



## Arrêt du 9 juin 2016

---

Composition

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

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, France  
représenté par Maître Charles Poupon,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance invalidité, révision de la rente d'invalidité  
(décision du 17 novembre 2014).

**Faits :****A.**

Le ressortissant suisse A. \_\_\_\_\_ (ci-après : assuré ou recourant), né en 1964 et père de deux enfants nés en 1986 et 1992, est domicilié en France voisine. Il a une formation de forestier-bûcheron mais a principalement travaillé en tant que maçon dans la construction. Depuis 1982 il a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI; extrait du compte individuel du 21 juin 2000 [AI pce 9]).

Le 21 février 1999 (AI pce 84 p. 3), il a été victime d'un accident professionnel en chutant sur le postérieur, avec contusion du coccyx et apparition d'une lombo-sciatalgie L5-S1 à droite. Selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, il y a également eu une exacerbation post-traumatique d'un état pathologique antérieur du rachis (cf. examen du 28 mai 1999 et appréciation médicale du 14 février 2000, signés du Dr B. \_\_\_\_\_ [AI pces 24 et 25]). La SUVA a versé des prestations d'assurances jusqu'au 28 octobre 1999 (décision sur opposition de la SUVA du 21 août 2000, confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal du 28 juin 2001 [cf. AI pce 170 p. 4]).

**B.**

Le 16 mai 2000, l'assuré a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI; AI pce 7). En raison de troubles psychiatriques dont l'assuré souffrait (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 21 octobre 2002 du Dr C. \_\_\_\_\_ [AI pce 84]) alors qu'il présentait également un syndrome douloureux chronique panrachidien (cf. rapport d'expertise rhumatologique du Dr D. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2002 [AI pce 71] ; voir aussi les remarques du médecin de l'OAI des 27 juin et 11 novembre 2002 et du 2 juin 2003 [AI pces 77, 90 et 115]), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a octroyé à l'assuré par décisions sur opposition du 18 décembre 2003, remplaçant les décisions des 18 mars et 28 avril 2003, à partir du 1<sup>er</sup> février 2000 une rente d'invalidité entière, une rente complémentaire entière en faveur du conjoint ainsi que deux rentes entières pour enfant lié à la rente du père (AI pces 99, 112, 127 et 128).

Après trois révisions de rente introduites d'office, le maintien de la rente d'invalidité entière a été confirmé par décision du 23 mai 2005 et communications des 31 juillet 2008 et 2 septembre 2011 (AI pces 131, 136 et 143).

**C.**

En avril 2012, l'OAI initie une nouvelle révision de la rente (AI pce 145).

Dans le cadre de cette instruction sont versés au dossier dans un premier temps le questionnaire pour la révision de rente, rempli et signé par l'assuré le 19 avril 2012 (AI pce 145) ainsi que le rapport médical intermédiaire du 21 mai 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui rapporte une aggravation de l'état de santé de son patient et informe que l'assuré est suivi depuis le début de 2012 par la Dresse F. \_\_\_\_\_ (AI pce 147).

L'OAI organise ensuite une expertise pluridisciplinaire qui a lieu les 12 et 20 juin 2013 au CEMed à Nyon. Dans le rapport du 30 juillet 2013, les Drs G. \_\_\_\_\_, médecine internet FMH, H. \_\_\_\_\_, rhumatologie FMH et I. \_\_\_\_\_, psychiatrie-psychothérapie FMH, concluent que l'assuré présente en raison de troubles dégénératifs du rachis avec discopathies cervicales et lombaires, une spondylolisthésis de degré I de L5-S1, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon ou forestier-bûcheron, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les experts estiment que les troubles psychiatriques dont l'assuré souffre également n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail (AI pce 170 ; cf. aussi le résultat de l'examen sanguin et du monitoring médicamenteux du 26 juin 2013 [AI pce 169] et le résultat du 12 juillet 2013 de l'examen radiologique, signé du Dr J. \_\_\_\_\_ [AI pce 168]).

Invité à se prononcer sur les documents médicaux, le Dr K. \_\_\_\_\_ du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) confirme les conclusions de l'expertise médicale et précise que l'assuré présente dans une activité adaptée une capacité de travail entière à compter du 30 juillet 2013 (AI pce 173).

