



Arrêt du 12 octobre 2015

Composition

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

Parties

A. _____, Portugal
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 de la rente d'invalidité en vertu
des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI, premier volet
(décision du 18 août 2014).

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais A._____, né en 1970, a travaillé en Suisse de 1989 à décembre 2000, d'abord dans le domaine de l'agriculture et ensuite dans une fromagerie. Il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivant et invalidité (AVS/AI; extraits du compte individuel des 20 juillet 2001 et 12 juin 2002 [AI pce 8 pp. 1 et 6]).

B.

Le 5 juillet 2001, l'assuré dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office AI (AI pce 4). Ayant dans un premier temps bénéficié d'une observation professionnelle (cf. décisions des 9 novembre 2001 et 14 février 2002 [AI pce 9 p. 19 et pce 10 p. 8], avis d'entrée du 7 janvier 2002 [AI pce 9 p. 18], avis de sortie du 26 février 2002 [AI pce 9 p. 17]), l'office AI cantonal lui a accordé par décision du 16 juin 2002 une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} octobre 2001 (AI pce 12 pp. 1 à 3), principalement en raison de troubles psychiatriques. Le Dr B._____, psychiatre et psychothérapeute, dans son rapport d'expertise du 20 mai 2002 a retenu un trouble somatoforme douloureux (F 45.4), des séquelles de la maladie de Scheuermann ainsi qu'une discopathie lombo-sacrée (AI pce 46 pp. 8 à 15; cf. aussi prise de position de la Dresse C._____ de l'Office AI du 3 juin 2002 [AI pce 57 p. 9]).

L'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), devenu compétent après le départ de l'assurée au Portugal (cf. courrier de l'assuré du 8 novembre 2002 [AI pce 3]), a confirmé le droit à une rente d'invalidité entière les 3 janvier 2006 et 10 juin 2010 (cf. AI pces 58 et 84).

C.

En mars 2013, l'OAIE initie une nouvelle révision de la rente (cf. document interne du 7 mars 2013 [AI pce 88]).

Dans le cadre de cette révision plusieurs documents sont versés au dossier dont notamment les suivants :

- le questionnaire pour la révision de la rente du 23 avril 2013 duquel il ressort que l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative (AI pce 95),
- le rapport du 9 octobre 2013 de l'expertise rhumatologique et psychiatrique, signé de la Dresse D._____, rhumatologue et médecin interne, ainsi que du Dr E._____, psychiatre et psychothérapeute (AI pces 103 et 104). Ces experts notent une

spondylodiscarthrose lombaire étagée sur séquelles d'ostéodystrophie de croissance (maladie de Scheuermann) sans myélopathie ni radiculopathie clinique actives actuelles, un excès pondéral, une dysthymie, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un status après appendicectomie (AI pce 104 p. 38). Ils concluent que l'assuré présente depuis 2000 une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités professionnelles mais sa capacité de travail est totale dans une activité légère à moyenne qui n'implique pas un travail en hauteur, en zone basse, en porte-à-faux de façon prolongée et qui permet une alternance de position (activité semi-sédentaire; cf. AI pce 104 p. 40),

- la prise de position médicale du 18 octobre 2013 du Dr F._____, rhumatologue travaillant pour l'OAIE, confirmant les conclusions de l'expertise d'un point de vue rhumatologique (AI pce 114),
- la prise de position médicale du 27 novembre 2013 du Dr G._____, psychiatre et psychothérapeute travaillant pour l'OAIE, qui confirme l'expertise d'un point de vue psychiatrique (AI pce 118),
- l'évaluation de l'invalidité selon la méthode générale du 10 décembre 2013 par laquelle l'OAIE détermine un taux d'invalidité de 15.27% (AI pce 119),
- la prise de position du 22 janvier 2014 du Dr F._____ expliquant pourquoi l'assuré présente une incapacité de travail totale dans une activité professionnelle lourde (AI pce 122).

D.

Par projet de décision du 13 mars 2014, l'OAIE informe l'assurée qu'il entend supprimer la rente d'invalidité en vertu de la disposition finale de la 6^{ème} révision de l'AI, aucune incapacité de travail durable ou des limitations fonctionnelles significatives étant existants (AI pce 125).

E.

Le 16 avril 2014, l'assuré s'oppose au projet de décision. Il conteste qu'il puisse exercer une activité professionnelle même légère et souligne qu'il est dépendant et ne peut même pas se soigner lui-même. Par ailleurs, il se déclare prêt à retourner vivre en Suisse afin que l'OAIE puisse lui trouver un travail léger (AI pce 127).

