

BVGer C-3878/2014 vom 18. April 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3878_2014

FR: TAF C-3878/2014 du 18 avril 2016

IT: TAF C-3878/2014 del 18 aprile 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

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. dbis PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.2

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).

E. 1.3

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.

E. 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, 3e 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*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 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 16 juin 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont déterminantes.

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais, a été assuré en Suisse de nombreuses années et vit actuellement dans son pays d'origine. 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 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). En ce qui concerne la relation avec la Suisse, l'ALCP a été modifié avec effet au 1er avril 2012, raison pour laquelle sont en l'occurrence également relevantes le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

Sont également déterminantes dans le cas concret, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Par ailleurs, le présent litige concerne ces nouvelles dispositions légales.

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 4.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu

d'invalidité; art. 16 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité.

E. 4.3

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. 4 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI; ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

E. 6.1

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGGA mentionné ci-dessus, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème 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 pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1er janvier 2012 et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGGA 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).

E. 6.2

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

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

E. 6.3

L'application des dispositions finales n'est pas limitée à quelques diagnostics spécifiques, tels le trouble somatoforme douloureux, la fibromyalgie ou le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique etc. (pour d'autres exemples voir le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, CDF, chiffre 1002 4/14, et la jurisprudence citée). Compte tenu de l'objectif poursuivi par la modification légale, la nature de la pathologie est déterminante - sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique - et non pas son diagnostic concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.2).

E. 6.4

Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). Dans les cas où la révision a été introduite avant le 1er janvier 2012 (entrée en vigueur des dispositions finales), le 1er janvier 2012 constitue le point d'attachement fictif (ATF 140 V 15 consid. 5.3.4, arrêt du Tribunal fédéral 8C_576/2014 cité consid. 4.3.2).

E. 6.5

Selon les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales, l'assuré a droit, en cas de réduction ou de suppression de sa rente à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI. Durant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Le but de ces mesures est de faciliter à la personne assurée le retour à la vie active (cf. Message du Conseil Fédéral du 24 février 2010 [FF 2009 pp. 1736 s.]). Dans l'arrêt 9C_64/2015 du 27 avril 2015 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'en présence d'un tableau clinique peu claire jugé comme non invalidant, la rente d'invalidité doit être réduite ou supprimée mais qu'en même temps, un droit à des mesures de nouvelle réadaptation prend naissance avec la poursuite accessoire du versement de la rente versée jusqu'alors.

E. 6.6

Dans l'affaire 8C_773/2013, jugée le 6 mars 2014, le Tribunal fédéral a souligné que dans le cadre d'une révision introduite en raison de la let. a des dispositions finales de la 6ème révision AI, le rôle de l'examen médical, exécuté consciencieusement par des spécialistes, est particulièrement important vu qu'il n'est pas toujours facile à déterminer si un trouble psychique présente ou ne présente pas une pathogenèse et étiologie claires. De plus, le résultat de l'examen peut conduire à la suppression éventuelle d'une rente octroyée depuis plusieurs années. Ainsi, les experts doivent dans ces cas soigneusement examiner et dûment motiver les raisons pour lesquelles ils ont retenu une atteinte dont l'origine est indéterminée. Ils doivent également toujours examiner si l'état de santé de la personne assurée s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à part les atteintes non objectivables, on peut poser un diagnostic clair à l'aide d'examens psychiatriques cliniques. L'examen médical est donc soumis à des exigences particulièrement élevées. De plus, il doit être récent et répondre aux questions déterminantes (consid. 4.3.1 et références citées dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.2 ss). Le Tribunal fédéral a également considéré que même en présence de tels éléments médicaux, l'office AI n'a pas le droit de réduire ou de supprimer inconditionnellement les rentes en cours. Au contraire, le législateur a prévu plusieurs mécanismes atténuants, conscient que le réexamen inconditionnel d'une rente en cours pouvait créer des situations très choquantes (cf. aussi consid. 4.1). A part l'exclusion du réexamen des rentiers âgés de 55 ans ou touchant une rente depuis plus de 15 ans (cf. aussi consid. 4.2), le réexamen ne peut intervenir que durant une période de trois ans. Afin d'éviter un cas de rigueur, les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales prévoient en outre que la personne assurée a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI durant lesquelles la rente continue à être versée pendant deux ans au plus. La personne assurée doit être informée des mesures envisagées lors d'un entretien personnel. Lors de l'évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle, l'office AI doit en particulier prendre en considération l'âge de la personne assurée ainsi que la durée de son incapacité de gain. De cette façon, tenant compte de chaque situation individuelle et procédant à une pesée des intérêts en jeu - telle qu'exigée expressément par le Conseil Fédéral et la doctrine - il peut être déterminé si une réduction ou une suppression de la rente respecte dans le cas concret le principe de la proportionnalité (consid. 4.3.2 et références dont notamment ATF 139 V 547 consid. 9.3, 135 V 201 consid. 7.2.2; CDF, chiffre 1004.2).

