13.

En résumé, appréciée également sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, comme il en résulte du complément du service médical de l'OAIE du 23 février 2017 validé le 2 mars 2017, requis par le Tribunal de céans (cf. supra N), l'expertise du CEMed du 22 mars 2013 permet de conclure à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux sans impact notable sur la capacité de fonctionnement dans la vie privée sur le plan psychologique et sans conséquence pour la capacité de travail, sans autres atteintes somatiques d'une gravité telles qu'elles seraient propres à déterminer une limitation de la capacité de travail de l'intéressé dans son ancienne activité de machiniste ou d'autres activités adaptées. Les experts ont mis en évidence un status psychique non cristallisé, une intégration de l'intéressé dans son cadre familial et social, une image positive de l'intéressé de lui-même, l'absence de troubles psychiatriques implicitement d'une comorbidité psychiatrique. L'anamnèse a décrit une personne active en phase avec la réalité, orientée dans les trois modes, s'occupant de diverses tâches ménagères, des enfants, des tâches administratives. Il ressort du dossier l'absence de troubles psychiatriques, seul le diagnostic de trouble somatoforme douloureux de caractère non invalidant ayant été retenu comme déterminant. En l'occurrence l'intéressé n'est pas affecté dans sa vie de tous les jours par le trouble en question au point de ne pas pouvoir exercer une activité adaptée à son état de santé. Sur le plan somatique il n'a pas été relevé d'atteintes à la santé déterminantes limitant l'intéressé dans sa dernière activité de machiniste.

Il appert de ce qui précède, qu'apprécié au moment de l'expertise CEMed 2013 en application des dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) LAI, et non à l'aune de l'art. 17 LPGA en référence à l'état de santé de l'intéressé lors de la décision de 2003, l'état de santé de l'intéressé sur les plans psychiatrique et somatique ne justifie pas l'octroi d'une rente d'invalidité sous l'angle des critères actuels d'appréciation du trouble somatoforme douloureux persistant.

14.

14.1 Vu ce qui précède la décision dont est recours ayant supprimé le quart de rente de l'intéressé en application de la lettre a des Dispositions finales

de la 6^e révision (premier volet) de la LAI peut être confirmée sur le plan médical.

14.2

14.2.1 Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales précitées, l'assuré (D : die Bezügerin oder der Bezüger ; I : l'assicurato) 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. Durant la mise en œuvre desdites 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 est de faciliter à la personne concernée par la suppression ou diminution de rente le retour à la vie active (cf. Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 [FF 2010 1736 s.]).

14.2.2 Dans un arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, 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. 8C_583/2014 du 12 décembre 2012 consid. 4.2, 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3.2 ; voir aussi le ch. 1004.2 de la CDF qui impose un entretien personnel avec l'assuré au cours duquel seront discutées et planifiées des mesures de nouvelle réadaptation). 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).

Il n'appert pas du dossier que l'OAIE ait eu un entretien en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI. La décision dont est recours ne se prononce pas non plus à ce sujet et n'indique pas non plus que des mesures de réinsertion dans le monde du travail selon l'art. 8a LAI seraient inutiles et vouées à l'échec faute d'intérêt de l'assuré. L'omission de l'autorité inférieure de n'avoir pas procédé à un entretien personnel conformément au ch. 1004.2 de la CDF le prescrivant doit être qualifié de vice de procédure qui ne peut être guéri au cours de la présente procédure de recours (cf. ég. l'arrêt du Tribunal de céans C-

3475/2014 du 13 septembre 2016 consid. 10.4). Il sied dès lors de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA) afin qu'elle se prononce sur ces aspects desdites dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI.

Il sied de relever dans ce contexte que dans un arrêt du TF 9C_558/2015 du 4 avril 2016 la Haute Cour, dans le cadre d'un renvoi de dossier à l'autorité inférieure, en l'occurrence à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, pour complément d'instruction et nouvelle décision sur une suppression de rente en application de la lettre a desdites Dispositions finales, concernant une ressortissante italienne domiciliée en Australie, invita l'autorité inférieure, cas échéant, à se prononcer sur le droit à la rente et à des mesures de nouvelle réadaptation selon la lettre a desdites Dispositions finales pour le cas où la suppression de rente serait confirmée (consid. 6.3 in fine).

14.3 La décision de suppression de rente prise par l'OAIE étant imparfaite en l'espèce du fait de n'avoir pas été suivie d'un entretien quant à des mesures d'aide à la réinsertion de l'assuré, impératives au moins quant à leur examen d'un bien-fondé, la rente de l'intéressé est due in casu rétroactivement jusqu'à la notification du présent arrêt. Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et entretien avec l'assuré. L'autorité inférieure est invitée à poursuivre sans délai l'instruction par un entretien avec l'assuré suivi d'une décision concernant l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI. L'autorité inférieure ne s'étant pas prononcée sur cette question concrètement ni quant au droit en tant que tel même brièvement, le Tribunal de céans ne peut le faire. En effet, selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 consid. 1.2; 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2^e éd., 1983, p. 43 ; voir ég.

PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, 2^e éd. 2011, p. 823 s.) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ULRICH MEYER / ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

14.4 Dans un ATF 141 V 385 la Haute Cour a eu à se prononcer sur la question de savoir de ce qu'il advenait d'une rente d'invalidité indûment supprimée à tort en application de l'art. 17 LPGA plutôt qu'en se conformant à la let. a de l'al. 1 des Dispositions finales de la LAI. Répondant à cette question, et soulignant le fait qu'il ne devait pas y avoir coupure entre la décision de suppression de rente et cas échéant l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI et en parallèle l'octroi d'une rente pendant une durée au plus de deux ans selon lesdites dispositions finales, le Tribunal fédéral a indiqué que, cas échéant, les mesures de nouvelle réadaptation et l'octroi parallèlement de la rente jusqu'alors versée mais limitée dans le temps commençaient à courir dès la notification de l'arrêt cantonal et que jusque-là la rente ordinaire continuait d'être versée (consid. 5). Il n'apparaît pas qu'une solution différente doive être prise dans la présente cause du fait d'un domicile à l'étranger de l'assuré (cf. en relation avec le domicile à l'étranger l'arrêt du TF 9C_558/2015 du 4 avril 2016 consid. 6.3 in fine).

15.

15.1 Vu l'issue de la procédure, le recourant obtenant partiellement gain de cause par le maintien du droit à la rente jusqu'à la notification du présent arrêt et le renvoi du dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle poursuive l'instruction de la suppression de rente en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI en procédant sans délai à un entretien avec l'assuré suivi d'une décision concernant l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais perçue du recourant au cours de la procédure de 400.- francs lui est restituée.

15.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la

base du dossier (al. 2, 2^e phr.). En l'espèce, le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'500.- francs non soumises à la TVA (art. 1^{er} et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire (principalement un recours, la demande d'assistance judiciaire ayant été rejetée) et du temps consacré par le représentant du recourant.

(Le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis dans le sens du maintien du droit à la rente ordinaire jusqu'à la notification du présent arrêt.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle poursuive l'instruction en application de la lettre a des Dispositions finales de la 6^e révision (premier volet) de la LAI en procédant sans délai à un entretien avec l'assuré suivi d'une décision concernant l'octroi ou non de mesures de nouvelle réadaptation selon l'art. 8a LAI.

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 est restituée après l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il est alloué au recourant des dépens d'un montant de 2'500.- francs à charge de l'autorité inférieure.

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 figure sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF 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 :