



Cour III
C-841/2013

Arrêt du 27 mai 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Damien Chervaz,
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 17 janvier 2013).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant espagnol né le (...) 1970, a une formation de mécanicien-automobile et a travaillé en Suisse jusqu'en 1994.

B.

Par prononcé du 17 janvier 2002 (AI pce 4), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2001 en raison d'affections d'ordre psychiatrique. En 2005, l'assuré est allé s'installer en Espagne. L'OAI-GE a donc transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) pour compétence (AI pce 7). Lors d'une première révision de rente en 2005, l'OAIE a constaté qu'il n'y avait plus d'épisode dépressif grave, mais que l'amélioration n'était pas encore assez stable pour exclure ou réduire l'incapacité de travail (AI pce 25). Par communication du 29 août 2006, l'OAIE a confirmé la rente entière d'invalidité (AI pce 26).

C.

En 2010, l'OAIE a procédé à une nouvelle révision de la rente d'invalidité. Le 7 octobre 2011, l'assuré s'est soumis à une expertise psychiatrique auprès du Dr B._____. Selon le rapport d'expertise du 12 octobre 2011 (AI pce 55), l'assuré présentait les diagnostics suivants n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail: syndrome de dépendance aux opiacés, troubles dysthymiques. Le Dr B._____ a précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé physique ou mentale qui serait indiscutablement causée par la toxicomanie et incapacitante en soi. Selon l'expert, l'état de santé psychiatrique de l'assuré s'est amélioré depuis son retour en Espagne, sans amélioration ou péjoration significative depuis le rapport médical du 24 novembre 2005 qui objectivait cette amélioration. Le Dr B._____ a estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique. Le 21 février 2012, les médecins de l'OAIE ont constaté que l'amélioration constatée en 2005 s'était maintenue depuis le retour de l'assuré en Espagne et qu'il n'y avait plus d'atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail (AI pce 60).

D.

Par projet de décision du 5 mars 2012, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait supprimer la rente d'invalidité (AI pce 61). Le 2 avril 2012, l'assuré a prié l'OAIE de prendre contact avec le Dr C._____ (AI pce 63). Le 10 avril 2012, l'assuré a produit un certificat de sa psychiatre traitante

(AI pce 62). Par courrier du 12 avril 2012, l'OAIE a communiqué à l'assuré que c'était à lui de produire les certificats médicaux qu'il estimait nécessaires (AI ce 64). Le Dr C._____ a envoyé à l'OAIE le 25 juin 2012 un rapport médical (AI pce 67) et le 23 août 2012 un questionnaire d'évaluation (AI pce 71). Le 16 août 2012, les médecins de l'OAIE ont estimé que l'avis du Dr B._____ était nécessaire (AI pce 69). Dans son courrier du 14 septembre 2012, le Dr B._____ a relevé que le rapport de la psychiatre traitante du 19 mars 2012 ne mentionnait plus la prise de tranquillisant et d'hypnotique, ce qui pourrait être un indice d'amélioration, et que sinon le rapport de cette psychiatre n'apportait rien de nouveau et confirmait l'appréciation de l'expertise du 7 octobre 2011. Le Dr B._____ s'est étonné que le Dr C._____ mentionne subitement une dépendance à la cocaïne. Il a considéré que les questionnaires avaient fait ressortir un trouble d'anxiété généralisée à cause de la possible suppression de prestations, que les indications du Dr C._____ ne permettaient pas de poser le diagnostic de dépression majeure moyenne à sévère ni de trouble de la personnalité incapacitante. Le Dr B._____ en a conclu que les documents médicaux venus entre temps au dossier n'apportaient rien de nouveau et qu'il n'avait pas à revenir sur les conclusions de son rapport d'expertise (AI pce 74). Le 20 décembre 2012, les médecins de l'OAIE ont constaté que les éléments dépressifs sévères avaient disparu et que seul un trouble dysthymique était présent (AI pce 79). Par décision du 17 janvier 2013, l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2013 (AI pce 81).

E.

Le 18 février 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral. Il a argué qu'il présentait toujours une incapacité de travail de 100 % selon le rapport du Dr C._____ et avait donc toujours droit à une rente entière d'invalidité. De plus il a demandé un délai supplémentaire pour compléter son recours ainsi que l'octroi de l'assistance judiciaire (TAF pce 1).

F.

Par décision incidente du 25 février 2013 (TAF pce 2), le Tribunal administratif fédéral a rejeté la demande du recourant en vue d'obtenir un délai supplémentaire pour compléter son recours.

G.

Par décision incidente du 26 mars 2013 (TAF pce 6), le Tribunal administratif fédéral a admis la demande d'assistance judiciaire et nommé Me Chervaz comme avocat d'office dans la présente procédure.

H.

Dans sa réponse au recours du 26 mars 2013 (TAF pce 8), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a argué que l'état de santé psychique s'était nettement amélioré et que l'assuré présentait à nouveau une pleine capacité de travail.

I.

Dans sa réplique du 8 mai 2013 (TAF pce 10), le recourant a argué que le Dr C. _____ estimait que la capacité de travail était nulle. Il a demandé l'annulation de la décision attaquée et, en cas de doute sur son état de santé, l'ordonnance d'une expertise médicale indépendante.