Du 6 janvier au 30 juin 2014, l'OAI prend en charge des mesures de réinsertion professionnelle sous forme d'un programme d'entraînement progressif auprès de Caritas avec comme objectif d'atteindre une capacité de travail stable de 50%. Pourtant, l'assuré parvient difficilement à maintenir un taux d'activité de 30% (cf. communications des 28 novembre 2013 et 7 avril 2014 [AI pces 180 et 186], contrat d'objectifs du 20 novembre 2013 [AI pces 179]) et rapports des 27 septembre, 11 et 20 novembre 2013, des 4 et 25 mars, 12 mai 2014 et 14 juillet 2014 [AI pces 176 à 178, 184, 185, 187 et 190]; remarques et commentaires du 30 juin 2014, signé de Caritas et de l'assuré [AI pce 189]). A ce sujet,

l'assuré produit les certificats médicaux des 5 mai et 2 juin 2014 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin de famille (AI pces 188 et 191).

Se basant sur les conclusions du rapport d'expertise médicale du 30 juillet 2013 qu'il estime probant (cf. proposition de l'instruction du 18 juillet 2014 [AI pce 192]), l'OAI effectue le calcul du taux d'invalidité du recourant et détermine un degré de 28.72% (AI pce 195).

#### **D.**

Par projet de décision du 12 septembre 2014, l'OAI informe l'assuré qu'il entend supprimer la rente d'invalidité, sa capacité de travail s'étant améliorée et son degré d'invalidité de 29% ne donnant plus droit à une rente (AI pce 196).

L'assuré conteste ce projet le 30 septembre 2014 lors d'une visite dans les locaux de l'Office cantonal et demande un nouvel examen médical neutre (AI pce 203). A son appui, il verse au dossier un certificat médical du 24 septembre 2014 de la Dresse F.\_\_\_\_\_ (AI pce 204).

Le Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR, invité à prendre position sur ce dernier rapport médical, relève le 23 octobre 2014 qu'il n'apporte pas d'éléments nouveaux objectifs pouvant modifier les conclusions de l'expertise et du rapport SMR antérieur (AI pce 206).

#### **E.**

Par décision du 17 novembre 2014, l'OAIE supprime la rente de l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de la décision (AI pce 215).

#### **F.**

Le 23 décembre 2014, l'assuré forme recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité entière avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause pour nouvelle décision. Il fait valoir que l'expertise au CEMed doit être considérée comme partielle, cette institution ayant été choisie par l'OAI en violation des conditions jurisprudentielles. Par ailleurs, il reproche que son accident vasculaire cérébral n'a pas été investigué et critique en outre que l'expertise ne fait pas clairement état d'une amélioration de son état de santé qui, selon lui, est pour l'essentiel demeuré inchangé. De plus, le recourant conteste la fixation de son revenu

avec invalidité à 50'065.35 francs, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et du fait qu'il n'a plus exercé une activité lucrative depuis de nombreuses années (TAF pce 1).

**G.**

Dans sa réponse du 26 février 2015, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se basant sur la prise de position de l'OAI du 23 février 2015 (TAF pce 3 et annexes).

**H.**

Par réplique du 7 avril 2015, le recourant confirme ses conclusions et maintient en substance que les conditions d'une révision selon l'art. 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ne sont pas réunies. Par ailleurs il soutient qu'il est douteux que l'OAIE puisse simplement renvoyer à l'écrit de l'OAI et considère que celui-ci ne peut pas être pris en compte (TAF pce 6).

**I.**

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure présumés de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4, 5 et 7).

**J.**

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> juin 2015, l'OAIE maintient ses conclusions précédentes, se fondant sur la prise de position du 26 mai 2015 de l'OAI qui précise notamment que l'expertise du CEMed a été attribuée aléatoirement sur la plateforme SuisseMED@P conformément aux critères jurisprudentiels (TAF pce 9 et annexe).

**K.**

Dans ses observations du 10 juillet 2015, le recourant réitère ses conclusions et estime qu'il sied en l'occurrence prendre compte de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles psychosomatiques. Il prétend qu'il est évident que l'expertise du CEMed n'est pas suffisante ni probante pour servir de base à la suppression de la rente d'invalidité (TAF pce 11).

**L.**

Sur invitation du TAF (TAF pce 12), le recourant précise le 6 août 2015 qu'il ressort des différents rapports médicaux au dossier qu'il souffre d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative doit s'appliquer. Il rappelle également que d'après cette jurisprudence, il sied

d'investiguer une éventuelle anosognosie ou l'existence d'une pathologie correspondante (TAF pce 13).

## **M.**

Le 15 avril 2016, le recourant vient aux nouvelles dans son dossier (TAF pce 14).

## **Droit :**

### **1.**

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

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

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

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

### **2.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en

principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### 3.

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'occurrence, la rente ayant été supprimée avec la décision du 17 novembre 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont déterminantes, dont notamment les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant a été assuré en Suisse de nombreuses années et vit en France. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa), ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1<sup>er</sup> al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALPC partie intégrante de celui-ci).

Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la

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

Cela étant, tout comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

#### **4.**

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 17 novembre 2014 par laquelle l'OAIE a supprimé le droit à une rente d'invalidité du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 au motif que celui-ci aurait recouvré depuis le 30 juillet 2013 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **5.**

Dans un premier grief, le recourant soutient qu'il ne sied pas de tenir compte des prises de position de l'OAI auxquelles l'OAIE renvoie dans la présente procédure sans rien y ajouter.

**5.1** Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Par contre, c'est l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) qui notifie les décisions.

**5.2** Dans le cas concret, c'est donc à juste titre que l'OAI a mené l'instruction de la révision de la rente d'invalidité du recourant et que l'OAIE a ensuite rendu la décision litigieuse. Selon la pratique, l'OAIE s'appuie

alors dans les procédures judiciaires sur les prises de position de l'Office cantonal qui a instruit le dossier. Le Tribunal de céans qui par ailleurs, en vertu de la maxime inquisitoire instruit le dossier d'office et applique le droit d'office (cf. consid. 2 ci-dessus), ne voit pas de raisons de revenir sur cette pratique. Du reste, le recourant n'a pas développé son argumentation. Dès lors, son grief étant infondé, le Tribunal tient compte des prises de position de l'office cantonal.

## **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LAI et LPGA 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 (cf. art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**6.2** L'art. 7 al. 1 LPGA ainsi que l'art. 28 al. 1 let. a LAI codifient le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente selon lequel la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation médicale ou professionnelle qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels. Le droit à la rente revêt ainsi un caractère subsidiaire dans la mesure où elle n'est en principe allouée que lorsque la réadaptation n'est pas possible, lorsqu'elle s'est avérée insuffisante ou lorsqu'elle a échoué (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 2016, p. 532).

**6.3** Le terme de l'incapacité de gain implique qu'en droit suisse, la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). Ainsi, l'assurance-invalidité suisse couvre

seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé de la personne assurée ; l'assurance ne couvre pas la maladie en tant que telle.

**6.4** Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité; cf. art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité. Il s'agit de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

**6.5** L'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut pas parler d'une activité exigible au sens des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI cités lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4).

**6.6** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

## **7.**

**7.1** Depuis 2004, la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux – ou un autre syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique – pouvait être surmonté par la personne assurée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Ainsi, de règle générale, il était

considéré que ces pathologies n'entraînaient pas une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis – appelés critères de Forster – qu'il était admis qu'elle était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_689/2014 du 19 janvier 2015 consid. 2.1 avec références aux ATF 136 V 279 consid. 3, 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 396).

**7.2** Le 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique (ATF 141 V 281).

Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 des ATF 141 V 281). Le Tribunal fédéral a entre autres considéré que cette présomption soutient à tort la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2 de l'arrêt). Le Tribunal a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). L'ancienne pratique d'évaluation de la capacité de travail de la personne concernée selon les critères de Forster est dorénavant remplacée par une procédure d'établissement de faits structurée et normative à l'aide d'un catalogue d'indicateurs, tenant compte d'une vision d'ensemble afin de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il a aussi considéré que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1). La Haute Cour a, en outre, exposé qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostique, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2).

**7.3** La Haute Cour a souligné que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir

incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influence pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal a confirmé qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (ATF 141 V 281 consid. 3.7.2).

Dans une affaire 9C\_899/2014 du 29 juin 2015, le Tribunal fédéral a spécifié que d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt). Afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 574 consid. 4.2). Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 cité consid. 6 et 9C\_899/2014 cité consid. 3.2).

**7.4** Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, la Haute Cour a remarqué que les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8).

## **8.**

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

**8.1.1** 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

**8.1.2** Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

**8.1.3** 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 al. 1 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. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

**8.1.4** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_800/2014 et 9C\_811/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5).

**8.2** En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA mentionné ci-dessus, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision de l'AI (premier volet;

cf. consid. 3.3) a introduit une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et être réduites ou supprimées si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1) – même si l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée ne se sont pas modifiés depuis l'octroi de la rente. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, cette disposition est conforme à la Constitution fédérale et à la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH, RS 0.101; ATF 139 V 547).

**8.3** En vertu de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## **9.**

**9.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Pour établir les faits pertinents, l'administration ne peut donc pas se contenter d'attendre que l'assuré lui demande d'instruire ou lui fournisse de lui-même les preuves adéquates bien que celui-ci doive collaborer à l'établissement des faits (cf. art. 43 al. 3 LPGA et art. 13 PA). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23, 114 la 114, 127).

