



Cour III
C-5686/2012

Arrêt du 11 novembre 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Francesco Parrino, Daniel Stufetti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jacques-André Schneider,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 27 septembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant portugais, né le (...) 1965, a travaillé en Suisse comme étancheur de 1983 à 1991 et cotisé à l'AVS/AI.

B.

Le 6 novembre 1992, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité parce qu'il souffrait de problèmes de dos depuis décembre 1991 (AI pce 3). Il est ressorti d'une expertise psychiatrique effectuée en mai 1994 auprès du Dr B._____ que l'assuré présentait un syndrome dépressif grave d'étiologie réactionnelle et une personnalité avec traits phobiques et limitation des contacts sociaux (AI pce 28). Par décision du 21 octobre 1994, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 1992 (AI pce 31).

C.

Lors des deux premières procédures de révision, l'OAIE a confirmé le versement de la rente entière par communications des 11 février 2002 (AI pce 57) et 14 février 2006 (AI pce 61).

D.

Lors d'une troisième procédure de révision d'office, l'assuré s'est soumis à une expertise pluridisciplinaire à la Clinique C._____ le 26 mars 2009. Selon le rapport d'expertise de cette clinique du 6 avril 2009 (AI pce 86), l'assuré présentait, dans une activité adaptée aux limitations physiques, une capacité de travail d'au moins 50 % respectivement de 100 % après une période de reconditionnement de six mois. Par décision du 4 novembre 2010 (AI pce 117), l'OAIE a donc supprimé la rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2011 au motif que l'état dépressif grave qui avait contribué fortement à l'octroi de la rente ne serait plus d'actualité, l'état de santé somatique de l'assuré étant stationnaire, de sorte qu'il serait à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée, lui permettant de réaliser plus de 60 % du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide. L'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après le Tribunal), demandé l'annulation de la décision et éventuellement la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale vu les contradictions entre l'expertise psychiatrique du Dr D._____ de la Clinique C._____ et l'avis de la Dre E._____, psychiatre traitante. Le service médical de l'OAIE a également proposé une nouvelle expertise psychiatrique. Par arrêt du 16 juin

2011, le Tribunal a annulé la décision du 4 novembre 2010 et renvoyé l'affaire à l'OAIE pour compléter l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique selon les recommandations de son service médical et rendre une nouvelle décision.

E.

Le 18 janvier 2012, l'assuré s'est soumis à une expertise psychiatrique auprès du Dr F._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du 25 janvier 2012 (AI pce 156), l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent en rémission partielle au moment de l'expertise, ce trouble n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail et sans aucune autre pathologie psychiatrique, en particulier pas de trouble de la personnalité. Le Dr F._____ reconnaissait donc, du point de vue psychiatrique, une pleine capacité de travail au moment de l'expertise.

F.

Dans sa prise de position du 15 avril 2012, le Dr G._____ du service médical de l'OAIE a estimé que la nouvelle expertise du Dr F._____ avait été soigneusement réalisée, tenait compte des documents du dossier, de l'anamnèse et des plaintes subjectives de l'assuré, décrivait précisément les signes objectifs de même que le diagnostic, formulait des arguments et des conclusions claires et confirmait les résultats de l'expertise psychiatrique du Dr D._____ de mars 2009. Selon le Dr G._____, il n'y a plus d'incapacité de travail depuis le 26 mars 2009 car l'état dépressif a évolué favorablement passant d'un état dépressif sévère à un état dépressif en rémission (AI pce 163).

G.

Par projet de décision du 29 mai 2012 (AI pce 167), l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait confirmer la suppression de la rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2011 parce que l'état de santé s'était amélioré dès 2009, il y avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} octobre 2009 et la perte de gain n'était plus que de 8 % selon la comparaison des salaires du 5 mai 2009 toujours valable (AI pce 90).

H.

Par courrier du 24 août 2012 (AI pce 179), l'assuré a argué que l'expertise du Dr F._____ contenait des contradictions, ne respectait pas les lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité, ne prenait pas en compte tous les autres rap-

ports médicaux et ne permettait donc pas de conclure à une amélioration de l'état de santé. Il a conclu à l'annulation du projet de décision et à la renonciation à supprimer la rente dont il bénéficiait. Il a joint à son courrier un rapport radiologique de la colonne cervicale du 18 juin 2012, un rapport radiologique de la colonne lombaire du 18 juin 2012, un rapport du Dr H._____ du 25 juin 2012, un rapport du Dr I._____ du 30 juin 2012 et un rapport de la Dresse E._____ du 28 juin 2012.