J.

Dans sa duplique du 9 juillet 2013 (TAF pce 12), l'OAIE a réitéré ses conclusions, renvoyant à l'avis du 5 juillet 2013 de son service médical qui soulignait que les tests spécifiques envoyés par le Dr C. _____ étaient destinés à mesurer les effets thérapeutiques et non à poser un diagnostic.

K.

Le 12 septembre 2013 (TAF pce 14), le recourant a encore présenté des observations.

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).

2.

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).

3.

3.1 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).

3.2 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).

4.

4.1 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).

4.2 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).

4.3 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).

4.4 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 minimes, 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).

5.

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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 mo-

tifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison 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 Invalidenrentenrevisonen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

5.4 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).

6.

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2001 par prononcé du 17 janvier 2002 de l'OAI-GE (AI pce 4). Lors de la première procédure de révision de rente en 2005, l'OAIE a confirmé, par prononcé du 29 août 2006 (AI pce 26), la rente entière d'invalidité car son médecin a estimé que l'amélioration de l'état de santé n'était pas encore assez stable pour exclure ou réduire l'incapacité de travail (AI pce 25). 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 29 août 2006 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 17 janvier 2013.

7.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière à partir du 1^{er} mars 2013 sur une stabilisation de l'amélioration de l'état de santé depuis 2006, le recourant argue que son état de santé est resté le même et qu'il n'est pas en état d'exercer une activité lucrative. Il demande éventuellement l'ordonnance d'une expertise médicale complémentaire.

7.1 Selon le rapport d'expertise du Dr B. _____ du 12 octobre 2011 (AI pce 55), le recourant présente les diagnostics suivants n'ayant pas de ré-

percussion sur la capacité de travail: syndrome de dépendance aux opiacés, troubles dysthymiques. Le Dr B._____ a précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé physique ou mentale qui serait indiscutablement causée par la toxicomanie et incapacitante en soi. Selon l'expert, l'état de santé psychiatrique de l'assuré s'est amélioré depuis son retour en Espagne, sans amélioration ou péjoration significative depuis le rapport médical du 24 novembre 2005 qui objectivait cette amélioration. Le Dr B._____ a estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique.

7.2 Comme l'ont relevé les médecins de l'OAIE le 21 février 2012 (AI pce 60), le Tribunal de céans constate que l'amélioration amorcée en 2005 s'est maintenue depuis le retour en Espagne, qu'elle peut maintenant être considérée comme stable et qu'il n'y a donc plus d'atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Le Tribunal fait sienne l'estimation du Dr B._____ et considère, sans devoir recourir à une expertise médicale complémentaire, par appréciation anticipée de son résultat au vu des pièces du dossier (ATF 135 V 2 consid. 1.3), que le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail au plus tard depuis la date de l'expertise du Dr B._____.

8.

8.1 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, nationa-

lité/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).

8.2 L'OAIE n'a pas effectué de comparaison de salaires. Etant donné que l'assuré dispose d'une formation de mécanicien-automobile et présente à nouveau une pleine capacité de travail dans cette activité ou toute autre activité, une comparaison de salaire ne s'impose pas. A l'instar de l'OAIE, on peut retenir que l'assuré ne subit plus de perte de gain et ne présente donc plus aucune invalidité.

9. 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 professionnel. 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. En l'occurrence aucune de ces deux conditions ne sont remplies, le recourant n'ayant pas atteint l'âge de 55 ans et n'ayant pas bénéficié de la rente pendant plus de quinze ans.

10.

C'est donc à raison que l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité. Cette suppression peut prendre effet au 1^{er} mars 2013 étant donné que l'amélioration est intervenue en 2005 déjà et est à considérer comme stable depuis l'expertise du Dr B. _____ en octobre 2011, donc 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 dans une procédure à juge unique (art. 23 al. 1 let. a LTAF) et la décision confirmée.

11.

11.1 Le recourant bénéficie de l'assistance judiciaire. Les frais de représentation nécessaires sont donc supportés provisoirement par la caisse du Tribunal, mais le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser la caisse du Tribunal s'il se trouve ultérieurement en mesure de le faire. Le Tribunal constate que l'avocat a produit trois mé-

moires: un recours comportant un peu plus de deux pages, une réplique de sept pages et des observations d'un peu plus d'une page. Vu le travail nécessaire pour la défense du recourant et la difficulté du cas, qui n'était pas particulièrement élevée, le Tribunal considère que 12 heures de travail à 250 francs ont été nécessaires et alloue au représentant une indemnité globale d'honoraires d'office de CHF 3'000.- sans TVA car le recourant est domicilié à l'étranger (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6248/2011 du 25 juillet 2012 consid. 12.2.5).

11.2 Le recourant bénéficiant de l'assistance judiciaire, il n'est pas perçu de frais de procédure.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Une indemnité de CHF 3'000.- est allouée à Me Chervaz à titre d'honoraires d'office supportés provisoirement par la caisse du Tribunal.

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 (Recommandé)

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

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

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 :