L'art. 69 al. 2 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité 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. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

**9.2** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

## 10.

En l'espèce, le litige porte sur la suppression de la rente sur la base de l'art. 17 LPGA, l'Office intimé faisant valoir que l'état de santé de l'assuré s'étant amélioré. Ainsi, il sied d'examiner si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 18 décembre 2003, au moment des décisions sur opposition initiales, et ceux qui ont existé le 17 novembre 2014, au moment de la décision querellée (cf. consid. 8.1.3 ci-dessus) qui du reste marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du TAF (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les références).

A juste titre, le recourant remarque que l'OAIE ne se fonde pas sur les dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision AI, premier volet, citées.

## 11.

**11.1** En 2003, lorsque les décisions initiales de rentes ont été rendues, l'OAIE se basait d'un point de vue somatique sur le rapport d'expertise du 22 mai 2002 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecine interne et maladies rhumatismales. Ce médecin avait relevé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux chronique panrachidien avec pseudosciatalgies bilatérales et brachialgies droites sur troubles statiques (hypercyphose dorsale, hyperlordose cervicale et lombaire, scoliose dorsolombaire en S), spondylolyse L5 bilatérale avec antélisthésis de L5/S1 de stade I selon Mayerding, disopathie L5-S1 et discopathie débutante C4/C5 et a précisé que ces douleurs évoluent de longue date et qu'elles ont été exacerbées une première fois au début des années 90 et surtout au cours du traumatisme axial de 1999. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a aussi observé un état dépressif, évoluant depuis le début de l'année 2001 ainsi qu'un eczéma de la région ombilicale, cette dernière atteinte étant sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a expliqué que l'assuré présentait au plan physique des limitations importantes dans l'exercice d'une activité physique lourde comme celle de maçon ou de bûcheron et que sa capacité résiduelle de travail dans une telle activité était nulle. Il a exprimé qu'il était souhaitable que l'assuré

puisse bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle, de point de vue théorique et à moyen terme, le taux d'activité de l'assuré devait être dans une activité physique légère, n'impliquant pas de port de charges ni le maintien de stations debout ou assises prolongées ou encore des mouvements répétitifs du tronc en antéflexion, supérieur à 70%, mais que d'un point de vue pratique, la situation était plus complexe en raison de la présence de l'état dépressif. Cependant, selon ce médecin il était aussi probable que l'assuré gardait une diminution de son rendement de l'ordre de 30%, ceci avant tout en raison du syndrome de déconditionnement musculaire secondaire à l'inactivité mais aussi à cause de son état dépressif (AI pce 71).

D'un point de vue psychiatrique, l'OAIE s'est basé sur le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du centre médico-psychologique, daté du 21 octobre 2002. Ce psychiatre a observé un syndrome de stress post-traumatique, un trouble dépressif majeur d'épisode isolé et sévère et un trouble panique avec agoraphobie. Il a estimé que l'assuré présentait probablement une incapacité de travail importante déjà depuis l'été 1999 mais que ce qui était certain, c'est que depuis l'automne 2001 l'état psychique de base de l'assuré était devenu incapacitant. Il a attesté que d'un point de vue psychiatrique, en raison de l'état anxio-dépressif sévère, mais surtout à cause d'une irritabilité importante et d'un trouble de concentration, ce patient présentait actuellement une incapacité de travail de 100% et ceci indépendamment de la profession et que le pronostic restait réservé aussi dans le cas où l'assuré suivait une thérapie adéquate (AI pce 84).

Le médecin de l'OAI a repris les conclusions de ces expertises médicales. Il a souligné que l'expertise psychiatrique mettait en évidence un syndrome de stress post-traumatique et un trouble dépressif majeur d'épisode isolé et sévère et que cet état engendrait des troubles de la concentration et une irritabilité, rendant l'assuré inapte à une activité lucrative. Selon lui, pour le moment, le droit à la rente était acquis (cf. remarques des 27 juin et 11 novembre 2002 ainsi que du 2 juin 2003 [AI pces 77, 90 et 115]).

**11.2** Au vu de ce qui précède, il sied de retenir qu'en 2003, la rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100% a été accordée en raison de troubles psychiatriques du recourant, à savoir en raison d'un syndrome de stress post-traumatique et d'un trouble dépressif majeur d'épisode isolé et sévère.