I.

L'OAIE a resoumis le dossier au Dr F._____ qui a pris position le 13 septembre 2012 (AI pce 183) et considéré qu'il existait lors de l'expertise un écart important entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, l'échelle d'évaluation de la dépression d'Hamilton n'était pas utilisable en cas de majoration des symptômes et l'épisode dépressif de l'assuré devait, selon les ouvrages diagnostiques de référence, être qualifié en rémission partielle. Le Dr F._____ a confirmé, après examen de tous les éléments, qu'il ne retenait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

J.

Par décision du 27 septembre 2012, l'OAIE a confirmé la suppression de la rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2011 parce que l'état de santé s'était amélioré dès 2009, qu'il y avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} octobre 2009 et la perte de gain n'était plus que de 8 %.

K.

Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal le 31 octobre 2012 (TAF pce 1), concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci et à la constatation du droit à la rente aussi pour la période après le 1^{er} janvier 2011 parce que son état de santé ne s'était pas amélioré. De plus il a fait valoir que, même si on ne retenait plus d'incapacité de travail, sa perte de gain serait de 27,25 %, il a également demandé l'assistance judiciaire gratuite.

L.

Par courrier du 15 novembre 2012, l'assuré a indiqué qu'il renonçait à la demande d'assistance judiciaire (TAF pce 4).

M.

Dans sa réponse au recours du 20 décembre 2012 (TAF pce 5), l'OAIE a argué que le réexamen du dossier avait consisté principalement à la mise

en œuvre d'une contre-expertise psychiatrique destinée à lever les contradictions entre l'expertise du Dr D._____ et l'avis de la Dresse E._____. Etant donné que le Dr F._____ a confirmé les constatations du Dr D._____ concernant l'état de santé psychique et que, d'autre part, l'état de santé physique est resté stationnaire, l'OAIE a confirmé que l'assuré présentait, dans une activité adaptée aux limitations physiques, une capacité de travail d'au moins 50 % respectivement de 100 % après une période de reconditionnement de six mois et que la rente entière d'invalidité avait été supprimé à juste titre dès le 1^{er} janvier 2011.

N.

Par réplique du 30 janvier 2013 (TAF pce 8), le recourant a réitéré que la rente entière d'invalidité lui avait été accordée en raison de ses atteintes tant somatiques que psychiques et que sa santé ne s'était améliorée ni sur le plan somatique ni du point de vue psychique.

O.

Dans sa duplique du 12 février 2013 (TAF pce 10), l'OAIE a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

P.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de procédure de 400 francs le 25 février 2013 (TAF pce 14) et a renoncé à formuler des remarques complémentaires par courrier du même jour (TAF pce 13).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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 ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

3.1 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

3.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

3.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs

survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

3.4 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt

dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGa et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGa et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

6.

6.1 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 seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa).

6.2 Selon une 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, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.3 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 et les références).

6.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical 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 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même mini-

mes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 Selon l'art. 17 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

7.2 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

7.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

7.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 1992 selon la décision du 21 octobre 1994 de l'OAIE (AI pce 31). Lors des deux premières procédures de révision de rente en 2002 et 2006, l'OAIE a confirmé la rente entière sur les indications de l'assuré et n'a pas procédé à un examen matériel approfondi de l'état de santé (AI pces 57 et 61). La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 21 octobre 1994 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 27 septembre 2012.

9.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} janvier 2011 sur une amélioration de l'état de santé à partir de mars 2009,

le recourant argue que sa santé aussi bien somatique que psychique est restée la même et qu'il n'est pas en état d'exercer une activité lucrative.

