



Cour III
C-5533/2014

Arrêt du 7 février 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
David Weiss, Daniel Stufetti, juges,
Daphné Roulin, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal),
représenté par Maître Jean-Marie Favre,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du
20 août 2014).

Faits :**A.**

A.a A._____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant) est un ressortissant portugais, né le (...) 1966, domicilié dans le canton de Neuchâtel de manière régulière depuis (...) (AI pces 2, 3, 4 et 6 p. 4). Sans formation professionnelle, l'intéressé a travaillé en Suisse dans une poissonnerie de (...) jusqu'en (...), puis en qualité de magasinier dans une épicerie (...) de (...) jusqu'au 6 mai 2002, date de son incapacité de travail (AI pces 2, 7 p. 2, 10 p. 10, 20 p. 14 et 90 p. 8). L'intéressé a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : l'OAI-NE) une demande de prestations AI datée du 18 juin 2003 et reçue par l'OAI-NE le 23 juin 2003 (AI pce 2). Par décision du 25 novembre 2003, l'OAI-NE a reconnu une incapacité de travail et de gain supérieure à 66 2/3% et a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2003 (pce 8). Il ressort des rapports médicaux versés alors à la procédure que les diagnostics suivants avaient été notamment posés :

- dorsalgies et petite hernie discale documentée radiologiquement ; le médecin précise que les plaintes sont difficilement objectivables et qu'à l'examen clinique il n'a pas trouvé de déficit sensitivo-moteur (cf. rapport du 9 décembre 2002 du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie ; AI pce 7 p. 12-13),
- lombalgies chroniques avec parfois en second plan une irradiation D sans dermatome précis non déficitaire ; l'IRM de mai 2002 ne met en évidence aucune compression radiculaire ni des signes explicateurs de lombalgies chroniques (cf. rapport du 24 janvier 2003 de la Dresse C._____, spécialiste en neurochirurgie ; AI pce 7 p. 10-11),
- lombosciatalgies droites sans substrat organique (M54.4) et état anxio-dépressif (F41.2) ; le médecin a notamment relevé que l'intéressé était très plaintif et que l'examen est difficilement réalisable (cf. rapport du 10 juin 2003 du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ; AI pce 7 p. 8-9),
- lombosciatalgie douloureuse sans substrat organique (protrusion discale L5-S1) et état anxio-dépressif sévère comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail (cf. rapport du 4 juillet 2003 de la Dresse E._____, médecin généraliste ; AI pce 7 p. 6-7),

- état dépressif majeur résistant aux traitements, conflits familiaux et professionnels ainsi que lombosciatalgie douloureuse (cf. rapport du 21 août 2003 du Dr F._____, spécialisation non précisée ; AI pce 7 p. 1-2).

A.b Le (...) 2004, A._____ a déménagé au Portugal, qui reste à ce jour son domicile actuel (AI pces 4 et 16). Le dossier de l'intéressé a été ainsi transmis pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'autorité inférieure ou l'OAIE ; AI pces 16 et 20 p. 3).

B.

La rente entière d'invalidité a été réexaminée lors de deux procédures de révision ouvertes en 2007 et 2009 (AI pces 24 et 49). Par communication du 22 janvier 2008, respectivement du 23 juin 2009, l'OAIE a constaté que le degré d'invalidité de l'intéressé ne s'était pas modifié de manière à influencer le droit à la rente (AI pces 46 et 60). Lors de la seconde procédure de révision, la documentation suivante avait été notamment versée au dossier :

- des certificats des 16 mars et 24 avril 2009 de G._____, psychologue clinicien, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur, code 296.2x DSM-IV-TR (CIM-10 F32.x), et qu'en raison de l'absence de rémission et des risques de rechutes, il recommandait de poursuivre le traitement durant neuf mois associé avec un traitement pharmacologique ainsi qu'en collaboration avec la Dresse H._____, psychiatre (AI pces 51 et 55),
- un rapport de la Dresse H._____ du 5 mai 2009 qui retient des antécédents chez l'intéressé de fibromyalgie et de syndrome dépressif (AI pce 56),
- le rapport du 5 mai 2009 du Dr I._____, médecin orthopédique et traumatologique, qui pose comme diagnostics (i) un syndrome cervico-vertébral, (ii) rachialgie lombaire en L5, droite, (iii) syndrome hyperalgique résistant aux traitements et (iv) syndrome dépressif (AI pce 54),
- le formulaire E213 rempli par le Dr J._____, spécialisation non précisée, daté du 7 mai 2009 faisant état d'un « syndrome hyperalgique » avec des consultations régulières contre les douleurs et d'une évolution chronique (AI pce 53),

- la prise de position du 9 juin 2009 du Dr K._____, médecin SMR, spécialiste en médecine interne générale, qui conclut que les plaintes dépressives de l'intéressé constituent uniquement des troubles réactionnels, qui ont néanmoins été diagnostiqué comme des « *perturbacao depressiva major* », dont les certificats médicaux susmentionnés ne font état d'aucune amélioration, mais qu'il convient de surveiller et de réviser en temps voulu lors d'une révision économique générale de l'assurance-invalidité (AI pce 59).

C.

Suite à l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 de la 6^e révision (1^{er} volet) de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), l'autorité inférieure a ouvert en mars 2013 une révision de la rente précédemment octroyée (AI pces 61, 64 et 65). A._____ a été informé de dite révision par courrier du 18 avril 2013 (AI pces 63).

D.

Au cours de la procédure de révision, ont notamment été recueillies et portées au dossier les pièces médicales suivantes :

- la prise de position du 7 avril 2013 du Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin SMR, qui retient que la rente de l'intéressé a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (troubles somatoformes douloureux / fibromyalgie ; AI pce 62),
- le questionnaire pour la révision de la rente rempli par le recourant et daté du 20 mai 2013 (AI pce 71),
- un certificat médical du 20 mai 2013 de la Dresse M._____, coordinatrice de l'unité thérapeutique de la douleur, du service d'anesthésie du centre hospitalier de (...), expliquant notamment que son patient est suivi par l'unité de douleurs chroniques depuis 2007 et a été envoyé par le service de rhumatologie avec un diagnostic de fibromyalgie et de compression de C7 à droite (AI pce 72) ainsi que la liste de médicaments prescrits par le centre précité (AI pce 73),
- un certificat médical du 5 mai 2013 de G._____, psychologue clinicien, qui pose le diagnostic de trouble dépressif majeur, code 296.2x DSM-IV-TR (CIM-10 F32.x), et préconise de poursuivre le traitement pendant neuf mois conjointement avec un traitement médicamenteux et le centre hospitalier de (...) (AI pce 74).