## **12.**

**12.1** Pour la décision contestée du 17 novembre 2014, l'OAIE s'est basé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 juillet 2013 du CEMed, signé des Drs G.\_\_\_\_\_, médecine internet FMH, H.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH et I.\_\_\_\_\_, psychiatrie-psychothérapie FMH (AI pce 170). Ces experts ont posé chez l'assuré comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des troubles dégénératifs du rachis avec discopathies cervicales et lombaires, spondylolisthésis de degré I de L5-S1 ainsi que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sous forme de deuil [suite au décès de l'épouse du recourant en novembre 2012], des troubles statiques modérés du rachis, une probable dysthymie en dehors de l'atteinte du deuil, une agoraphobie avec probable trouble panique, une surcharge pondérale et une hypertension artérielle. Sur le volet somatique, les experts précisent que la situation est comparable à celle décrite par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son expertise de 2002. En raison de l'atteinte au rachis, les activités physiques lourdes sont contre-indiquées. Par contre, dans une activité physiquement adaptée pour le rachis, la capacité de travail est préservée. Sur le plan psychiatrique, le Dr I.\_\_\_\_\_ explique que selon lui les critères pour un syndrome de stress post-traumatique n'ont jamais été réunis, l'accident de 1999 n'ayant pas été dramatique et n'ayant pas constitué une menace vitale. De plus, le médecin note que le recourant est actuellement visiblement en état de deuil assez aigu, avec manque d'intérêt et de plaisir mais que sous médication antidépressive suivie, l'état actuel serait probablement meilleur. Compte tenu des descriptions actuelles d'après lesquelles le recourant avait connu des périodes où il allait bien et était content de sa vie, l'expert fait l'hypothèse, renforcée par la non observance médicamenteuse objectivée, qu'en dehors de l'état de deuil actuel, l'assuré souffre de fluctuations d'humeur, mais très probablement sans atteindre un état dépressif d'intensité moyenne ou grave raison pour laquelle il opte pour un diagnostic de dysthymie qui ne justifie pas une incapacité de travail. S'agissant de l'aspect anxieux phobique, le Dr I.\_\_\_\_\_ estime que celui-ci est identique à ce qui a été retenu dans l'expertise de 2002 mais que cette atteinte ne conduit pas en soi à une incapacité de travail ni à une diminution de rendement. Il souligne qu'il convient tout au plus d'éviter des situations auxquelles l'assuré est sensible, à savoir aux espaces fermés (trains, bus, avions, tunnels et foules).

Les experts concluent que l'atteinte au rachis contre-indique depuis l'accident de février 1999 les activités physiquement lourdes, sollicitant le dos. Par contre, l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, n'impliquant pas d'activités physiques lourdes, le port de

charges de plus de 10 kg, des mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ou des stations prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux et sollicitant le dos. Au plan psychique et mental, si l'assuré prenait des antidépresseurs, les experts estiment qu'il pourrait reprendre son activité professionnelle au plus tard 6 mois après le décès de sa femme. Les tendances à se retirer ne sont selon les experts ni d'ordre médical, ni handicapantes. Ils explicitent également, vu les informations à disposition et leur analyse effectuée, qu'ils ne pensent pas que l'assuré ait été atteint, par le passé, d'un état dépressif qui a duré plus de 6 mois (AI pce 170).

Le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR confirme dans son rapport du 19 août 2013 les conclusions de l'expertise qu'il juge probante et fixe la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée au 30 juillet 2013 (AI pce 173).

**12.2** L'OAI a ensuite organisé des mesures de réinsertion professionnelle auprès de Caritas. Alors que dans un premier temps, les mesures ont été accordées du 6 janvier au 31 mars 2014, elles ont été prolongées au 30 juin 2014 (communications des 28 novembre 2013 et 7 avril 2014 [AI pces 180 et 186]). Il résulte du contrat d'objectifs du 20 novembre 2003 (AI pce 179) que cette mesure de réinsertion était censée être une étape préparatoire aux mesures d'ordre professionnel, qu'elle visait à constituer progressivement la capacité de réadaptation, en s'appuyant sur différents versants (compétences sociales, individuelles, comportement au travail, capacité de travail et d'apprentissage) et que l'objectif final était d'atteindre une capacité de travail stable de 50% alors que l'assuré devait commencer avec un taux d'occupation de 30% (cf. aussi courrier de Caritas du 10 janvier 2014 [AI pce 182]).