A son appui, l'assuré verse au dossier le résultat de l'examen électromyographique du 13 avril 2010 de la Dresse H. _____ (AI pce 128), le résultat du 17 avril 2013 du CT scanner de la colonne lombosacrée du Dr I. _____ ainsi que les images correspondantes (AI pces 129 et 130). Comme nouvelles pièces, l'assuré produit les documents suivants :

- le rapport médical du 28 mars 2014 de la Dresse J. _____, rhumatologue, qui note des lombalgies chroniques irradiant dans les membres inférieurs ainsi qu'une dépression réactionnelle majeure avec risque de suicide. Elle mentionne que ces troubles physiques et cognitifs graves rendent l'assuré incapable d'effectuer un travail exigeant au niveau physique et psychique (AI pce 131),
- le résultat de l'examen IRM lombaire du 1^{er} avril 2014, signé du Dr I. _____ ainsi que les images correspondantes (AI pces 132 et 133),
- le résultat du 4 avril 2014 de l'examen électromyographique, signé du Dr K. _____ (AI pce 134),
- le rapport du 7 avril 2014 du Dr L. _____, psychiatre, qui, décrivant les symptômes et le traitement instauré depuis 2003, retient comme diagnostic une dysthymie, d'évolution prolongée et responsable d'une incapacité de 40%, qui s'associe à un trouble ostéo-musculo-squelettique grave, rendant le patient totalement et d'une manière permanente incapable de travailler dans toute profession. Il signale que le pronostic est mauvais avec un risque de suicide (AI pce 135),
- le rapport du 8 avril 2014 du Dr M. _____, physiatre, qui fait état des constatations physiques connues et qui informe que l'assuré y suit régulièrement un traitement de réhabilitation, la dernière fois en janvier 2014; ce médecin conclut que l'assuré doit éviter des efforts physiques d'intensité modérée ou grave sous risque d'aggravation (AI pce 136),
- le rapport du Dr N. _____ du 14 avril 2014, médecin orthopédiste et traumatologue, qui note les altérations dégénératives connues et informe que le patient est psychologiquement très affecté par son incapacité fonctionnelle grave, le limitant dans ses activités journalières basiques; ce médecin atteste que l'assuré présente une incapacité d'exercer son ancienne profession d'aide fromager ainsi que d'autres professions (AI pce 137),

- le rapport du 16 avril 2014 de la Dresse O._____, médecin de famille, qui suit le patient depuis 2003 et qui note le traitement instauré. Elle informe qu'aux troubles et aux incapacités physiques/fonctionnelles s'ajoutent à titre secondaire une anxiété généralisée ainsi qu'une dépression réactionnelle. Elle estime que son patient ne présente pas la condition physique et psychique nécessaire à exercer son activité professionnelle (AI pce 138).

F.

Invité à prendre position sur les documents versés au dossier, le Dr F._____ explique dans son rapport du 16 mai 2014 que les nouveaux documents présentés n'apportent pas, d'un point de vue somatique, d'éléments complémentaires nouveaux et ne modifient donc pas les incapacités de travail retenues dans sa prise de position du 18 octobre 2013, basée sur le rapport d'expertise (AI pce 141).

Le Dr G._____, invité à prendre position sur le rapport du Dr L._____, confirme également sa position. Il considère que la plupart des symptômes notés par ce psychiatre sont déjà connus. L'augmentation des symptômes dépressifs s'explique probablement par une réaction de l'assuré à la suppression de rente annoncée telle que prédite par le Dr E._____ dans son rapport d'expertise (cf. rapport du AI pce 143).

G.

Par décision du 18 août 2014, l'OAIE, maintenant sa position, supprime la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} octobre 2014 (AI pce 147).

H.

Le 29 août 2014 (timbre postal), l'assuré interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant implicitement à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente qui a été, il le souligne, confirmée antérieurement à deux reprises. Il relève également que son état de santé ne s'est pas amélioré, que les traitements ne le soulagent pas des douleurs et que le marché du travail actuel ne lui offre pas de travaux légers. Il reste à disposition pour se soumettre à une nouvelle expertise médicale ou pour reprendre une activité professionnelle légère mise à sa disposition en Suisse (TAF pce 1). A son appui, il verse au dossier les rapports médicaux et documents radiologiques (originaux) déjà produits lors de la procédure d'audition.

I.