9.1

9.1.1 Selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique C. _____ du 6 avril 2009 (AI pce 86), qui garde sa validité pour l'estimation de l'état de santé du point de vue somatique, l'assuré présentait les deux diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: lombalgies chroniques sur spondylolisthesis L5-S1 du 1^{er} degré et syndrome rotulien bilatéral sur status après transposition des tubérosités tibiales des deux côtés. Selon le rapport d'expertise, il existe une affection indiscutable, c'est une spondylolisthesis L5-S1, responsable de lombalgies chroniques. La pathologie est étayée par les documents radiologiques, qui confirment un glissement du 1^{er} degré et montrent de discrètes lésions d'ostéochondrose associée, ainsi qu'une discopathie protrusive L4-L5, mais sans aucun conflit. Au niveau des genoux, il s'agit d'un syndrome rotulien bilatéral, qui selon l'assuré a été fortement aggravé par les interventions chirurgicales pratiquées. L'examen clinique est peu concluant et les examens radiologiques répétés à de multiples reprises ne montrent pas de pathologie évidente. La présence d'une enflure bilatérale et d'un net épanchement gauche traduit cependant l'existence d'une indiscutable synovite. Par contre, les autres pathologies, notamment les cervicalgies, ne reposent sur aucune imagerie conclusive. Quant aux talalgies, il semble s'agir de banales talalgies de surcharge, peut-être sur la base d'épine calcanéenne. Les experts de la Clinique C. _____ ont constaté une nette discordance entre l'importance des plaintes subjectives et la discrétion des constatations radiologiques et cliniques. Ils ont estimé que l'assuré présentait, dans une activité adaptée, permettant le changement de position et l'évitement du port de charge au-delà de 10 kg, une capacité de travail d'au moins 50 % respectivement de 100 % après une période de reconditionnement de six mois. Selon les experts de la Clinique C. _____, le pronostic concernant les affections somatiques paraît relativement favorable. Le spondylolisthesis ne s'est pas aggravé et seule avec les années, une discrète ostéochondrose s'est manifestée (AI pce 86).

9.1.2 Sur le plan psychique, le Dr D. _____ de la Clinique C. _____ n'a pas noté d'élément évoquant un trouble de l'humeur ou de la personnalité de type phobique, relevant que ce diagnostic avait été posé à une époque où l'assuré était déprimé et que les symptômes phobiques étaient vraisemblablement des éléments sémiologiques de la dépression elle-

même (AI pce 86). Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2012 (AI pce 156), le Dr F._____ a noté que l'assuré pouvait être souriant, répondre à l'humour, n'était certainement pas ralenti, ne s'était jamais montré fatigué ou fatigable, ne présentait pas de troubles attentionnels graves et n'avait pas de difficultés mnésiques typiques de beaucoup de dépressifs graves. Ce médecin n'a pas retrouvé des éléments objectifs et typiques de dépression grave tels que des manifestations constantes de tristesse, un ralentissement marqué ou une diminution de l'activité psychomotrice, mais il a admis qu'il y avait eu des épisodes dépressifs francs observés lors d'examen antérieurs ou qui s'étaient manifestés au Portugal vu ce qu'a décrit le médecin psychiatre traitant. Selon le Dr F._____, il n'y a cependant pas d'arguments définitifs pour un épisode dépressif sévère au vu de ce qu'on trouve dans les rapports du Dr J._____ et du Dr B._____. Il est tout aussi possible que l'expertisé n'ait présenté qu'un épisode dépressif de degré léger ou moyen, dans la mesure où on appliquerait les critères stricts des ouvrages diagnostiques de référence. Lors de l'expertise du Dr F._____, l'assuré ne présentait plus les critères objectifs pour désigner un véritable épisode dépressif et la recherche d'autres pathologies psychiatriques (par ex. trouble de la personnalité) n'a pas été contributive. Ce médecin a encore relevé que le trouble dépressif n'avait jamais eu une gravité telle que l'assuré ait dû être pris en soins de façon continue, les consultations sont restées espacées, il n'y a jamais eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. C'est pourquoi le Dr F._____ a reconnu à l'assuré, du point de vue psychiatrique, une pleine capacité de travail au moment de l'expertise du 18 janvier 2012 (AI pce 156), comme l'avait déjà fait le Dr D._____, expert psychiatre de la Clinique C._____, lors de son expertise en mars 2009.

9.2 Le Tribunal de céans considère dès lors que, conformément à l'avis unanime des experts de la Clinique C._____, du Dr F._____ et du Dr G._____ du service médical de l'OAIE, l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire sur le plan physique et s'est nettement amélioré sur le plan psychique depuis l'octroi de la rente en 1994 puisque le recourant ne présente actuellement plus de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, alors que la rente avait été octroyée pour des raisons principalement psychiques en 1994. Le Tribunal fait sien l'évaluation de la capacité de travail des experts de la Clinique C._____ ainsi que du Dr F._____ et considère que l'assuré présente, au moins depuis juin 2010, c'est-à-dire six mois après le premier projet de décision de suppression de la rente du 18 décembre 2009 (AI pce 92), une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, les experti-

ses de la Clinique C._____, pour la partie somatique, et du Dr F._____, pour la partie psychiatrique, étant consistantes, bien motivées et répondant à tous les critères posés par la jurisprudence.

10.

10.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance des problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales.

Dans le cas où le salaire d'invalide est déterminé d'après les données retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La hauteur de la réduction relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

10.2 L'OAIE se base sur la comparaison des salaires déjà effectuée le 5 mai 2009 (AI pce 90) qui reprenait les indications du dernier employeur, selon lequel, sur la base d'un salaire horaire de 22.80 franc plus une indemnité spéciale de 1.82 francs, l'assuré avait réalisé un salaire de 42'239.30 francs en 1991 (AI pce 6), et le salaire de 44'932.00 francs inscrit dans l'extrait de compte individuel AVS (TAF pce 16). Le recourant fait valoir dans son recours que son dernier employeur lui aurait versé en 1993 un salaire de 58'167.00 francs sur la base d'un salaire horaire de 24.50 francs plus l'indemnité spéciale de 1.82 francs (pce 6 annexée au recours). Le Tribunal retient d'une part qu'une augmentation du salaire

annuel de près de 30 % en l'espace de deux ans paraît irréaliste d'autant plus que l'augmentation du salaire horaire se monte à environ 6.5% entre 1991 et 1993 et d'autre part que, suivant les inscriptions dans le compte individuel, le salaire annuel perçu par le recourant dans les années précédentes fait état d'augmentations régulières sans toutefois de variations extraordinaires. Le revenu de valide calculé par l'OAIE est donc correct, mais le salaire de 1991 doit être réévalué à partir de l'index 1619 valable pour l'année 1991 à l'index 2151 valable pour l'année 2010 (et non seulement à l'index 2014 valable pour l'année 2006). Le salaire mensuel sans invalidité est donc de 4'974.70 francs.

Pour le salaire d'invalidé, l'OAIE s'est basé sur les données statistiques suisses et le niveau 4 concernant les activités corporelles légères que le recourant peut encore assumer avec un rendement de 100 %. Il a pris une moyenne des revenus selon l'ESS 2006, niveau 4, secteur des services collectifs et personnels, commerce de détail ainsi que services fournis aux entreprises (avec un horaire usuel de 41,7 heures par semaine) et retenu un salaire mensuel de 4'504.64 francs avant abattement. A l'instar du salaire sans invalidité, il faut également se baser sur les données de l'années 2010 (et non 2006) pour le salaire d'invalidé. Selon l'ESS 2010, niveau 4, secteur des services collectifs et personnels, les hommes gagnaient 4'536 francs par mois avec un horaire de 40 heures par semaine, ce qui correspond à un salaire de 4'717.44 francs par mois avec une horaire usuel en 2010 de 41,6 heures par semaine. Eu égard au fait que le recourant ne peut plus exercer que des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et vu ses circonstances personnelles comme l'âge et la longue période d'inactivité sur le marché du travail (cf. ATF 126 V 75), l'OAIE a pratiqué un abattement de 5 %, le revenu avec invalidité s'élève donc à 4'481.56 francs par mois. La comparaison des revenus sans et avec invalidité fait ainsi apparaître, une perte de gain de 9,91 % $([Fr. 4'974.70 - Fr. 4'481.56] \times 100 : Fr. 4'974.70)$. Ce taux ne donne plus droit à une rente d'invalidité suisse. Il faut encore ajouter que, même avec un abattement maximal de 25%, le taux d'invalidité reste inférieur à 40%.

11.

11.1 Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre profession-

nel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

11.2 Même si le recourant a bénéficié d'une rente pendant plus de quinze ans, le Tribunal considère qu'une réadaptation par soi-même peut être exigée puisqu'une phase d'aide transitoire ne paraît pas nécessaire et il est tout à fait possible au recourant de mettre à profit son entière capacité de travail sur un marché équilibré de l'emploi, que ce soit en Suisse ou au Portugal, puisque un grand nombre d'activités lucratives exigibles répond aux limitations fonctionnelles à observer.

12.

C'est donc à raison que l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité. Cette suppression peut prendre effet au 1^{er} janvier 2011 étant donné que l'amélioration a été constatée le 26 mars 2009, qu'il faut compter avec une pleine capacité de travail après une période de conditionnement de six mois et qu'elle durait déjà plus de trois mois à la date de la suppression de la rente (cf. ATF 129 V 370 confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 11 novembre 2010). Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

13.

13.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

13.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 :