Lors des entretiens initiaux, la gestionnaire de l'OAI a noté que l'assuré a donné l'impression d'être demandeur de telles mesures malgré la crainte évidente d'un échec et qu'il admettait que le fait de débiter une mesure pourrait l'aider à accélérer le deuil de son épouse (rapports des 27 septembre, 11 et 20 novembre 2013 [AI pces 176 à 178]). Des différents rapports intermédiaires des 4 et 25 mars 2014, 12 mai et 14 juillet 2014 (AI pces 184, 185, 187 et 190) ainsi que des remarques et commentaires signés par Caritas et l'assuré (AI pce 189) il ressort notamment que celui-ci rencontrait dès le début d'importantes difficultés à assumer une présence régulière de 30% (AI pces 184, 190), que ses limitations physiques étaient bien réelles, mais extrêmement difficiles à évaluer objectivement en raison de ses plaintes excessives ou, du moins, souvent

contradictoires (AI pce 190), qu'il atteignait très rapidement ses limites physiques mais qu'il persévérerait, les transgressait et finissait par craquer et en subissait les conséquences par des absences prolongées (cf. AI pces 185, 189, 190), qu'il ne prenait pas de médicaments et ne souhaitait pas consulter un psychologue ou psychiatre (AI pces 176, 185, 187, 189), qu'il ne voulait travailler que le bois et rien d'autre (AI pces 177, 185, 189) mais qu'il était toujours partant pour les travaux qui lui était confiés et qu'il était polyvalent (AI pces 184 et 185), que malgré ses douleurs au quotidien, il pouvait prendre des responsabilités au travers des activités et les mener à bien, que selon l'intensité de la douleur, sa concentration diminuait rapidement mais que son travail restait de bonne qualité (AI pce 189), qu'il était aisément observable que son moral n'était pas stabilisé (AI pce 184), qu'il était claire qu'il n'avait pas encore fait le deuil de son épouse (AI pces 185 et 190), qu'il présente un caractère bien trempé et un fort tempérament qui paraissait en contradiction totale avec sa fragilité émotionnelle actuelle, que derrière cette épaisse carapace de colère et de rancœur, les évaluateurs se sont trouvés à plusieurs reprises face à un homme ne pouvant pas retenir ses larmes (AI pce 190), qu'il ne rencontrait à priori pas de souci d'intégration au sein du groupe et communiquait plutôt facilement avec les autres (AI pces 184, 185), qu'il était agréable au travail (AI pce 189) mais qu'il ne s'identifiait pas du tout avec la population qui fréquente Caritas (AI pces 184, 187) et qu'il pouvait devenir très vite irritable envers l'entourage (AI pce 187) et qu'il lui était très difficile de faire la part entre le privé et le professionnel (AI pces 185, 189). De plus, selon l'évaluation effectuée par Caritas, l'assuré se situait en termes de critères à l'emploi entre 5 et 6 points sur une échelle qui en compte 10 pour un résultat maximum (AI pce 187).

**12.3** D'un point de vue médical, l'Office intimé avait en 2014 également à disposition les certificats médicaux des 5 mai, 2 juin et 24 septembre 2014 de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin de famille (AI pces 188, 191 et 204). Dans le premier rapport elle certifie que l'état de santé de son patient contre-indique le passage à un travail à 40% en raison de la recrudescence de douleurs invalidantes liées à la station debout prolongée (AI pce 188). Dans le deuxième elle atteste un arrêt de travail jusqu'au 13 juin 2014 inclus (AI pce 191). Le 24 septembre 2014, la Dresse F.\_\_\_\_\_ indique que l'assuré présente une hypertension artérielle depuis 2013 traitée et équilibrée, un tabagisme à 10 cigarettes par jour environ, un syndrome anxio-dépressif chronique aggravé par le décès de son épouse, une artériopathie débutante au niveau des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques, des lésions post-traumatiques rachidiennes suite à l'accident en 1999, des douleurs invalidantes cervicales dorsales et

lombaires en rapport d'importantes remaniements dégénératifs rachidiens, de lombosciatalgies bilatérales L4 et L5 irradiant vers le genou, surtout latéralisées à droite ainsi que des migraines avec aura fréquentes et exacerbées par le stress et la fatigue. Elle souligne également qu'une reconversion s'est avérée pour son patient très difficile physiquement et moralement (répercussions psychiques de la dégradation de l'état physique que le patient a du mal à accepter) et demande, en accord avec l'assuré, une nouvelle expertise par un médecin expert neutre (AI pce 204).

Le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR, invité à prendre position sur le dernier rapport médical, note le 23 octobre 2014 que les éléments mentionnés par ce médecin ont été pris en compte dans l'expertise faite au CEMed et n'apporte pas d'éléments nouveaux objectifs pouvant modifier les conclusions de l'expertise et du rapport d'examen SMR du 19 août 2013 (AI pce 206).

### **13.**

**13.1** Le Tribunal de céans, qui apprécie les preuves d'office et librement (cf. consid. 2 ci-dessus), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a).