Dans sa réponse du 4 novembre 2014, l'OAIE propose le rejet du recours. Il soutient que le rapport d'expertise du 9 octobre 2013 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Il relève notamment que l'expert psychiatre, en l'absence de comorbidité psychiatrique et en connaissance des critères de Foerster a conclu que l'effort de volonté de la part de l'assuré pour surmonter ses troubles somatiques douloureux et mettre en valeur sa capacité de travail est raisonnablement exigible. En annexe à sa réponse, l'OAIE verse la prise de position du 30 octobre 2014 du Dr F._____, qui confirme que les documents radiologiques originaux produits par le recourant sont déjà connus et ne remettent pas en cause l'évaluation établie. Le CT scanner du 17 avril 2013 était pris en considération par la Dresse D._____ dans son expertise et le rapport de l'IRM du 1^{er} avril 2014 confirment les modifications observées au CT scanner (TAF pce 3 et annexe).

J.

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4 et 5).

K.

Dans sa réplique du 1^{er} décembre 2014, le recourant maintient sa position. Il fait grief à l'OAIE de ne pas avoir tenu compte des rapports des experts portugais qu'il a produit. Il avance également que l'expert psychiatre en Suisse ne l'a vu que 10 minutes et que l'expert rhumatologique a vérifié les examens portugais et lui a posé des questions. A son appui, il verse un nouveau rapport du Dr L._____, daté du 1^{er} décembre 2014 qui observe notamment que l'état de santé de son patient, qu'il voit depuis 2003 environ 2 fois tous les 2 mois en raison de problèmes économiques, s'est aggravé depuis qu'il sait que la rente va lui être retiré ; il précise que son patient verbalise des idées d'autodestruction avec un risque très marqué. Il fait état d'une dépression grave réactionnelle qui justifie une incapacité de travail de 39%. Compte tenu des troubles ostéo-musculo-squelettique, ce médecin considère que son patient présente toujours une incapacité de 70%, son état ne s'étant pas amélioré depuis la dernière révision de la rente (TAF pce 6 et annexe).

L.

Dans sa duplique du 21 janvier 2015, l'OAIE réitère ses conclusions. Il se fonde notamment sur la prise de position du 9 janvier 2015 du Dr G._____ qui note que le diagnostic de dépression sévère n'a pas été codifié et que les symptômes décrits, identiques à ceux déjà formulés dans

les rapports des 7 avril 2014 et 10 mai 2010, ne le justifient pas. Ce changement du diagnostic n'est pas correct d'un point de vue scientifique (TAF pce 9 et annexe).

M.

Dans ses observations finales du 24 février 2015, le recourant allègue que son médecin traitant est en total désaccord avec les conclusions du Dr G._____. Il verse au dossier un nouveau rapport du Dr L._____. du 22 février 2015 qui spécifie notamment que son patient souffre d'un trouble de l'humeur consécutif à une affection organique (F. 06.32; TAF pce 15 et annexe).

Droit :

1.

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

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

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

1.4 Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais de procédure ayant été versée dans le délai imparti (cf. art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit

administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). En l'occurrence, la rente ayant été supprimée avec la décision du 18 août 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-ci sont déterminantes.

3.2 Au niveau du droit international, le recourant étant portugais et vivant dans son pays d'origine, est applicable 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) qui est entré en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1).

En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1^{er} avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également relevant 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 (RS 0.831.109.268.1), et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient 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 suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 Sont également déterminantes dans le cas concret, 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).

Par ailleurs, l'application de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (premier volet) est en l'occurrence litigieuse entre les parties.

4.

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

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

4.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (cf. art. 7 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

5.

5.1 S'agissant des troubles somatoformes douloureux, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ces troubles sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2).

5.2 Depuis 2004, la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle ces troubles ainsi que 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).

5.3 Récemment, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de principe publié aux ATF 141 V 281, 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 de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt). La Haute Cour a entre autres considéré que cette présomption soutient la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2). Le Tribunal a également remarqué 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 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).

5.4 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. consid. 4.1.3) :

- A. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"
 - a. Complexe "atteinte à la santé"
 - i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe "personnalité" diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe "contexte social"

- B. Catégorie "cohérence" (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a expliqué que la catégorie "degré de gravité fonctionnel" forme la base de l'examen. Ses conclusions devront ensuite résister à l'examen de la catégorie "cohérence" (consid. 4.3 de l'arrêt). 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 check-list. 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).

5.5 Le Tribunal fédéral a expliqué qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostic, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en

considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt). Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique (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).

5.6 La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influe pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal a confirmé qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (consid. 3.7.2).

Dans une affaire ultérieure 9C_899/2014 du 29 juin 2015, le Tribunal fédéral a spécifié que d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt).

Enfin, afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. ATF 141 V 281 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2014 consid. 3.2).

5.7 Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral remarque que la jurisprudence de l'ATF 137 V 210 consid. 6 garde sa pertinence dans le sens que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

6.