E.

E.a Par communication des 10 mai et 3 juin 2013, l'OAIE a informé A._____ qu'il serait soumis à une expertise médicale d'ordre rhumatologique et psychiatrique/psychothérapeutique (AI pces 66 et 76). L'OAIE a confié son mandat d'expertise aux Drs N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (AI pces 67 et 68). Après examen du patient le 22 août 2013, les experts rendirent leur rapport d'expertise le 4 novembre 2013 (AI pce 90).

E.b Sur le plan rhumatologique, les experts n'ont retenu aucun diagnostic et ont conclu à une capacité de travail entière sans limitations fonctionnelles à partir du 22 août 2013, date de l'expertise (AI pce 90 p. 18). Le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, explique ne pas pouvoir se prononcer sur l'état antérieur de l'assuré, dès lors que les rapports médicaux passés sont trop succincts et peu détaillés (AI pce 90 p. 15). Lors de leur appréciation, les experts ont pris en compte que les investigations radiologiques mettaient en évidence une protrusion C6-C7 en conflit avec C6 droit et une protrusion L5-S1 droite en conflit avec les racines L5 et S1 droites. Ils ont constatés que les électroneuromyographies (ENMG) montraient une atteinte modérée au niveau des deux tunnels carpiens, une atteinte légère au niveau C6 droite et une atteinte qui n'est pas quantifiée au niveau L5 et S1 droite (AI pce 90 p. 14). Dans l'appréciation somatique, le Dr N._____ a cité la description faite par l'intéressé quant à l'intensité de ses douleurs, à savoir des douleurs maximales de l'ordre de 7 ou 8 sur une échelle de 10 (AI pce 90 p. 14). Il a fait également mention des limitations alléguées par le recourant qui, selon celui-ci, seraient totales dans la vie quotidienne (pas de marche supérieure à 10 minutes, changement de position toutes les 10 minutes, aucun effort physique et incapacité de porter une quelconque charge ; AI pce 90 p. 15). Enfin, en raison des discordances entre les plaintes de l'intéressé et l'examen clinique (rhumatologique et neurologique) parfaitement dans la norme, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a évoqué le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et a laissé le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, approfondir cet aspect (AI pce 90 p. 15).

E.c Sur le plan psychiatrique, le Dr O._____ a – de manière complémentaire au Dr N._____ – confirmé que les investigations douloureuses n'étaient pas expliquées par des processus physiologiques (AI

pce 90 p.16) et a relevé que des éléments significatifs de l'anamnèse permettaient de comprendre comment était apparu un syndrome douloureux somatoforme persistant (AI pce 90 p. 15). Dans son analyse, le Dr O._____ n'a pas constaté de trouble de la personnalité au sens de CIM-10 (AI pce 90 p. 15) et a exclu la fibromyalgie, dès lors qu'il n'y avait pas de points douloureux correspondant à une telle pathologie (AI pce 90 p. 15). Il a également expliqué le contexte social causant l'émergence des troubles douloureux somatoformes ; ces troubles se seraient constitués en raison de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux dans le cadre professionnel (« brimades régulières à son égard de la part de ses collègues », « difficultés relationnelles avec des collègues » ; AI pce 90 p. 15-16). Par ailleurs, le Dr O._____ a mis en exergue que le recourant décrivait notamment une persistance de douleurs lombaires, des douleurs dans la jambe droite ainsi qu'une diminution de la force de son bras droit malgré une prise en charge à la fois sur le plan de la douleur et sur le plan psychique (AI pce 90 p.16). Il a ainsi conclu à ce qu'un épisode dépressif était apparu après l'installation du syndrome douloureux somatoforme (AI pce 90 p. 16). Selon le Dr O._____, eu égard aux critères de gravité retenus par le Tribunal fédéral pour le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'état dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11) constitue une comorbidité psychiatrique partiellement invalidante. Pour justifier l'aspect invalidant, l'expert a retenu une perte d'intégration sociale partielle mise en évidence dans l'anamnèse et l'absence d'affection corporelle chronique pour expliquer l'ampleur des plaintes (AI pce 90 p. 17). L'expert explique en outre que la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel a aussi un objectif thérapeutique qui pourrait permettre à l'assuré de sortir de l'état de honte qu'il ressent (AI pce 90 p. 17). C'est ainsi que les experts ont posé comme diagnostics (i) un état dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11) depuis le 22 août 2013 avec répercussion sur la capacité de travail et (ii) un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) depuis mai 2002 sans répercussion sur la capacité de travail (AI pce 90 p. 14-17). Enfin, les experts retiennent, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail nulle jusqu'au 21 août 2013 puis à 50% dès le 22 août 2013 (AI pce 90 p. 18).

F.

Dans sa prise de position du 28 novembre 2013, le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du service médical de l'autorité inférieure, a repris les diagnostics posés par l'expertise du 4 novembre 2013 et a conclu à une capacité de travail à hauteur de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée dès la date de l'expertise,

le 22 août 2013 (AI pce 93). Parallèlement, dans la prise de position du 29 janvier 2014 du Dr P._____, rhumatologue, du service médical de l'autorité inférieure, celui-ci s'est rallié à l'absence de diagnostic d'un point de vue rhumatologique tel que retenu dans l'expertise du 4 novembre 2013 et a confirmé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue rhumatologique (AI pce 95).

G.

Par projet de décision du 18 février 2014, l'autorité inférieure a fait savoir à l'intéressé qu'elle entendait remplacer la rente entière payée jusqu'à présent par une demi-rente. Ledit projet se basait notamment sur l'expertise bidisciplinaire des Drs N._____ et O._____ du 4 novembre 2013 et les rapports médicaux rendus par les médecins de l'autorité inférieure les 28 novembre 2013 et 29 janvier 2014. Sont retenus d'un point de vue psychiatrique les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistant et d'épisode dépressif de gravité moyenne avec un syndrome somatique. Aux termes du projet de décision, la comorbidité psychiatrique, à savoir l'état dépressif, est jugée comme partiellement invalidante et l'incapacité de travail est estimée à 50%, de même que la perte de gain. Enfin, d'un point de vue rhumatologique, le projet de décision n'a retenu aucun diagnostic et par conséquent aucune incapacité de travail (AI pce 98).

H.