**13.2** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.3 ci-dessus) les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

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

médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

**13.2.2** Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Un nouveau diagnostic, se basant principalement sur une dénomination différente d'un état de fait resté pour l'essentiel inchangé, ne serait fonder un motif de révision. Plus le pouvoir d'appréciation médical est grand quant au diagnostic et aux limitations fonctionnelles, plus il est important de motiver une modification du problème de santé constatée par des attestations cliniques solides, des observations de comportement et des données anamnestiques et de mettre ces éléments en relation avec les données du dossier médical à la base de la décision initiale. La discussion de la genèse du problème de santé et des facteurs alimentant la maladie peut revêtir une importance particulière lorsqu'il s'agit de prouver la modification d'un état de santé psychiatrique dont le diagnostic est souvent soumis à un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4).

**13.3** Les observations médicales, fournissant une appréciation médico-théorique, permettent généralement une appréciation objective du cas. Ainsi, elles peuvent emporter par exemple sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_468/2010 du 23 novembre 2010 consid. 3.2.2 et I 522/00 du 22 mai 2001 consid. 2; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 2037 p. 539).

Néanmoins, la jurisprudence a admis que dans certains cas, afin d'obtenir une appréciation valable de la capacité de travail de la personne assurée et de son exigibilité, il était souhaitable, voir nécessaire de compléter les constatations et diagnostics médicaux par une évaluation de la capacité fonctionnelle de l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_606/2012 du 3 décembre 2012 consid. 3.4, 8C\_547/2008 du 16 janvier 2009 consid. 4.2.1 et 4.2.2.1) ou par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (COPAI ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1, I 35/03

du 24 octobre 2003 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2036, p. 539). Dans les cas où les appréciations d'ordre professionnel et les appréciations médicales divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au Tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. consid. 13.1 ci-dessus) – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 cité consid. 4.1 ss, 8C-547/2008 cité consid. 4.2.2.2, 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008 consid. 3.3.2, I 35/03 cité consid. 4.3; arrêt du TAF C-5214/2013 du 24 septembre 2015 consid. 15.5 et 16.2).

#### **14.**

**14.1** A titre initial, le Tribunal remarque en l'occurrence que l'OAI avait précisé dans sa prise de position du 26 mai 2016 que l'expertise au CEMED avait été attribuée aléatoirement sur la plateforme SuisseMED@P. Ainsi, contrairement à ce que le recourant a soutenu dans un premier temps, l'expertise peut être considérée comme impartiale (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.1).

**14.2** Sur le fond, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 30 juillet 2013 décrit une amélioration de l'état de santé du recourant, ne posant plus le diagnostic d'un syndrome de stress post-traumatique consécutif à l'accident de 1999, dont les critères n'auraient d'ailleurs, selon les experts, jamais été réunis (cf. p. 15 du rapport), et ne faisant plus état d'un trouble dépressif majeur d'épisode isolé et sévère (cf. p. 17 du rapport d'expertise [AI pce 170]) ; ces troubles ont été à la base des décisions de rente initiales. Sur le plan rhumatologique, le rapport expose une situation comparable à celle observée par le Dr D.\_\_\_\_\_ en 2002.

**14.3** Toutefois, le TAF remarque d'une part que sur le volet somatique, les experts n'ont pas examiné l'artériopathie débutante au niveau des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques que la Dresse F.\_\_\_\_\_ a signalée dans son rapport du 24 septembre 2014 (AI pce 204). C'est donc à tort que le médecin du SMR a conclu que le rapport du médecin de famille n'apporte pas d'éléments nouveaux (AI pce 206). L'expertise ne se détermine pas non plus sur l'accident vasculaire cérébrale dont le recourant prétend avoir été victime (cf. AI pces 170 p. 15 et 176 p. 2; TAF pce 1) ; cependant, il convient de soulever que la Dresse F.\_\_\_\_\_ n'en a pas fait état (AI pce 204).

D'autre part, le TAF observe que d'un point de vue psychiatrique les diagnostics posés par l'expert se basent sur des hypothèses et probabilités. Il fait *l'hypothèse* qu'en dehors de l'état de deuil actuel, l'assuré souffre d'une dysthymie et il pose le diagnostic de *probable* dysthymie qui selon la jurisprudence ne fonde pas d'incapacité de travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_679/2009 du 23 décembre 2009 consid. 4.2, 8C\_481/2008 du 4 novembre 2008 consid. 3 et références). Il en déduit en outre que l'état de deuil actuel qui est selon lui assez aigu, avec manque d'intérêt et de plaisir, et qui serait *probablement* meilleur sous médication antidépressive suivie, ne peut fonder qu'une incapacité de travail transitoire et dégressive dont la durée ne dépasse pas 6 à 9 mois. L'expert psychiatre observe également une agoraphobie avec *probable* trouble panique. Or, les hypothèses et probabilités ne constituent pas un degré de preuve suffisant dans le domaine des assurances sociales (cf. considérant 9.2 ci-dessus).