E. 6.7

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

E. 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).

E. 7.2

Le 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique dans une affaire ayant touché une personne souffrant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281). La Haute Cour a précisé que ce changement de jurisprudence s'applique à toute atteinte psychosomatique semblable (ATF 141 V 281 consid. 4.2 avec référence aux 140 V 8 consid. 2.2.1.3).

E. 7.2.1

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). Il a, en outre, exposé qu'en 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).

E. 7.2.2

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, la Haute Cour 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).

E. 7.2.3

Quant au règlement transitoire de la nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral 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).

E. 8.1

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).

E. 8.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux. Avant de conférer pleine valeur probante à une expertise médicale, le Tribunal s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2). Le 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. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits par la personne assurée - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant sur la base des dispositions finales de la 6ème révision AI citées. Dans ce contexte, le TAF note à l'instar des médecins de l'OAIE (AI pce 110 p. 2) qu'il n'est pas déterminant de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et quelle conséquence cette amélioration a sur sa capacité de travail bien que le Dr F. _____ dans le rapport d'expertise du 11 avril 2013 fasse valoir que le trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions de l'assuré s'est largement amendé depuis l'expertise du Dr B. _____ en 2002 (cf. pp. 76 à 81, 96, 98 et 101 s. du rapport d'expertise [AI pce 76]). C'est aussi en vain que le recourant soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré. Selon les dispositions finales, les rentes octroyées peuvent être réduites ou supprimées dans les cas où l'incapacité de travail de la personne assurée est surmontable, même en l'absence d'une modification de son état de santé ou de sa situation professionnelle (cf. consid. 6.1 ci-dessus) ; en effet, les nouvelles dispositions finales visent expressément ces cas où il n'y a pas eu amélioration de l'état de santé ou professionnelle de la personne concernée.

E. 10

Le TAF note dans un premier temps que l'OAIE a initié le réexamen de la rente en mars 2012 (AI pce 54) et ainsi dans le délai de trois ans prévu par la loi (cf. consid. 6.1 ci-dessus). De plus, en mars 2012 lorsque l'OAIE a introduit une nouvelle révision de la rente de l'assuré (AI pce 54), cela faisait onze ans - et ainsi moins de quinze ans - que la rente était servie, dont le droit a débuté le 1er septembre 2000 (AI pce 13). Né le 20 septembre 1964, le recourant n'avait au surplus pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1er janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6e révision de l'AI. Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 6.4 ci-dessus) de sorte que le recourant faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen.

E. 11.1

Lors des décisions initiales des 17 juillet et 4 novembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité cantonal (ci-après : OAI) a eu connaissance des résultats du CT lombaire du 8 novembre 1999, signés de la Dresse K. _____ (AI pce 26 p. 24), de l'RM lombaire du 4 janvier 2000, signé du Dr L. _____ (AI pce 26 p. 23), et du rapport du Centre X. _____ du 21 février 2000, signé du Dr M. _____ et de la physiothérapeute N. _____ qui ont posé le diagnostic de syndrome panvertébral chronique avec irradiation lombospondylogène droit sur altérations dégénératives (protrusion discale L4 à S1 et spondylarthrose débutante L3 à S1) et légère malformation ou mauvaise posture du rachis (dos plat, hyperlordose lombaire et torsion du bassin), d'une suspicion de céphalées tensionnelles et d'une majoration des symptômes et qui ont conclu que dans une activité légère ou moyennement légère, telle qu'exercée auparavant par l'assuré en tant que serrurier, la capacité de travail de 50% pouvait être augmenté dans un délai de huit mois à une activité à plein temps (AI pce 23). Dans le dossier se trouvaient également le rapport médical du 30 mars 2001 du Dr J. _____, rhumatologue, qui, notant des lombalgies chroniques et un trouble somatoforme douloureux, a attesté une incapacité de travail totale depuis le 3 décembre 1999 dans l'activité habituelle mais qui a estimé que des mesures d'ordres professionnelles étaient indiqués et a décrit une activité professionnelle adaptée permettant d'alterner les positions assises et debout et n'impliquant pas le port de charges (AI pce 26 pp. 21 s.). A également été versé au dossier le rapport médical des 11 et 17 mai 2001, signé des Drs O. _____ et P. _____ du centre psycho-social qui sur la base d'un trouble

somatoforme douloureux, d'un état anxio-dépressif, d'une spondylarthrose lombaire multi-étagère et d'une hernie discale L5-S1 ont attesté une incapacité de travail et proposent l'octroi d'une rente AI à 100% (AI pce 26 pp. 18 à 20). A la demande du médecin conseil, l'Office cantonal a mis en oeuvre une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 26 avril 2002, le Dr B._____ a retenu des troubles hypocondriaques, des troubles de l'adaptation avec prédominance de la perturbation et d'autres émotions ainsi qu'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales. Ce médecin a expressément exclu le diagnostic de troubles douloureux somatoformes chroniques, ne trouvant aucun élément conflictuel grave ou suffisamment important pour retenir cette notion. L'expert a enfin proposé de retenir une incapacité de travail initiale de 50% et de motiver l'assuré, pour les 50% restants, à des activités adaptées (AI pce 25). Le Dr Q._____ de l'OAI a confirmé le 7 mai 2002 les conclusions de cette expertise et a proposé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité (AI pce 29 p. 5).

E. 11.2

Au vu de ces documents, le TAF constate que par les décisions initiales, la demi-rente d'invalidité a été octroyée principalement en raison d'une psychopathologie attestée par le Dr B._____ (cf. ci-dessus; cf. aussi l'appréciation du Dr Q._____ du 7 mai 2002), la situation rhumatologique ayant été sans conséquence grave (cf. p. 2 du rapport d'expertise du Dr B._____). Ainsi, l'une des autres conditions pour le réexamen de la rente du recourant conformément à l'al. 1 de la let. a des dispositions finales citées, à savoir la présence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique à l'origine de la décision de rente initiale (cf. consid. 6.2 et 6.3 ci-dessus), est remplie.

E. 12

Il reste à examiner si les troubles du recourant entrent toujours dans ce tableau clinique (cf. consid. 6.2 ci-dessus) et s'il présente une capacité à surmonter la douleur telle qu'invoquée par l'OAIIE dans sa décision.

E. 12.1

L'OAIIE a fondé sa décision contestée du 16 juin 2014 essentiellement sur le rapport d'expertise du 11 avril 2013 de la Dresse E._____ et du Dr F._____ (AI pce 76). Ces experts ont retenu une uncarthrose débutante C4-C5 et C5-C6, une discopathie L4-L5, un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions en rémission totale, et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (p. 101 du rapport). Sur le plan somatique, les experts exposent que les uncarthroses débutantes C4-C5 et C5-C6 et la discopathie L4-L5 sont actuellement stabilisées et n'expliquent pas le tableau clinique algique rapporté par l'investiguée ; selon eux, la discopathie L4-L5 est toute à fait banale (notamment p. 98 du rapport). Ils notent qu'il n'existe aucune incapacité de travail, un travail adapté et allégé n'est pas une nécessité médicale (notamment pp. 102 et 103). S'agissant du volet psychiatrique, les experts retiennent une amélioration de l'état de santé, le trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions étant en rémission totale dès fin 2003 (notamment p. 101). Ils estiment par ailleurs que les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou de troubles hypocondriaques (qu'ils ne retiennent pas [p. 89 du rapport]) ne justifient en aucun cas une incapacité de travail (notamment p. 101 du rapport). Tout comme le Dr B._____ en 2002 déjà, ils ont par ailleurs exclu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou

un autre trouble de cette lignée (p. 83 à 86 du rapport). L'OAIE s'est aussi basé sur le rapport des Drs G._____ et H._____ de son service médical qui dans leurs prises de position des 2 mai 2013 respectivement du 24 juin 2013 confirment les conclusions de l'expertise médicale (AI pces 78 et 90). Enfin, les différents médecins OAIE dans les procès-verbaux des 8 mai et 8 décembre 2014 (AI pce 110 et TAF pce 9 annexe) confirment également les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire compte tenu des rapports médicaux des Drs C._____ des 13 septembre 2013 et 4 juillet 2014, du Dr I._____ des 26 octobre 2012, confirmé le 16 septembre 2013, et 7 juillet 2014 et du Dr J._____ du 2 octobre 2013, produits par l'assuré. Les médecins de l'OAIE notent qu'aucun élément nouveau ne vient de contredire les conclusions de l'expertise et exposent qu'il n'existe pas de comorbidité somatique dans la mesure où elles n'entraînent pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail. La présence d'une comorbidité psychiatrique importante est également écartée et les critères de Forster ne sont pas remplis.

E. 12.2

Le TAF remarque que l'expertise du 25 janvier 2013 a été effectuée en connaissance des documents médicaux versés au dossier (pp. 2 s. du rapport d'expertise) et du traitement suivi (p. 8, 13, 16, 18, 20, 31 du rapport). Le rapport contient une anamnèse (notamment pp. 23 à 29) et fait état des plaintes subjectives du recourant (notamment pp. 29 s.). De plus, l'expertise se fonde sur des tests et un examen clinique (pp. 34 à 37, 45 à 49, 59 et 60, 63 à 67, 70 à 74, 83 à 85; pour la synthèse : pp. 97 ss).

E. 12.3

Toutefois, c'est à tort - le recourant le soulève à juste titre - que l'expert rhumatologue ne s'est pas basé sur des imageries médicales récentes et complètes (cf. par exemple pp. 49 s.). Dans la mesure où ces documents faisaient défaut, il lui aurait appartenu de les effectuer lui-même aussi compte tenu de l'exigence particulièrement élevée à laquelle une expertise médicale entreprise dans le cadre d'une révision selon les dispositions finales doit répondre (cf. consid. 6.6 ci-dessus). Dès lors, l'expert rhumatologique a omis de procéder à un examen approfondi de l'état de santé actuel de l'assuré et ses conclusions ne peuvent pas être retenues. Le Tribunal de céans ne saura donc se prononcer sur la question de savoir si la pathologie du recourant ne s'explique désormais pas - éventuellement partiellement - par un trouble somatique.

E. 12.4

S'agissant de l'expertise psychiatrique, il sied de relever que celle-ci a été entreprise avant le changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral citée (consid. 7.2 ci-dessus) alors que le trouble de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10, F68), retenu par les experts, entre dans la catégorie des atteintes visées par celle-ci (cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_167/2012 consid. 6.1 relatif à une modification de la personnalité liée à un syndrome algique chronique [CIM-10, F62.80]). Force est ainsi de constater qu'en l'espèce, l'expertise et les autres documents médicaux au dossier ne permettent pas d'apprécier l'affaire d'une manière convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. En effet, l'expert psychiatre ne pouvait pas conclure que l'affection de l'assuré ne peut en aucun cas conduire au versement d'une rente pour une incapacité de travail qui n'existe pas, même pas à 50% (pp. 92, 101 du rapport). En outre, l'argumentation des experts - et des médecins de l'OAIE - se fondant sur l'absence d'une comorbidité psychiatrique et des critères de Forster n'est plus pertinente selon la nouvelle

jurisprudence (p. 86 du rapport; cf. aussi AI pce 110). De surcroît, il sied de considérer que l'examen médical doit répondre à des exigences particulièrement élevées, intervenant dans le cadre d'une révision entreprise en vertu des dispositions finales de la 6ème révision AI (consid. 6.6 ci-dessus). Partant, le Tribunal ne saurait retenir les conclusions de l'expert psychiatre.

E. 12.5

En conclusion, le rapport d'expertise ne bénéficie pas de la valeur probante nécessaire selon la jurisprudence. Le TAF ne peut pas non plus se baser sur les incapacités de travail de 50% attestées par les Dr C._____ et I._____, leurs rapports peu motivés, ne tenant, en outre, pas compte de la législation suisse et des réquisits jurisprudentiels.

E. 13

De surcroît, le TAF note que l'OAIE n'a pas procédé à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si la suppression de la rente d'invalidité entière répond en l'espèce au principe de la proportionnalité (consid. 6.6 ci-dessus). Par surabondance, l'OAIE a omis de se déterminer sur le droit de l'assuré à des mesures de nouvelle réadaptation, prévues par les al. 2 et 3 de la let. a des dispositions finales (cf. consid. 6.5 ci-dessus).

E. 14

Il ressort de ce qui précède que la suppression de la rente d'invalidité du recourant ne s'est pas basée sur un examen approfondi de la situation. Par conséquent le recours doit être admis et la décision du 16 juin 2014 annulée. Le renvoi de l'affaire à l'instance inférieure est indiqué dans le cas concret compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1 et 3.2) bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). 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'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 cité consid. 3.2). Concrètement, le dossier ne contenant pas d'expertise médicale répondant aux (nouvelles) exigences jurisprudentielles, l'OAIE devra mettre en oeuvre une nouvelle expertise bi-disciplinaire tout en respectant les règles de procédure introduite par le Tribunal fédéral afin de renforcer le droit de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210, cf. également le circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité, CPAI). Cas échéant, l'OAIE devra également procéder à une pesée des intérêts en jeu afin de décider si une éventuelle réduction ou suppression de la rente d'invalidité répond en l'espèce au principe de la proportionnalité et se déterminer sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 15

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

E. 15.1

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

(cf. aussi art. 63 al. 3 PA). Selon la jurisprudence, une partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ainsi, dans le cas concret, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure de la part du recourant, de sorte que l'avance de frais de 400 francs versée lui sera remboursée une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA). Partant, il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 15.2

L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 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. Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer au recourant représenté une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs 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. 1er 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.