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

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

7.

7.1 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA mentionné ci-dessus, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI (premier volet), 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. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2012 et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 et 5.1 ci-dessus) – même si l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente.

7.2 Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières. En effet ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente pour des seuls troubles dont la pathogenèse et l'étiologie ne sont pas claires. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestation en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3).

7.3 Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision.

Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

7.4 Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Le but de ces mesures est de

faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 [FF 2009 pp. 1736 s.]).

Dans l'arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'en présence d'un tableau clinique peu claire jugé comme non invalidant, la rente d'invalidité doit être réduite ou supprimée mais qu'en même temps, un droit à des mesures de nouvelle réadaptation prend naissance avec la poursuite accessoire du versement de la rente versée jusqu'alors.

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

7.6 Le Tribunal fédéral dans l'affaire 8C_773/2013 citée a également considéré que même en présence de tels éléments médicaux, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer inconditionnellement les rentes en cours. Au contraire, le législateur a prévu plusieurs mécanismes atténuants, conscient que le réexamen inconditionnel d'une rente en cours pouvait créer des situations très choquantes (cf. aussi consid. 4.1). A part l'exclusion du réexamen des rentiers âgés de 55 ans ou touchant une rente depuis plus de 15 ans (cf. aussi consid. 4.2), le réexamen ne peut intervenir que durant une période de trois ans. Afin d'éviter un cas de rigueur, les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales prévoit en outre que la personne assurée a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI durant lesquelles la rente continue à être versée pendant deux ans au plus. La personne assurée doit être informée des mesures envisagées lors d'un entretien personnel. Ce ne qu'après avoir tenté une (ré)intégration

dans le circuit économique que l'office AI sera en mesure de statuer définitivement si l'on peut exiger de la personne assurée qu'elle regagne le monde professionnel, tenant compte de tous les éléments subjectifs et objectifs. Lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu – telle qu'exigée expressément par le Conseil Fédéral et la doctrine – il peut être déterminé si une réduction ou une suppression de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (consid. 4.3.2 et références dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.3, 135 V 201 consid. 7.2.2; voir aussi le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, chiffre 1004.2).

7.7 Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 1 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

8.

8.1 Le Tribunal, qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

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

Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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

9.

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant, entreprise sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision AI (1^{er} volet).

Pour autant que les différentes conditions soient remplies, il est rappelé qu'une telle suppression de la rente survient même dans les cas où l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi initial de la rente (cf. consid. 7.1 ci-dessus) – en effet, les nouvelles dispositions finales visent expressément ces cas. C'est donc en vain que le recourant soulève, aussi avec l'appui de ses médecins, que son état de santé ne s'est pas amélioré.

A titre initial, il convient en outre de remarquer que la date de la décision attaquée marque la limite du pouvoir d'examen du Tribunal de céans (à titre d'exemple : ATF 129 V 1 consid. 1.1). En l'occurrence l'examen du Tribunal est ainsi limité aux faits survenus jusqu'au 18 août 2014.

10.

10.1 Le TAF constate que l'OAIE a débuté le réexamen de la rente en mars 2013 (AI pce 88). La révision a donc été initiée dans le délai de trois ans prévu par la loi (al. 1 de la let. a des dispositions finales ; cf. consid. 7.1 ci-dessus).

10.2 De plus, en mars 2013, cela faisait onze ans – et ainsi moins de quinze ans – que la rente était servie, dont le droit a débuté le 1^{er} octobre 2001 (AI pce 12). Né en 1970, le recourant n'avait au surplus pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1^{er} janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'AI (1^{er} volet). Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 7.3 ci-dessus) de sorte que le recourant faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

10.3

10.3.1 En 2002, l'Office AI cantonal a accordé la rente d'invalidité entière principalement pour des troubles psychiatriques dont le recourant souffrait.

En effet, d'un point de vue somatique, l'assuré souffrait d'un syndrome lombo-vertébral, de sciatalgies bilatérales prédominantes à gauche, de protrusion discale L4/L5 et L5/S1 – mais sans évidence de compression radiculaire et avec une bonne préservation du diamètre du canal rachidien

(cf. rapport du Dr P._____ du 11 septembre 2001 [AI pce 45 pp. 28 à 30]) – d'une maladie de Scheuermann, d'une dysbalance musculaire (cf. rapport du 2 août 2001 de la Dresse Q._____ [AI pce 45 pp. 31 à 34]) ainsi que d'une arthrose articulaire (Dr P._____). Les médecins ont alors considéré que la capacité de travail de l'assuré était réduite dans son ancienne activité professionnelle qualifiée de lourde de 50% selon la Dresse Q._____, chef de clinique adjoint de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, voire de 70% selon le Dr R._____, médecin de famille (cf. AI pce 45 p. 38). Par contre, dans une activité adaptée légère, où l'assuré peut alterner les positions assis-debout et où il ne doit pas porter ou manipuler des charges ni effectuer des mouvements répétitifs, sa capacité de travail était entière (Dresse Q._____; rapport du 6 septembre 2001 du Dr R._____ [AI pce 45 pp. 36 à 38]).

Le Dr P._____, neurologue, ainsi que la Dresse S._____ du centre d'observation professionnelle ont également noté une discordance entre la discrétion des éléments objectifs d'une part et l'importance des plaintes et limitations fonctionnelles subjectives annoncées par l'assuré d'autre part (AI pce 45 pp. 26 et 30). La Dresse S._____ se posait alors la question de présence de troubles somatoformes douloureux, voire d'un état dépressif surajouté (AI pce 45 pp. 23 à 26]) ce que le Dr B._____, psychiatre et psychothérapeute, a confirmé dans son rapport d'expertise du 20 mai 2002, ayant retenu un trouble somatoforme douloureux (F 45.4), des séquelles de la maladie de Scheuermann ainsi qu'une discopathie lombo-sacrée. Cet expert a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 70 à 80% (rapport du 20 mai 2002 [AI pce 46 pp. 8 à 15]).

Sur la base de ces documents médicaux, mais également sur la base du rapport du 6 mars 2002 de l'observation professionnelle, faisant état de l'échec de la réinsertion professionnelle de l'assuré (AI pce 18), la Dresse C._____ de l'office AI cantonal a conclu à une incapacité de travail de 70% motivée par les troubles psychiatriques de l'assuré (cf. sa prise de position du 3 juin 2002 [AI pce 57 p. 9]).

10.3.2 Dès lors, il appert du dossier que la rente d'invalidité entière a été allouée au recourant en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant. L'une des autres conditions pour le réexamen de la rente du recourant conformément à l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, à savoir la présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'origine de la décision de rente initiale (cf. consid. 7.2 ci-dessus), est donc remplie.

10.3.3 Par ailleurs, le Tribunal note que cette rente a été attribuée en 2002 après une étude consciencieuse des éléments médicaux et professionnels au dossier (cf. ci-dessus) et conformément à la loi et à la pratique alors en vigueur (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4.1.1). Un durcissement de la jurisprudence par le Tribunal fédéral n'est intervenu qu'en 2004 (cf. consid. 5.2 ci-dessus). De plus, compte tenu du fait que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral ce durcissement ne justifiait pas la réduction ou suppression d'une rente en cours (ATF 135 V 201 consid. 6 et 7), en l'espèce, la rente du recourant a été confirmée à juste titre lors des révisions subséquentes en raison d'un état de santé resté en substance inchangé bien qu'il sied de signaler que le Dr B._____, de nouveau consulté par l'assurance-invalidité, ainsi que le Dr L._____, chef du service de psychiatrie, ont alors également observé une dysthymie (cf. rapport du Dr B._____ du 1^{er} juillet 2005 [AI pce 46 pp. 1 à 7] confirmé par la prise de position du 30 novembre 2005 du Dr T._____, psychiatre de l'OAIE [AI pce 57 p. 1] et rapports du Dr L._____ des 17 juin 2004 et 10 mai 2010 [AI pce 45 pp. 7 à 9 et AI pce 80]).

10.4 En conclusion, il reste à examiner si les troubles du recourant entrent toujours dans le tableau clinique à la base de la décision initiale (cf. consid. 7.2 ci-dessus) et si l'assuré présente une capacité à surmonter la douleur telle qu'invoquée par l'OAIE dans sa décision.

11.

L'OAIE a fondé sa décision contestée du 18 août 2014 principalement sur le rapport d'expertise du 9 octobre 2013 de la Dresse D._____ et du Dr E._____ relatif à l'examen de l'assuré des 2 et 3 octobre 2013 (AI pces 103 et 104) ainsi que sur les rapports de ses médecins internes, les Drs F._____ et G._____ qui confirment les conclusions des experts (AI pces 114, 118, 122, 141, 143, TAF pce 3 annexe et TAF pce 9 annexe).

12.

12.1 D'un point de vue somatique, la Dresse D._____, rhumatologue et médecin interniste, experte médicale SIM, a observé une spondylodiscarthrose lombaire étagée sur séquelles d'ostéodystrophie de croissance (maladie Scheuermann) sans myélopathie ni radiculopathie cliniques actives actuellement (AI pce 104 p. 38). A l'instar de la Professeure J._____, la rhumatologue de l'assuré, l'experte explique que l'évolution est celle d'une lombalgie chronique commune (une lombalgie fonctionnelle) avec une composante d'origine centrale (évoquant un trouble somatoforme chronique douloureux) sur laquelle une

composante disco-vertébrale donne une épine irritative. Quant au diagnostic d'atteinte pluri-radiculaire lombaire retenu par la Dresse H. _____ le 14 avril 2010, l'experte considère qu'aucun autre médecin n'a mentionné des atteintes radiculaires et, après avoir consulté l'avis du Dr U. _____, neurologue, elle note que les courbes électrophysiologiques traduisent un processus cicatriciel ancien, séquellaire, non actif qui n'ont pas de valeur clinique actuelle mais sont marqueur d'une ancienne souffrance dont l'assuré apparaît avoir récupéré. Elle confirme ensuite, se confortant aussi au diagnostic du Professeur J. _____ que l'assuré ne présente pas d'atteinte radiculaire (p. 31 s.). Elle remarque également que le descriptif des plaintes actuelles est relativement stationnaire par rapport au rapport détaillé de la Dresse Q. _____ du CHUV du 2 août 2001 et que l'examen objectif reste empreint de discordances (p. 33). Elle conclut que les limitations fonctionnelles restent identiques. Dans une activité légère à moyenne (charges répétitives limitées à 5 kg, charges occasionnelles de 10-15 kg), en évitant le travail en hauteur, en zone basse, en porte-à-faux de façon prolongée, avec alternance de position (activité semi-sédentaire), l'assuré garde au délai d'observation actuel une capacité de travail exigible en plein. Les éléments qui ont échoué en réadaptation sortent du champ somatique et des explications médicales au sens bio-mécanique. Selon la Dresse D. _____ il n'y a toujours pas de raisons somatiques actuelles, au délai d'observation de 13 ans, à ce que l'assuré ne puisse travailler dans un métier léger à moyen (p. 36). Toutefois, l'incapacité de travail est totale comme fromager ou aide en agriculture ou toute profession physiquement éprouvante (p. 38).

12.2 S'agissant de la valeur probante de l'expertise de la Dresse D. _____, le Tribunal constate que cette docteure a tenu compte de tous les documents médicaux versés au dossier (pp. 5 à 22), que le rapport contient une anamnèse complète et détaillée de la situation (pp. 22 à 24), que l'experte prend en considération les plaintes subjectives du recourant (pp. 25 s.) et qu'elle se fonde sur un examen médical complet, clinique et radiologique ; de plus, la Dresse D. _____ a également effectué un monitoring thérapeutique (pp. 27 à 30). L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail, tenant compte de la situation particulière de l'assuré (pp. 31 à 38) ; l'experte développe notamment pourquoi elle n'a pas retenu d'atteinte radiculaire. De plus, le rapport ne contient aucune contradiction. Enfin, le Dr F. _____, rhumatologue, a confirmé les 18 octobre 2013 et 22 janvier 2014 les conclusions de la Dresse D. _____ (Al pces 114 et 122). Il s'ensuit que l'expertise de la

Dresse D._____ répond aux exigences jurisprudentielles (cf. consid. 8.2 ci-dessus).

12.3 Le recourant a versé plusieurs documents médicaux dans le dossier pour contester les conclusions de l'expertise médicale.

Contrairement à ce que celui-ci soutient, l'OAIE a tenu compte de ces rapports en invitant ses médecins à prendre position sur ceux-ci. D'un point de vue rhumatologique, le Dr F._____ explique alors dans son rapport du 16 mai 2014 que ces documents n'apportent pas d'élément complémentaire nouveau tant pour l'anamnèse (lombosciatalgies surtout gauches comme dans l'expertise de la Dresse D._____) que pour l'examen clinique (non décrit dans ces documents à part le signe de Lasègue qui était discordant lors de l'expertise). La description de l'IRM lombaire du 1^{er} avril 2014 n'est pas différente de celle du scanner de 2013. De même, l'EMG de 2014 n'objective qu'une atteinte radiculaire légère et chronique. Il conclut que ces rapports ne peuvent pas mettre en doute les incapacités de travail retenues par l'experte (AI pce 141).

Le recourant n'explique par ailleurs pas pour quelles raisons, d'un point de vue médical, les opinions des Drs J._____, N._____ et O._____ doivent être préférées à celle de la Dresse D._____ (voir quant à l'obligation du recourant à ce sujet, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). De plus, si les médecins attestent que l'assuré souffre d'un trouble ostéo-musculo-squelettique grave (Dr L._____) et présente en raison des lombalgies chroniques une incapacité fonctionnelle importante (Dresse J._____), voire grave, le limitant dans les activités journalières basiques (Dr N._____ et Dresse O._____), le Tribunal remarque que ces médecins n'expliquent pas la gravité attestée en fonction du diagnostic posé et omettent de décrire concrètement les limitations observées. Leurs rapports peu motivés sont particulièrement succincts.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr M._____, qui a conclu que l'assuré doit éviter des efforts physiques d'intensité modérée ou grave, est proche de celle de la Dresse D._____ .

Par conséquent, l'expertise de cette doctoresse, qui répond aux réquisits jurisprudentiels (cf. consid. ci-dessus), ne peut pas être mise en doute par les rapports médicaux produits par l'assuré.

12.4 Au vu de ce qui précède, le TAF retient avec la Dresse D. _____ que le recourant présente sur le plan somatique une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle ainsi que dans toute autre profession physiquement lourde. Toutefois, dans une activité légère à moyenne, adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, sa capacité de travail est entière.

13.

13.1 D'un point de vue psychiatrique, le Dr E. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a confirmé le diagnostic de dysthymie ainsi que de trouble somatoforme douloureux (AI pce 103 p. 13), diagnostics déjà posés auparavant par le Dr B. _____ (AI pce 46 pp. 1 à 7). L'expert ne retient par contre pas l'hypothèse d'un fonctionnement prépsychotique mentionnée par le Dr B. _____ le 1^{er} juillet 2005. Il explique qu'une telle hypothèse est possible mais ne constitue pas un diagnostic psychiatrique (p. 14). Le Dr E. _____ a également remarqué que le seuil pour un diagnostic d'épisode dépressif, même de degré léger, n'est en l'occurrence pas atteint, et qu'un diagnostic de dépression majeure ne peut donc pas être retenu. A ce titre, il se distancie des rapports médicaux de la Dresse J. _____ des 13 mai 2010 et 16 août 2013 (p. 15). Le Dr E. _____ a également considéré qu'il n'y a pas d'incapacité de travail en lien avec la dysthymie (p. 15). Concernant les anciens critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert a considéré d'une part qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique invalidante car la dysthymie est un facteur d'accompagnement au syndrome douloureux somatoforme persistant et qu'elle n'atteint pas une importance et une gravité suffisante pour être incapacitante. D'autre part, sa discussion a porté sur les différents critères de Foerster décrits par la jurisprudence du Tribunal fédéral alors valable et il a conclu qu'à la lumière de ces critères, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne montre pas d'arguments suffisants pour une atteinte incapacitante. Par conséquent, l'expert a conclu que sur le plan médical, théorique, la capacité de travail de l'assuré est de 100% sur le plan psychiatrique et cela dans quelque activité que ce soit (pp. 15 s.). Le Dr E. _____ a également remarqué qu'il n'y a pas eu de modification de l'état clinique de l'assuré depuis l'expertise psychiatrique du 1^{er} juillet 2005 par le Dr B. _____, mais qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de santé à la lumière des critères jurisprudentiels alors déterminants (pp. 17 et 18).

Le Dr G. _____ de l'OAIE, psychiatre et psychothérapeute, a confirmé dans sa prise de position médicale du 27 novembre 2013 les conclusions

du Dr E._____ et a précisé qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique à côté du trouble somatoforme douloureux (AI pce 118).

L'OAIE a déduit de ces rapports que selon une vraisemblance prépondérante l'assuré était capable à surmonter ses douleurs et ne présentait donc pas d'invalidité aux termes de l'art 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 4.1 et 5.6 ci-dessus et cf. décision du 18 août 2014 [AI pce 147]).

13.2 Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr E._____ est conforme à la jurisprudence en vigueur en 2013. L'appréciation du Dr G._____ répond également à cette pratique. Cependant, entre-temps est intervenu un changement important de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 5.3 ss ci-dessus). Si bien qu'il convient de partir du principe que la personne assurée souffrant d'un trouble somatoforme douloureux est valide et ne présente pas une invalidité au sens de la loi et que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante (consid. 5.7 ci-dessus), force est de constater qu'en l'espèce, l'expertise et les autres documents médicaux au dossier ne permettent pas d'apprécier l'affaire d'une manière convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants.

13.3 En effet, le TAF note que la discussion du Dr E._____ quant aux critères de gravité du syndrome douloureux somatoforme retenu porte sur l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante ainsi que sur les critères de Foerster définis par l'ancienne jurisprudence. Le Dr G._____ souligne également l'absence d'une comorbidité psychiatrique. Or, aux termes de la nouvelle jurisprudence, la présence d'une comorbidité psychiatrique ne joue plus de rôle prépondérant ; elle n'est qu'un indicateur parmi d'autre pour juger le caractère invalidant de la pathologie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 et 4.3.1.3; consid. 5.3 ci-dessus). De plus, le Tribunal fédéral ne retient plus les critères de Foerster (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 et 4.1.2). Le Dr E._____ a d'ailleurs précisé que le syndrome douloureux somatoforme persistant ne devait pas être considéré comme incapacitant à la lumière des critères jurisprudentiels "actuels".

13.4 L'appréciation des médecins psychiatres s'étant ainsi limitée à un schématisme réducteur, inhérent à l'ancienne jurisprudence, la situation psychiatrique du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation globale et approfondie. Au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 cité (consid. 7.5 ci-dessus), cette exigence prend une importance particulière lorsque l'examen intervient, comme en l'espèce, dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité entreprise en vertu des dispositions finales de la 6^{ème}

révision AI. En particulier, l'expertise ne peut pas se limiter à confirmer les diagnostics posés auparavant. Singulièrement, il convient d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic clair à l'aide des examens psychiatriques cliniques ; les médecins doivent dûment motiver les raisons pour lesquelles ils ont retenu une atteinte dont l'origine est indéterminée.

13.5 Enfin, s'agissant du manque de compliance du recourant, souligné par les Drs E. _____ et G. _____ (AI pce 103 p. 19 ainsi que AI pces 118 p. 2 et 143 p. 1), le TAF rappelle que la Dresse D. _____ a spécifié que ses conclusions sur la médication étaient à prendre avec circonspection étant donné qu'il s'agit du seul monitoring thérapeutique entrepris et qu'il faudrait le comparer à d'autres mesures des taux sériques à des moments différents de la journée et en fonction d'une éventuelle modification de l'intensité douloureuse selon les taux sériques (AI pce 104 pp. 81 s.). De plus, le TAF remarque que si les médecins notent une discordance entre les troubles objectivés et les plaintes et limitations avancées par le recourant, les experts ne mentionnent pas une tendance d'aggravation ou d'autres constellations similaires de la part du recourant, excluant qu'il souffre d'un trouble assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.1 ss et références).

13.6 Au vu de ce qui précède, le TAF ne peut pas retenir les conclusions de l'expertise psychiatrique.

13.7 Le TAF ne peut pas non plus se baser sur les avis des médecins invoqués par le recourant. Les rapports de ceux-ci, très succincts et peu motivés (cf. consid. 12.3), ne sont pas non plus conformes à la jurisprudence.

De surcroît, le Dr G. _____ a remarqué le 30 juillet 2014 à juste titre que la dysthymie attestée par le Dr L. _____ dans un premier temps n'est en principe pas, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, invalidante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3.2; AI pce 143).

13.8

En conclusion, le TAF constate que l'instruction du dossier sur le plan psychiatrique est insuffisante notamment en raison de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral intervenue entre-temps.

14.

De surcroît, le TAF remarque que l'OAIE a omis de se déterminer sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation prévues par les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales alors que l'office a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré (cf. consid. 7.4 ci-dessus).

Enfin, l'OAIE n'a pas non plus procédé à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si la suppression de la rente entière répond en l'espèce au principe de la proportionnalité (cf. consid. 7.6 ci-dessus).

15.

Il appert de tout ce qui précède que la suppression de la rente d'invalidité du recourant est intervenue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision du 18 août 2014 annulée.

Le renvoi de l'affaire à l'instance inférieure est indiqué dans le cas concret compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3) bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 cité consid. 3.1). En effet, non seulement il conviendra de compléter l'instruction médicale d'un point de vue psychiatrique – éventuellement il s'avérera suffisant de poser des questions complémentaires au Dr E. _____ – mais encore, l'OAIE devra se déterminer, cas échéant, sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation et procéder à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si une éventuelle réduction ou suppression de la rente d'invalidité répond en l'espèce au principe de la proportionnalité. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

16.

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

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

Selon la jurisprudence, un recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, dans le cas concret, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de

la part du recourant, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force.

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

Partant, il n'est perçu de frais de procédure.

16.2 Le recourant ayant agi sans être représenté par un mandataire professionnel et n'ayant pas dû supporter de frais relativement élevés, il n'est pas alloué de dépens (cf. 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 dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 18 août 2014 annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de 400 francs, versée par le recourant, lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 :