Au cours de la procédure d'audition, il a été versé au dossier les pièces médicales suivantes :

- le rapport médical du 26 février 2014 du Dr Q._____, expert médico-légal, consultant en neurochirurgie, dont les conclusions font état d'un cadre rachialgique important, causé par des changements dégénératifs au niveau cervical et lombaire et par des changements de nature fonctionnelle au niveau musculaire squelettique, avec une contraction musculaire para-vertébrale aiguë et avec un cadre algique somatoforme compatible avec une fibromyalgie. Le médecin relève également un cadre dépressif avec une éventuelle conversion somatique de caractère chronique, sans réponse proposée par le psychiatre. Le médecin conclut qu'en raison de cet ensemble de pathologies de caractère chronique et d'étiologie organique et psychiatrique, l'intéressé est dans l'incapacité d'exercer sa profession habituelle ou une autre dans son domaine de formation technique et professionnelle (AI pce 112),

- le rapport du 11 mars 2014 du Dr I._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, qui fait état d'une lombosciatalgie droite, de nature mixte, aggravée par l'activité mécanique, en positions debout et assise ainsi qu'à la marche. Il signale aussi des paresthésies et des dysesthésies en territoire radiculaire mal définies dans le membre inférieur droit. Le médecin signale des douleurs (allodynies) à la palpation des apophyses épineuses cervicales, dorsales et lombaires moyennes, une rigidité cervicale à l'extension et dans les rotations, un signe de Schöber à 10-11.5, un signe de Lasègue à 60° à droite, une réduction de la force d'extension de l'hallux droit, des altérations sensorielles de la cuisse et de la jambe droites, une manœuvre de Phalen (diagnostic du syndrome du tunnel carpien). Le médecin note qu'il ressort des examens par résonance magnétique nucléaire (RMN) et par électromyogramme (EMG) des signes neurophysiologiques compatibles avec un syndrome cervico radiculaire et un cadre radiculaire avec des souffrances de la racine S1 à droite, secondaire à une discopathie L5-S1. Le Dr I._____ signale que la douleur est résistante au traitement mis en place. Enfin, il atteste que la capacité de travail de l'intéressé est inchangée depuis 2007 (selon la table applicable au Portugal ; AI pce 111) ;
- le rapport médical du 11 mars 2014 de la Dresse R._____, rhumatologue, qui retient une variété de pathologies (notamment rigidité cervicale, douleur dans la région lombaire, niveaux L2-L3-L4-L5) avec des limitations fonctionnelles élevées (notamment changement de positions) et un aspect chronique ayant pour conséquence une absence d'amélioration à long terme (AI pce 106),
- le rapport du 14 mars 2014 du Dr S._____, psychiatre, qui pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel grave sans symptôme psychotique (CIM-10 F33.2) expliquant une aggravation progressive depuis 2000 et estime justifiée l'incapacité de travail reconnue en Suisse (AI pce 110),
- le rapport clinique du 14 mars 2014 de la Dresse M._____ de l'unité thérapeutique de la douleur du Centre hospitalier de (...) qui retient notamment un diagnostic de fibromyalgie et de discopathie cervicale avec compromission de la racine C7 à droite sans se prononcer sur la question de la capacité de travail de l'intéressé (AI pce 108),
- le rapport du 25 mars 2014 de G._____, psychologue clinique, arrêtant les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent (code

296.2x DSM-IV-TR ; CIM-10 F32.x) et/ou de dépression récurrente, épisode actuel grave sans symptôme psychotique (CIM-10 F33.2) avec insomnie, perte de l'appétit, trouble de l'humeur, anhédonie, troubles de la mémoire, anxiété, isolement social, troubles de la libido, pleurs, paresthésies et idées suicidaires ; il considère l'intéressé comme totalement incapable de travailler (AI pce 109),

- un rapport du 28 mars 2014 du Dr T._____, du centre de santé (...), spécialisation non précisée, qui fait état de fibromyalgie, de pathologie dégénérative (lombaire : discopathie L5 et cervicale : protrusion discale postérieure en C6-C7 avec compromission de la racine C7 à droite et oblitération de l'espace sous-arachnoïdien entraînant une rachialgie et une rigidité cervicale avec limitation des mouvements à ce niveau) et d'une dépression majeure grave (AI pce 107),
- la prise de position du 7 mai 2014 du Dr P._____, rhumatologue, du service médical de l'autorité inférieure, qui résume la documentation médicale produite par le recourant en procédure d'audition (cf. AI pces 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112) et indique que ces différents documents n'apportent aucun élément nouveau tant du point de vue clinique que radiologique, les éléments cités dans ces rapports ayant été intégrés dans l'expertise du 4 novembre 2013 ; selon le Dr P._____, il n'y a donc aucun changement quant à l'incapacité de travail du point de vue somatique et demande la confirmation d'un médecin spécialisé pour le point de vue psychiatrique (AI pce 115) ;
- la prise de position du 27 juin 2014 du Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du service médical de l'autorité inférieure, dont il ressort notamment que le rapport du 14 mars 2013 du Dr S._____ comme le rapport du 25 mars 2014 de G._____, psychologue clinique, ne mentionnent aucun élément nouveau. Les éléments avancés par ces rapports correspondent, ainsi que l'a relevé l'expertise du 4 novembre 2013, à un trouble dépressif récurrent, actuellement épisode moyen, avec un syndrome somatique et ne remplissent pas les critères CIM d'un syndrome dépressif grave. Le médecin confirme ainsi sa prise de position du 26 novembre 2013 (AI pce 117).

I.

Par décision du 20 août 2014, l'autorité inférieure a remplacé la rente entière payée jusqu'alors par une demi-rente à partir du 1^{er} octobre 2014. L'OAIE a indiqué que la documentation médicale produite par l'intéressé

le 2 avril 2014 (cf. AI pce 113) a été soumise à son service médical qui a confirmé ses précédentes conclusions. Pour le surplus, elle a repris la motivation de son projet de décision du 18 février 2014. Enfin, l'autorité inférieure a indiqué qu'en cas de recours interjeté contre la présente décision, l'effet suspensif était retiré, conformément à l'art. 97 de la loi fédérale du 29 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) en corrélation avec l'art. 66 LAI (AI pce 119).

J.

J.a Par acte du 29 septembre 2014 (timbre postal), A._____, par l'entremise de son mandataire, Me Jean-Marie Favre, a interjeté recours contre la décision du 20 août 2014 (TAF pce 1). Il a conclu sous suite de frais et dépens à l'admission du recours tant à la forme qu'au fond et partant à ce qu'il soit maintenu au bénéfice de la rente entière d'invalidité qui lui a été allouée dès le 1^{er} mai 2003 (TAF pce 1 p. 2). Par ailleurs, il a assorti son recours d'une demande de restitution de l'effet suspensif afin de maintenir le versement de la rente litigieuse, dès lors que, par décision du 20 août 2014, l'OAIE avait refusé d'accorder ledit effet suspensif (TAF pce 1 p. 5). Enfin, le recourant a formé une demande d'assistance judiciaire (TAF pce 1 p. 3-4).

J.b En annexe au recours, figurent outre des pièces qui avaient été produites au cours de la procédure d'audition (cf. AI pces 73, 106, 110, 111 et 112) des nouvelles pièces médicales accompagnées de traductions :

- les résultats d'un examen par résonance magnétique de la colonne lombaire datant du 3 juillet 2013 et établi par la Dresse U._____, médecin neuroradiologiste (annexe 18 TAF pce 1) ; il sied de préciser que les Drs N._____, et O._____, experts, avaient connaissance de ces résultats au moment de leur expertise (AI pce 90 p. 7) ;
- un rapport médical de septembre 2014 de la Dresse V._____, neurologue, dont les conclusions retiennent (i) une lombalgie chronique, avec évidence clinique et examens complémentaires EMG et RMN, compatible avec des compressions radiculaires au niveau cervical et lombaire (C5-C6 et L5-S1), (ii) un syndrome dépressif majeur, chronique, d'étiologies multifactorielles apparues après l'évolution de la pathologie dégénérative de la colonne lombaire et (iii) une fibromyalgie ; selon ce médecin, le syndrome dépressif et la douleur chronique résistent aux traitements causant une incapacité totale et permanente de travail (annexe 22 TAF pce 1),

- un rapport du 11 septembre 2014 du Dr T._____, du centre de santé (...), spécialisation non précisée, qui fait état (i) d'une radiculopathie lombaire (discopathie L5-S1), (ii) d'une radiculopathie cervicale avec protrusion discale postérieure en C6-C7 avec compromission de la racine C7 à droite et oblitération de l'espace sous-arachnoïdien entraînant une rachialgie et une rigidité cervicale avec limitation des mouvements à ce niveau, (iii) d'une fibromyalgie diagnostiquée (cf. Al pce 108) et (iv) d'un état dépressif majeur consécutif aux limitations entraînées par les pathologies antérieures (annexe 23 TAF pce 1).

K.

Invitée à se déterminer sur la demande de restitution de l'effet suspensif (TAF pce 3), l'autorité inférieure a déposé sa réponse le 14 octobre 2014. En substance, l'autorité inférieure soutient que le dossier ne contient aucun élément permettant d'admettre que la décision est de toute façon mal fondée ou que le recourant obtiendrait gain de cause. L'autorité inférieure conclut au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif (TAF pce 4). Par décision incidente du 3 décembre 2014, le Tribunal a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif au recours du 29 septembre 2014 (TAF pce 6).

L.

Par courrier du 31 octobre 2014 (timbre postal), le mandataire du recourant a transmis au Tribunal le formulaire d'assistance judiciaire complété par son mandant et accompagné des pièces topiques (TAF pce 5). Sur invitation du Tribunal à compléter sa demande d'assistance judiciaire (TAF pces 8-10), le recourant a fait parvenir au Tribunal, par courrier du 2 avril 2015 (timbre postal), des documents complémentaires (TAF pce 12). Par décision du 22 avril 2015, la demande d'assistance judiciaire du recourant a été admise en ce sens que celui-ci est dispensé du paiement des frais de procédure et qu'il est mis au bénéfice de l'assistante gratuite d'un avocat, à savoir Me Jean-Marie Favre, dans la présente procédure de recours (TAF pce 13).

M.

Ayant été invitée par le Tribunal à déposer sa réponse au fond (TAF pce 13), l'autorité inférieure a transmis le 9 juin 2015 son mémoire de réponse ainsi que les prises de position des Dr P._____, rhumatologue, et Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins expliquent en substance que les rapports médicaux joints au recours ont déjà été étudiés préalablement et que les nouveaux rapports médicaux n'apportent pas d'élément clinique ou d'examen complémen-

taire nouveau pouvant justifier une modification des appréciations précédentes. Par conséquent, l'OAIE a conclu à ce que le recours soit rejeté et à ce que la décision attaquée soit confirmée (TAF pce 14).

N.

Après avoir requis et obtenu une prolongation de délai (TAF pces 15-18), Maître Jean-Marie Favre a déposé pour son mandant son mémoire de réplique le 17 août 2015 (timbre postal ; TAF pce 19). Conformément à l'invitation du Tribunal (TAF pce 18), le recourant s'est déterminé sur la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (Arrêt du TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 devenu après publication ATF 141 V 281). Il confirme les conclusions de son mémoire du 29 septembre 2014, selon lesquelles il doit être maintenu au bénéfice de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, il a ajouté conclure à ce que le Tribunal ordonne une expertise complémentaire afin de déterminer sa capacité de travail réellement exigible au regard de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (TAF pce 19 p. 2).

O.

Le 30 novembre 2015, l'autorité inférieure a déposé sa duplique accompagnée de la prise de position du service médical de l'OAIE du 24 novembre 2015 (TAF pce 25), après octroi d'une prolongation de délai (TAF pces 21, 22 et 24). Dans la prise de position du SMR du 24 novembre 2015, le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, se détermine en tenant compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) et confirme les conclusions prises précédemment par les experts dans leur rapport du 4 novembre 2013 (TAF pce 25b).

P.

Par ordonnance du 11 décembre 2015, le Tribunal a transmis au recourant un double de la duplique de l'autorité inférieure du 30 novembre 2015 et a signalé que l'échange d'écritures était clos, sous réserve d'autres mesures d'instructions (TAF pce 26). Par courrier du 17 décembre 2015 (timbre postal), le recourant, soit pour lui Me Jean-Marie Favre, a spontanément contesté la duplique de l'autorité inférieure. Il a soulevé en substance que l'analyse effectuée par l'OAIE, respectivement le Dr W._____, n'était pas convaincante et non conforme à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TAF pce 27). Par ordonnance du 22 décembre 2015, le Tribunal a porté les déterminations du recours du 17 décembre 2015 à la connaissance de l'autorité inférieure et a signalé

que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 28).

Q.

Le recourant, par l'entremise de son mandataire, vint aux nouvelles concernant la suite de son recours les 16 juin et 17 novembre 2016 et 6 avril 2017 (TAF pces 29, 31 et 33).

R.

Par ordonnance du 13 novembre 2017, le Tribunal administratif fédéral a informé le recourant qu'il envisageait de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et que, suite à ce renvoi, la question du droit à une rente dès le 1^{er} octobre 2014 et, cas échéant, celle de son taux et de la période d'octroi demeurent ouvertes, de sorte que l'instruction complémentaire pourrait aboutir aussi bien à une augmentation de la prestation, qu'à la confirmation de la prestation octroyée précédemment (demi-rente dès le 1^{er} octobre 2014), à sa diminution ou encore à sa suppression, ce qui porterait préjudice au recourant. Le Tribunal administratif fédéral a ainsi invité le recourant à se prononcer sur le renvoi de la cause ou à communiquer au Tribunal s'il entendait retirer son recours, dans un délai échéant le 14 décembre 2017 (TAF pce 40).

S.

Après une prolongation du délai jusqu'au 31 janvier 2018 (TAF pce 46), le recourant s'est déterminé sur le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, dans le délai imparti, et a maintenu son recours par acte du 31 janvier 2018 (timbre postal ; TAF pce 47). Il a par ailleurs déposé 8 rapports médicaux supplémentaires établis par divers médecins portugais et datés des 6, 8, 10, 11 et 17 janvier 2018 (annexes TAF pce 47).

T.

Par ordonnance du 2 février 2018, le Tribunal administratif fédéral a donné connaissance de la détermination du 31 janvier 2018 du recourant et de ses annexes à l'autorité inférieure (TAF pce 48).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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 autrement. Conformément à 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 prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

1.3 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 29 septembre 2014 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

2.2 Au niveau du droit international, est applicable le règlement (CE) n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes

de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). De plus, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au 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) ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 ; arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2009, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II 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 (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 En l'occurrence, le recourant est un ressortissant portugais résidant depuis le (...) 2004 au Portugal, soit un Etat membre de l'Union européenne (Al pces 4 et 16). La décision attaquée ayant été rendue le 20 août 2014, les dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date sont applicables.

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral établit 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 à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; 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 par le recourant 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 ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^{ème} éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

3.2 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).

3.3 *In casu*, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit au 20 août 2014, les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée. Ainsi, les rapports médicaux des médecins portugais datés de janvier 2018 et déposés par le recourant avec sa détermination du 31 janvier 2018 (TAF pce 47 et annexes) ne sont pas à prendre en compte dans le présent litige car ils ont été établis bien après la décision litigieuse du 20 août 2014 et n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de clarifier l'état de santé du recourant avant dite décision.

3.4 En outre, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 20 août 2014, prise en application notamment des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI, par laquelle l'OAIE a modifié le droit du recourant à une rente entière en une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2014 (AI pce 119). Le Tribunal doit examiner en particulier si les conditions pour réduire la rente étaient remplies à la date de la décision attaquée, soit le 20 août 2014, date marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

4.

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 fonde-

ment 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^{os} 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^o 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 – *in casu* la décision de 2003 – 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 et 112 V 372 consid. 2).

5.

5.1 En application de l'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI (1^{er} volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659] ; ci-après : les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Cette disposition déroge ainsi à l'art. 17 al. 1 LPGA ; en d'autres termes 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, 2^{ème} phrase). L'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI a été jugée conforme à la Constitution et à la CEDH (ATF 139 V 547).

Les pathologies visées sans pathogenèse ni étiologie claires, dont les troubles somatoformes douloureux (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'examens 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 TAF C-7313/2015 consid. 3.6.3). Le Tribunal fédéral a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans 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 de la 6^{ème} révision de la LAI dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2).

5.2 L'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI doit être lue en relation avec l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI qui précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. 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 déterminant de l'ouverture de la procédure de réexamen, pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, le réexamen a effectivement été introduit et, notamment pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entendait supprimer la rente (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3 et 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

5.3 En l'espèce, il convient d'examiner si la révision de la rente relevait de l'art. 17 LPGA et/ou des dispositions finales de la LAI relatives à la 6^{ème} révision de l'AI.

5.3.1 En premier lieu, il convient d'examiner si la rente initiale a bien été accordée 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. L'OAIE a, par décision du 25 novembre 2003, reconnu à l'intéressé une incapacité de travail et de gain supérieure à 66 2/3 % et lui a accordé une rente d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2003 (AI pce 8). Dite décision se fondait sur les rapports médi-

caux rendus à l'époque notamment par la Dresse C._____, spécialiste en neurochirurgie (AI pce 7 p. 10-11), le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie (AI pce 7 p. 8-9), la Dresse E._____, médecin généraliste (AI pce 7 p. 6-7) et le Dr F._____, spécialisation non précisée (AI pce 7 p. 1-2). Au moment de l'octroi de la rente en 2003, l'intéressé souffrait en substance principalement de douleurs au niveau lombaire – définies selon les médecins de dorsalgie lombalgies chroniques ou lombosciatalgies – sans présenter toutefois de compression radiculaire, de signes explicateurs ou de substrat organique (AI pces 7 p. 1-2 et p. 6-11). Il s'avère ainsi que la rente d'invalidité entière allouée au recourant par décision du 25 novembre 2003 a bien été octroyée principalement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique après une étude consciencieuse des éléments médicaux au dossier et conformément à la loi et à la pratique alors en vigueur (AI pces 7, 8, 45, 59, 60 et 90 ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4.1.1). Dans le cadre de la procédure de révision menant à la décision litigieuse du 20 août 2014, les experts, soit le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan rhumatologique (AI pce 90 p. 15). Quant au plan psychiatrique, les experts ont posé deux diagnostics : (i) un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis mai 2002 sans répercussion sur la capacité de travail (CIM-10 F45.4) et (ii) un état dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.11) depuis le 22 août 2013 avec répercussion sur la capacité de travail (AI pce 90 p. 14). Partant, le diagnostic principal de l'intéressé depuis l'octroi de sa rente en 2003 ne s'est pas modifié jusqu'en 2013 au moment de la révision de la rente, dès lors qu'a été notamment diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant conformément à l'expertise du 4 novembre 2013 (AI pces 46, 60, 62 et 90). Au vu de ce qui précède, les atteintes à la santé du recourant relèvent de pathologies sans pathogenèse ni étiologie claires relevant des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI et non d'atteintes psychiatriques indépendantes qui exigeraient l'application de l'art. 17 LPGA. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'octroi de sa rente d'invalidité ne reposait donc pas initialement sur un principal déficit organique qui a développé par la suite un état de comorbidité psychiatrique ou à tout le moins l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente n'était principalement pas d'origine organique (TAF pce 1 p. 11).

5.3.2 En deuxième lieu, l'art. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI prévoit un délai de 3 ans pour entamer

la révision de la rente depuis l'entrée en vigueur desdites dispositions. Celles-ci sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012. En l'espèce, l'OAIE a initié ladite révision dans le courant du mois de mars 2013 (AI pce 61), dont le recourant a été informé par courrier du 18 avril 2013 (AI pce 63). Partant, le délai de 3 ans a été respecté.

5.3.3 En dernier lieu, force est de constater que sont respectés les délais relevant de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision. En effet, le recourant bénéficiait de sa rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2003, soit depuis quelques 10 ans (et donc moins de 15 ans) au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen en mars 2013 (AI pces 8, 61 et 63). Dans son recours, le recourant fait d'ailleurs expressément état de 12 ans, qui ne totalisent effectivement pas la durée de 15 ans (TF pce 1 p. 10). Enfin, né en 1966, le recourant n'avait, pour le surplus, pas atteint l'âge de 55 ans au 1^{er} janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision de l'AI (1^{er} volet). Il sied de relever que les considérations d'ordre notamment économique évoquées par le recourant quant à la modification de sa rente après toutes ces années ne sont pas pertinentes eu égard aux dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI (TAF pce 1 p. 10).

5.3.4 En conclusion, la présente affaire remplissant les conditions et ne tombant notamment pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI, le recourant appartient au cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen de sa rente au sens des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. Par ailleurs, les atteintes à la santé dont souffre le recourant ne relève pas d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Il convient donc d'examiner les conditions matérielles liées au réexamen de la rente d'invalidité dans le cadre des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI.

6.

6.1 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). 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 me-

sures de réadaptation exigibles. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 cons. 3.7.1 ; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c *in fine*). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'intéressé peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. 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 (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

7.

S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a rendu le 3 juin 2015 un arrêt de principe dans lequel il a modifié en profondeur sa pratique concernant ces troubles en tenant compte des expériences accumulées depuis plus de 11 années ainsi que des critiques formulées tant par la doctrine médicale que par la doctrine juri-

dique à l'encontre de la jurisprudence prévalant auparavant (ATF 141 V 281 consid. 1). Le Tribunal fédéral a ainsi revu sa jurisprudence depuis 2004 qui se référait aux « critères de Foerster » (cf. consid. 7.1). Il conviendra d'exposer ici les points centraux de la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281).

7.1 A titre liminaire, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.2). 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). La jurisprudence a déjà reconnu qu'un spécialiste en rhumatologie dispose d'une certaine compétence d'appréciation en relation avec un tableau clinique de troubles psychosomatiques. Il a ainsi la capacité de se prononcer sur le caractère invalidant des douleurs alléguées, mais il doit alors s'exprimer sur la nécessité de recueillir un avis psychiatrique (arrêt du TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.1).

7.2 Selon le Tribunal fédéral, 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 l'art. 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, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 ; arrêts du TF 9C_899/2014 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.40) de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu sont effectivement remplis. Le Tribunal fédéral relève que la question de savoir si le trouble douloureux en tant qu'atteinte à la santé a été constaté selon les règles de l'art n'est que rarement examiné dans la pratique en matière d'assurance. En particulier, doit être remplie (i) l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Un tel diagnostic suppose en outre l'existence de (ii) limitations fonctionnelles, soit la dégradation que le patient éprouve dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 con-

sid. 2.1.1 et références citées ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2). Il sied de préciser que les limitations fonctionnelles sont non seulement prises en compte au stade de la pose du diagnostic, mais également ultérieurement lors de l'appréciation de la capacité de travail du patient (cf. *infra* consid. 7.4, catégorie « 1.1.1 expressions des éléments pertinents pour le diagnostic » ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.2). En conclusion, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuie selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

7.3 Une fois que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées (cf. *supra* 7.2), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. C'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

En règle générale, il n'existe aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Toutefois, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et les références citées ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêts du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.1 et 9C_173 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

7.4 Lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été dûment posé (cf. *supra* 7.2) et qu'aucun motif d'exclusion mentionné par la jurisprudence n'est réalisé (cf. *supra* 7.3), il convient de déterminer

si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6).

Il est ici abandonner la présomption établie en son temps par l'ATF 130 V 352 (ATF 141 V 49 consid. 3.1 à 3.6). Selon cet arrêt, il était considéré que les atteintes non objectivables ne rendent pas invalide : elles peuvent être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 49 consid. 4.1.1). 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).

Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (« grille d'évaluation »). Cette évaluation permet de mettre en lumière des facteurs d'incapacités, d'une part, et les ressources de l'assuré, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et références citées et 9C_615 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références citées).

Pour ce faire, le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs (et non plus des « critères ») standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes (ATF 141 V 49 consid. 4.1.2 et 4.1.3) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

1.1. Complexe "atteinte à la santé"

- 1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic
- 1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard
- 1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
- 1.1.4. Comorbidités

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

1.3. Complexe "contexte social"

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

- 2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
- 2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (cf. catégorie 1 *supra*) forment le socle de base pour l'examen du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. catégorie 2 *supra*).

Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constitue pas une simple « *check list* ». En outre, ce catalogue d'indicateurs n'est pas immuable et doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies. (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4). Enfin, il sied de relever que les nouvelles exigences jurisprudentielles ont donné lieu, sur invitation du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 5.1.2), à deux lettres circulaires AI n^{os} 334 et 339 de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : « l'OFAS »), qui précisent la nouvelle procédure d'instruction concernant les atteintes psychosomatiques et établissent un catalogue de questions sur la base duquel les expertises médicales devront être établies.

7.5 Il convient encore de préciser que le changement de jurisprudence opéré à l'ATF 141 V 281 ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a déjà précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder défensivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; ATF 141 V 281 consid. 8).

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'Office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place. Il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privés aux invalides. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

Dans le cadre d'un recours, 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 125 V 352 consid. 3a). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en œuvre par une autorité conformément aux règles de procédure, dans la mesure où la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). 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 ; ATF 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêt du TF 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). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, 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). 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 ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

9.

Est litigieuse la question de savoir si l'autorité inférieure a réduit à juste titre la rente entière d'invalidité du recourant en une demi-rente. Pour autant que les différentes conditions soient remplies, il est rappelé qu'une telle diminution de la rente survient même dans les cas où l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne s'est pas modifié depuis l'octroi initial de la rente ; en effet, les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI visent expressément ces cas (cf. consid. 5). En l'occurrence, l'OAIE a fondé la décision attaquée du 20 août 2014 principalement sur les prises de positions médicales des Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 28 novembre 2013 et Dr P._____, rhumatologue, du 29 janvier 2014, travaillant tous deux au service médical de l'autorité inférieure (AI pces 93 et 95). Lesdits médecins se sont eux-mêmes référés à l'expertise bidisciplinaire détaillée du 4 novembre 2013 des Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (AI pce 90).

10.

Il s'agit d'examiner la valeur probante de l'expertise du 4 novembre 2013, à savoir si elle répond aux exigences jurisprudentielles. Le Tribunal constate que l'autorité inférieure a à juste titre requis une expertise médicale, dès lors qu'il s'agissait d'examiner une pathologie sans pathogenèse ni

étiologie claires, diagnostiquée au terme de l'expertise de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il sied de relever que, l'expertise a été rendue par des spécialistes des domaines concernés, à savoir le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Même si l'expertise du 4 novembre 2013 a été rendue avant le revirement de jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder défensivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (cf. consid. 7.5). De manière générale, les experts ont résumé l'ensemble des rapports médicaux et se basent sur une pleine connaissance du dossier. Les experts ont établi leur expertise après une visite médicale (le 22 août 2013 ; AI pce 90 p. 11-14), se sont fondés sur des examens cliniques (AI pce 90), en pleine connaissance des antécédents (AI pce 90 p. 10), de l'anamnèse actuelle (AI pce 90 p. 7-10), du traitement et du status du recourant (AI pce 90 p. 11-13) et ont pris en compte les plaintes de l'intéressé (AI pce 90 p. 11).

11.

11.1

11.1.1 Sur le plan psychiatrique, pour poser le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, doivent être remplies (i) l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse et (ii) l'existence de limitations fonctionnelles, soit la dégradation que le patient éprouve dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a décrit les plaintes faites par l'intéressé (douleurs maximales de l'ordre de 7 ou 8 sur une échelle de 10 ; AI pce 90 p. 14) et des limitations alléguées par le recourant qui, selon celui-ci, seraient totales dans la vie quotidienne (pas de marche supérieure à 10 minutes, changement de position toutes les 10 minutes, aucun effort physique et incapacité de porter une quelconque charge ; AI pce 90 p. 15). Enfin, en raison des discordances entre les plaintes de l'intéressé et l'examen clinique (rhumatologique et neurologique) parfaitement dans la norme, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a évoqué le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et a laissé le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, approfondir

cet aspect (AI pce 90 p. 15). De manière complémentaire, celui-ci confirme que les investigations douloureuses ne sont pas expliquées par des processus physiologiques et met en exergue que le recourant décrit notamment une persistance de douleurs lombaires, des douleurs dans la jambe droite ainsi qu'une diminution de la force de son bras droit malgré une prise en charge à la fois sur le plan de la douleur et sur le plan psychique (AI pce 90 p. 16). Le Dr O._____ met en évidence la naissance du trouble, à savoir des difficultés relationnelles avec des collègues, l'intéressé vivant un conflit émotionnel qu'il n'arrive pas à résoudre (AI pce 90 p. 16). Le Dr O._____ ne constate pas de trouble de la personnalité au sens de CIM-10 et exclut la fibromyalgie, dès lors qu'il n'y a pas de points douloureux correspondant à une telle pathologie (AI pce 90 p. 15). Toutefois, les experts n'examinent pas pourquoi ils s'écartent d'autres diagnostics posés préalablement ; le médecin du SMR, le Dr K._____, expliquait que les plaintes dépressives de l'intéressé constituaient uniquement des troubles réactionnels, qui avaient néanmoins été diagnostiqués comme des « perturbation dépressive majeure » (AI pce 59). Par ailleurs, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne prend pas en compte les limitations fonctionnelles, à savoir la dégradation ressentie dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Le Tribunal constate ainsi que les experts n'ont ainsi pas posé *lege artis* le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; AI pce 90 p. 14).

11.1.2 Enfin, dans le cadre de l'analyse du syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), les experts ont conclu qu'il n'était pas invalidant et n'avait donc pas de répercussion sur la capacité de travail. Cependant, ils ont diagnostiqué un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), en tant que comorbidité psychiatrique secondaire aux troubles somatoformes douloureux (AI pce 90 p. 16-17). Le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, explique que cet état dépressif est apparu après l'installation du syndrome douloureux somatoforme (AI pce 90 p. 16). Il fait état notamment d'un sentiment de honte, d'une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables, un ralentissement psychomoteur ainsi que des douleurs persistantes (lombaires, dans la jambe droite et une diminution de la force de son bras droit ; AI pce 90 p. 16). Les experts ont conclu à ce que l'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) causait une incapacité de travail à hauteur de 50% depuis le 22 août 2013, date de leur examen médical (AI pces 90 p. 14 et 18). Toutefois, non seulement dite atteinte secondaire n'a pas été posée selon les règles de l'art, mais de plus les experts n'étaient pas suffisamment les

raisons pour lesquelles la gravité de l'état dépressif de l'intéressé justifie de poser un diagnostic indépendant aux troubles douloureux somatoformes. Il sied de préciser que selon la jurisprudence en vigueur au moment de la première décision d'octroi de rente du 25 novembre 2003 et jusqu'à l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015 (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance 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 ATF 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). Par ailleurs, le Tribunal de céans note que la discussion des experts quant à l'atteinte invalidante retenue porte sur la présence d'une comorbidité psychiatrique invalidante ainsi que sur les « critères de Foerster » définis par l'ancienne jurisprudence. 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). 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). Partant, eu égard aux nouveaux indicateurs ressortant de l'ATF 141 V 281, l'expertise du 4 novembre 2013 est à ce sujet trop sommaire et pas assez convaincante, de sorte qu'elle n'a pas une valeur probante suffisante au sens de la jurisprudence fédérale.

11.1.3 Par ailleurs, suite à la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, le médecin du service médical de l'autorité inférieure, à savoir le Dr W._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, a établi le 24 novembre 2015, pendant la procédure de recours par-devant le Tribunal de céans, une prise de position médicale à l'aune des nouveaux indicateurs établis par le Tribunal fédéral dans son revirement de jurisprudence (TAF pce 25b). Pour cette prise de position, le médecin se base sur l'expertise bidisciplinaire du 4 novembre

2013 sans nouvel examen du recourant. Le Dr W._____ confirme que l'atteinte à la santé psychique est d'une gravité suffisante pour retenir une incapacité de travail dans toutes activités à hauteur de 50% à partir du 21 août 2013, date de l'examen médical de l'expertise bidisciplinaire susmentionnée (TAF pce 25b p. 3). Le Dr W._____ établit une seule liste des éléments pertinents pour les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (TAF pce 25b p. 1). Néanmoins, il n'est pas possible de distinguer quelle constatation permet de poser quel diagnostic. Dite prise de position médicale ne permet pas de combler les lacunes constatées dans l'expertise du 4 novembre 2013, notamment le fait que les diagnostics posés ne l'ont pas été *lege artis*.

11.1.4 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. 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 (arrêt du TF 8C_773/2013 du 6 mars 2014 et arrêt du TAF C-4909/2014 du 12 octobre 2015 consid. 7.5). En particulier, l'expertise ne peut pas se limiter à poser une comorbidité psychiatrique d'état dépressif – sommairement motivée – pour conclure à une incapacité de travail à 50%. Le Tribunal administratif fédéral ne peut donc pas retenir les conclusions sur le plan psychiatrique de l'expertise du 4 novembre 2013.

11.2 Sur le plan rhumatologique, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a pris en compte que les investigations radiologiques mettaient en évidence une protrusion C6-C7 en conflit avec C6 droit et une protrusion L5-S1 droite en conflit avec les racines L5 et S1 droites. Ils ont constatés que les électroneuromyographies (ENMG) montraient une atteinte modérée au niveau des deux tunnels carpiens, une atteinte légère au niveau C6 droite et une atteinte qui n'est pas quantifiée au niveau L5 et S1 droite (pas de différence entre les ENMG de 2007 et 2013 ; AI pce 90 p. 14). Il résume que l'examen clinique rhumatologique et neurologique est complètement dans la norme (AI pce 90 p. 15) et ne retient dans ce contexte aucun diagnostic rhumatologique (AI pce 90 p. 15). Il conclut ainsi à une capacité de travail entière sans limitations fonctionnelles (AI pce 90 p. 18). Eu égard au lien étroit dans l'expertise entre le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et l'absence d'atteinte rhumatologique, le Tribunal de céans ne

peut pas retenir les conclusions de l'expertise du 4 novembre 2013 d'un point de vue rhumatologique.

12.

Il convient encore d'examiner si les autres rapports médicaux versés à la procédure ont une valeur probante suffisante, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour statuer en l'espèce. En matière de troubles somatoformes douloureux, l'incapacité de travail susceptible d'être causée en raison de ces troubles doit être établie au moyen d'une expertise psychiatrique (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). En l'occurrence, la documentation médicale versée au dossier ne contient pas d'expertises rhumatologique et/ou psychiatrique, de sorte que les rapports médicaux en question n'ont pas valeur probante suffisante. 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.

En outre, le Tribunal de céans note que l'OAIE a omis d'instruire et 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 diminué la rente d'invalidité de l'assuré. En effet, 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 nouvelles 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. 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 de la 6^{ème} révision de la LAI, 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 (arrêt du TAF C-2667/2014 du 12 mai 2017 consid. 14.2.2 et les références citées). En l'espèce, il n'appert pas du dossier que l'OAIE a eu un entretien en application de la lettre a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. La décision du 20 août 2014 ne se prononce pas non plus à ce sujet. Il appartiendra donc à l'autorité inférieure d'instruire et de se déterminer sur cet aspect (arrêt du TAF C-2667/2014 du 12 mai 2017 consid. 14).

14.

14.1 Au vu de ce qui précède, la diminution de la rente entière d'invalidité en une demi-rente est intervenue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il s'ensuit que le recours doit donc être admis et la décision du 20 août 2014 doit être annulée. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

14.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente à compter du 1^{er} octobre 2014, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Pour ce faire, elle sollicitera une expertise d'ordre rhumatologique et psychiatrique, qui devra notamment conformément à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) évaluer les atteintes somatiques (limitations fonctionnelles) et/ou psychiatriques (not. fibromyalgie et troubles somatoformes douloureux : motifs d'exclusion, indicateurs) et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. De plus, l'OAIE devra se déterminer, cas échéant, sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation. Sur cette base, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision. Pour le surplus et en raison du renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, le Tribunal n'a pas à se prononcer sur la suggestion faite par le recourant dans sa détermination du 31 janvier 2018 de confier l'éventuelle expertise complémentaire d'ordre rhumatologique et psychiatrique au Dr X._____ (cf. TAF pce 47).

15.

15.1 Par décision incidente du 22 avril 2015, le recourant a été dispensé du paiement des frais de procédure et Me Jean-Marie Favre, avocat à Fribourg, a été désigné en qualité de défenseur d'office du recourant dans le cadre du recours C-5533/2014 (TAF pce 13). Il convient de statuer sur son indemnisation.

A teneur de l'art. 8 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), applicable par renvoi de l'art. 12 FITAF, l'avocat commis d'office a droit au remboursement des dépens lesquels comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie. En matière d'assurance sociale, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui facilite le travail des avocats (arrêt du TF 9C_484/2010 du 16 septembre 2010 consid. 3). Conformément à l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. Le second alinéa de cette disposition précise que le tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du décompte ; à défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier.

15.2 En l'occurrence, le conseil du recourant n'a produit aucun décompte de prestations conformément à l'art. 14 al. 1 FITAF. Dès lors, le Tribunal administratif fédéral statuera sur la base du dossier. Compte tenu des circonstances de la présente affaire, de l'ampleur du travail accompli par le mandataire (un recours de 14 pages, une réplique de 8 pages, une écriture spontanée de 2 pages et une détermination de 4 pages laquelle reprend principalement des rapports médicaux, établis en janvier 2018, qui ne sont pas pertinents pour la présente cause) et de la difficulté de la cause (voir, notamment, l'arrêt du TAF C-5829/2013 du 9 avril 2015 consid. 10), le Tribunal considère le versement d'une indemnité de représentation de Fr. 2'800.-, comme équitable en la présente cause pour les services de son défenseur d'office.

Conformément à l'art. 65 al. 4 PA, la recourante aura l'obligation de rembourser ce montant si elle revient à meilleure fortune. A défaut de décompte de prestations, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^{ème} phrase FITAF).

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 20 août 2014 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

3.

Un montant de Fr. 2'800.-, à titre d'indemnité du conseil d'office, est versé à Me Jean-Marie Favre par la Caisse du Tribunal administratif fédéral.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant, soit pour lui son conseil (Acte judiciaire) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé) ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Daphné Roulin

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 :