Par conséquent, le Tribunal constate que l'examen de l'état de santé du recourant n'est ni complet ni probant.

**14.4** Faute d'un examen médical complet et probant, le Tribunal ne saurait suivre les conclusions de l'expertise et, partant, celles du médecin du SMR qui les confirme. Ces conclusions sont de surcroît en contradiction manifeste avec l'échec des mesures de réinsertion professionnelle qui ont duré six mois. Il est vrai qu'il résulte des différents rapports y relatifs qu'il était extrêmement difficile d'évaluer objectivement les limitations physiques de l'assuré et ils font état de facteurs subjectifs dont l'assurance-invalidité ne répond en principe pas ; ainsi, notamment : le recourant n'avait pas pris de médicaments et ne voulait pas consulter un psychologue ou psychiatre ; il ne voulait travailler que le bois et rien d'autre ; il ne s'identifiait pas du tout avec la population qui fréquente Caritas et il lui était très difficile de faire la part entre le privé et le professionnel. Cependant, il ressort également clairement des rapports que l'assuré ne parvenait pas à augmenter son taux de présence au-delà de 30% (cf. aussi le rapport médical de la Dresse F. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2014 [AI pce 188]), alors que les rapports ne font pas état d'un manque d'effort ou de volonté de la part de l'assuré, que selon Caritas celui-ci ne se situait en termes de critères à l'emploi qu'entre 5 et 6 points sur une échelle de 10, qu'il se trouvait encore dans un état de deuil et qu'il présentait une fragilité émotionnelle aisément observable. Au vu de ces éléments et compte tenu de la jurisprudence citée (consid. 13.3 ci-dessus), il aurait alors appartenu à l'Office AI de se prononcer sur les divergences importantes entre les conclusions médicales et les observations professionnelles en soumettant ces

dernières pour prise de position aux experts médicaux ou au moins au SMR.

**14.5** Au vu de ce qui précède, il appert que la suppression de la rente d'invalidité du recourant est intervenue sur la base d'une instruction du dossier incomplète ce qui constitue une violation du droit fédéral (cf. art. 49 let. b PA). Il sied donc d'admettre le recours, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète l'instruction du dossier et rende une nouvelle décision.

**14.6** Le renvoi est indiqué en l'espèce compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1, 3.2 et 3.3). En effet, la Haute Cour a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction 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 lorsqu'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). En outre, il sied de considérer que selon la jurisprudence, il n'est pas souhaitable de transférer l'activité d'expertise de l'administration au niveau judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.2). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire, l'instruction de l'affaire étant incomplète en particulier sur le plan médical.

Concrètement, compte tenu de la complexité de l'affaire, il appartiendra à l'Office intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, comportant, tout en actualisant la situation médicale de l'assuré d'un point de vue général, notamment un volet rhumatologique, psychiatrique, angiologique et cas échéant, neurologique. L'administration respectera les règles de procédure introduite par le Tribunal fédéral afin de garantir un examen neutre et impartial, réclamé par le recourant, et afin de renforcer son droit de participation (cf. ATF 137 V 210, cf. également le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité, CPAI). Les experts médicaux devront également se déterminer sur l'échec de la réintégration professionnelle et des observations y relatives. Dans le cas où ils constatent que l'assuré souffre d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique,

l'examen médical respectera les conditions jurisprudentielles telles qu'invoquées par le recourant (cf. consid. 7.2 ss ci-dessus) ; notamment il siéra d'investiguer une éventuelle anosognosie ou l'existence d'une pathologie correspondante. Cas échéant, l'Office examinera également si l'affaire du recourant tombe sous la let. a des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision AI, premier volet, au moins partiellement (cf. ATF 140 V 197 consid. 6.2.3).

**14.7** Eu égard à ce qui précède, le Tribunal remarque qu'une expertise judiciaire telle qu'annoncée dans un premier temps par l'ordonnance du 15 juillet 2015 ne s'impose pas.

## **15.**

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

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

Selon la jurisprudence, un recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, dans le cas concret, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part du recourant, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force.

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

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

**15.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, il apparaît dès lors équitable d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- (frais compris; cf. art. 9 al. 1

let. c FITAF), à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TAF C\_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis et la décision du 17 novembre 2014 annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**3.**

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

**4.**

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

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :