

BVGer C-3938/2015 vom 13. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3938_2015

FR: TAF C-3938/2015 du 13 septembre 2017

IT: TAF C-3938/2015 del 13 settembre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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.

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

E. 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).

E. 1.4

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le recourant s'est dûment acquitté de l'avance de frais de la présente procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, 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 par le recourant (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 sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité du recourant ayant été prononcée par décision du 20 mai 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables dont notamment les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en force depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]). Du reste, la date de la décision querellée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant a été assuré en Suisse de nombreuses années (cf. décision du 12 octobre 1999 [AI pce 11 p. 11]) et vit de nouveau 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). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants 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) ainsi que 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. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; 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). Cela étant, 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 des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à 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.

E. 4

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 20 mai 2015 par laquelle l'OAIE a supprimé le droit du recourant à une rente d'invalidité entière avec effet au 1er juillet 2015, ayant estimé que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. Il sied d'examiner si cette suppression de la rente est justifiée alors que le recourant conclut à l'annulation de la décision du 20 mai 2015 et au renvoi de la cause pour complément d'instruction.

E. 5.1

L'invalidité au sens de la LAI et de la 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. 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). 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. 5.2

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 396 consid. 6.3; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

E. 5.3

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 exigée 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.

E. 5.4

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).

E. 5.5

Au sens de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants. Il s'agit des enfants des père et mère, des enfants adoptés ou recueillis et des enfants trouvés (cf. art. 25 al. 1 à 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) qui ont droit aux prestations jusqu'au 18e anniversaire, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans révolus

dans le cas où ils suivent une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 LAVS).

E. 6.1

En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

E. 6.1.1

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 ; cf. aussi 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. 6.1.2

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).

E. 6.1.3

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient 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.

E. 6.1.4

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 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).

E. 6.2

En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA susmentionné, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet; cf. consid. 3.1.1) 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 1er 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. 5.1 ci-dessus) - 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.

E. 6.3

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. En vertu de la jurisprudence, le Tribunal peut confirmer par substitution de motifs une réduction ou suppression de rente prononcée après révision ou réexamen au sens des dispositions finales citées (cf. consid 6.2 ci-dessus) s'il constate que la décision précédente doit être reconsidérée (ATF 125 V 368 consid. 2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_427/2014 du 1er décembre 2014 consid. 2.2.1, 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 et références; voir aussi Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3139 p. 850).

E. 6.4

A la teneur de l'art. 88bis 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.

E. 7.1

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). 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 (cf. aussi art. 59 al. 3 LAI). L'office AI demande notamment des rapports médicaux qui constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.2

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

E. 7.3

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).

E. 8.1

Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie 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.

E. 8.2.1

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). 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).

E. 8.2.2

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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres

spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le fait qu'un ou plusieurs médecins (même spécialisés) exposent une opinion différente ne suffit cependant pas à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale ; il faut encore que ces médecins font état d'éléments nouveaux et pertinents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2010 consid. 2.2; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1 et U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8.2.3

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 9

En l'espèce, il sied d'examiner si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 12 octobre 1999, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 20 mai 2015, au moment de la décision querellée (cf. consid. 6.1.5 ci-dessus).

E. 10.1

En 1999, l'OAI se fondait principalement sur le rapport du 16 décembre 1998 du Dr M. _____, chef de clinique. Ce médecin a observé que l'assuré présentait depuis le 1er février 1998 un état anxio-dépressif chronique chez une personnalité dépressive et que malgré les différents traitements entrepris depuis septembre 1997, l'évolution était mauvaise et le pronostic très négatif. Il a conclu qu'une rente AI était indiquée et qu'il ne voyaient pas par quel moyen médical l'état dépressif pouvait être amélioré (AI pce 21 pp. 1 ss). Le médecin de l'OAI a confirmé le 1er septembre 1999 qu'il existait une psychopathologie totalement invalidante avec droit à la rente entière (AI pce 22). Le juriste de l'OAI a également attesté cette appréciation, remarquant en outre que l'assuré, à peine scolarisé, gagnait en 1997 7'000 francs par mois (cf. à ce sujet le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 11 novembre 1998 [AI pce 19 pp. 1 ss]) et que dans le cas de ce père de 2 enfants, dont l'épouse était au foyer, l'éventuelle volonté d'accéder à un statut de rentier AI ne pouvait qu'être la preuve d'une grave atteinte mentale (note du 3 septembre 1999 [AI pce 25]). Dans le dossier de l'OAI se trouvait également le rapport du 20 mars 1998 du Dr N. _____ (AI pce 21 pp. 12 s.), spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a noté que selon l'IRM lombaire du 9 mars 1998 (cf. rapport du 10 mars 1998 [AI pce 21 p. 14]) l'assuré présentait des atteintes dégénératives discales modérées en L4-L5 et L5-S1 avec une petite hernie discale sous-ligamentaire postérieure au dernier étage lombaire sans signes de compression radiculaire et sans signes de sténose canalaire et qu'une tentative de reprise de travail à 50% avait échoué au vu d'une recrudescence subite des symptômes. Il a

conclu que la présence de lombalgies à faible substrat anatomique doublées de la présence de signes de non organicité (4 sur 6 selon l'échelle de Waddell) lui faisait penser que ce patient présentait une affection psychosomatique du dos. L'OAI disposait également du rapport du 2 décembre 1998 du Dr O. _____, le médecin traitant de l'assuré, qui a posé comme diagnostic des lombalgies non spécifiques somatoformes sévères et des troubles anxio-dépressifs, ayant justifié une incapacité de travail totale depuis le 11 février 1998. Ce médecin a également fait état de l'évolution du suivi de l'assuré qui le consultait depuis le 14 septembre 1995 pour diverses affections mineures avec prédominance de symptômes dépressifs qui n'ont selon lui que peu évolué. Il a estimé que le pronostic quant à une réhabilitation professionnelle de son patient était très défavorable, en particulier en raison de son passé et de sa personnalité (AI pce 21 pp. 5 ss). En outre, dans le dossier AI se trouvait le rapport de la consultation ambulatoire du 3 octobre 1994, signé du Dr P. _____ (AI pce 21 p. 11) et le rapport du 14 novembre 1994 du Dr N. _____ (AI pce 21 pp. 9 s.) qui ont déjà fait état de douleurs lombaires persistants.

E. 10.2

Le TAF constate alors qu'en 1999, la rente d'invalidité entière a été accordée en raison d'un état dépressif dont l'assuré souffrait. Cette affection se distinguait clairement des lombalgies non spécifiques somatoformes que l'assuré présentait également. Ainsi, la rente n'a pas été octroyée en raison d'une pathologie sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et c'est à juste titre que la rente de l'assuré n'a pas été supprimée en vertu des dispositions finales de la 6^{ème} révision LAI, 1^{er} volet (consid. 6.2 ci-dessus).

L'applicabilité de ces dispositions dépend de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente même si la personne assurée souffrait également d'autres affections (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2 ; dans ce sens voir aussi la prise de position médicale du 8 décembre 2013 du Dr F. _____ [AI pc 131] et le procès-verbal du 9 mai 2014 du rapport OAIE [AI pce 141 p. 1]). Le TAF remarque de plus que l'OAI se basait en 1999 sur un dossier médical complet et des considérations médicales et juridiques fondées. Il n'y a donc pas non plus lieu de reconsidérer la décision initiale (cf. consid. 6.3 ci-dessus).

E. 11.1

En 2015, l'OAIE fait valoir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré raison pour laquelle celui-ci n'a plus droit à une rente. L'OAIE base sa position sur le rapport d'expertise du 8 novembre 2013 (AI pce 129) des Drs H. _____, médecin interne FMH, I. _____, rhumatologue FMH et J. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Ces experts ont retenu comme diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré des troubles statiques et dégénératifs du rachis sous forme de discopathies lombaires étagées et arthrose inter-apophysaire postérieure (dès 1994), une dysthymie (F34.1), un carcinome urothélial Ta N0 M0 GI (en 2008) en rémission, un syndrome métabolique avec hypertension artérielle traités dès 1996, une surcharge pondérale, BMI 26.9 kg/m², une dyslipidémie traitée, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré modéré (2013) et une gastrite chronique (AI pce 129 p. 18). Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée et que, dans la dernière activité de manutentionnaire dans une usine de cigarettes, elle est entière en temps et rendement (AI pce 129 p. 19). Les experts ont précisé, qu'aucune limitation fonctionnelle ne peut être relevée sur le plan de la médecine interne. Concrètement, les experts notent que la bronchopneumopathie chronique obstructive modérée, n'engendrant pas de dyspnée

significative, ainsi que le carcinome urothélial n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. L'hypertension artérielle est contrôlée et sans signe d'insuffisance cardiaque (pp. 15 et 18 du rapport). Sur le plan rhumatologique, les experts exposent que l'assuré présente des troubles statiques et dégénératifs du rachis sous forme de discopathies lombaires étagées avec protrusions discales et arthrose inter-apophysaire postérieure et que l'on retrouve des signes de non-organicité. Ces troubles sont cependant modérés et n'ont pas vraiment évolué en 15 ans. L'assuré doit éviter des activités sollicitant son dos par le lever de charges de plus de 20 kg par exemple. Selon les experts, dans l'ancienne activité de manutention de machines à fabriquer des cigarettes sa capacité de travail est entière en temps et rendement (pp. 15 s. et 19). D'un point de vue psychiatrique, la Dresse J. _____ relève que la tristesse et l'anxiété décrite par l'assuré sont plus importantes que ce qu'elle a pu objectiver et qu'il n'y a pas d'isolement social. Elle remarque également que l'assuré, par son manque d'observance thérapeutique et par l'irrégularité du suivi psychiatrique (2 à 4 fois par an), ne montre pas tous les efforts nécessaires à l'amélioration de son état psychique. Elle a en outre considéré que le Dr M. _____ avait en 1998 décrit un tableau de tristesse, de sentiment de dévalorisation, d'isolement social et d'inactivité et qu'il a fait remonter le début de l'état dépressif à la mort de la mère de l'assuré 3-4 ans plus tôt. Au vu de la clinique objective, de l'anamnèse et des rapports médicaux à disposition, la Dresse J. _____ a conclu que les symptômes présents actuellement ne sont plus suffisants, ni en nombre ni en intensité, pour pouvoir établir le diagnostic d'un trouble dépressif selon la CIM-10 et les critères ne sont pas non plus remplis pour poser le diagnostic d'un trouble anxieux. Néanmoins, ayant observé que l'assuré conservait certains symptômes anxio-dépressifs chroniques et fluctuants dans l'intensité, la Dresse J. _____ pose le diagnostic de dysthymie avec une composante anxieuse qui ne justifie pas, selon elle, une incapacité de travail. L'experte explique également qu'elle ne retrouve pas les critères diagnostics d'un trouble somatoforme (pp. 16 s. et 19 du rapport). S'agissant du rapport de la Dresse B. _____ du 18 septembre 2012 ([date corrigée] cf. AI pce 93), attestant une dépression majeure avec de fréquents épisodes de décompensation dépressive ainsi qu'une incapacité de travail, la Dresse J. _____ remarque que ce rapport n'est pas étayé et l'intensité de la dépression n'est pas spécifiée (p. 16 du rapport). Concernant le rapport de la Dresse E. _____ du 29 septembre 2012 qui a également diagnostiqué un trouble dépressif majeur avec épisodes dépressifs récurrents, justifiant selon elle une incapacité de travail de 100% (cf. AI pce 96), le Dr L. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, précise le 16 juin 2014 qu'il ne change pas l'appréciation des experts. Il estime que le rapport de la Dresse E. _____ est lacunaire et que, de plus, l'état dépressif majeur observé selon le DSM ne signifie pas encore qu'il est sévère. Or, en l'occurrence, les experts ont noté que l'assuré ne suit qu'un traitement minimaliste et qu'il n'a jamais été hospitalisé ce qui parle sûrement contre un trouble de l'humeur sévère. S'agissant de l'aspect récurrent, le Dr L. _____ rappelle que le diagnostic de dysthymie retenu est une dépression légère qui survient souvent, soit d'une manière récurrente (AI pce 146).

E. 11.2

Les médecins de l'OAIE ont confirmé les conclusions des experts. D'abord sur le plan rhumatologique, le Dr F. _____ a noté dans sa prise de position du 8 décembre 2013 que les symptômes somatiques de lombalgies sont toujours identiques et que l'expert rhumatologue reconnaît la présence des signes de non-organicité selon Waddell déjà observés par le Dr N. _____ (AI pce 131). Dans le procès-verbal du rapport OAIE 10 octobre 2014 (AI pce 151), les différents médecins et collaborateurs spécialisés de l'OAIE

réunis ont estimé que l'amélioration de l'état de santé observée par les experts au niveau psychiatrique est établie. Ils ont d'une part relevé que les experts n'ont objectivé qu'une dysthymie avec composante anxieuse et n'ont pas retrouvé un état anxio-dépressif chronique d'une telle ampleur qu'une hospitalisation avait été envisagée (AI pce 151). D'autre part, ils ont comparé l'état décrit par le Dr M. _____ dans son rapport du 16 décembre 1998 avec celui observé par les experts en 2013 et ont constaté que le Dr M. _____ avait remarqué que l'état dépressif de l'assuré avait commencé après la mort de sa mère il y a 3-4 ans, que l'assuré était triste, se sentait dévalorisé, présentait une grande souffrance, restait isolé, ne fréquentait pas ses compatriotes et restait dans la maison inactif, qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique avait été discuté (cf. AI pce 21 pp. 3 s.) alors que l'expert psychiatre en 2013 n'a pas observé de réelle anxiété, d'irritabilité, de ralentissement ou d'agitation psychomotrice, qu'ils notaient que la présentation, l'hygiène et le contact étaient bons, que l'assuré souriait la plupart du temps et faisait preuve de sens de l'humour et qu'il n'était pas isolé socialement.

E. 11.3

Dans le cadre de la procédure d'audition, le recourant s'oppose aux conclusions des experts et des médecins de l'OAIE et a versé au dossier les nouvelles pièces suivantes : - le rapport du 6 janvier 2015 de la Dresse B. _____, médecin psychiatre, qui informe qu'elle suit l'assuré depuis octobre 2003, qu'en janvier 2004 son état s'était péjoré, qu'en août 2006 son humeur était meilleure, qu'en avril 2007 il a souffert d'une symptomatologie anxieuse avec altération du sommeil et qu'en août de cette même année il a présenté une symptomatologie dépressive, nécessitant une médication par Q. _____ 20 mg. Elle précise en outre qu'en cas de crises, les consultations sont rapprochées mais qu'aucun traitement psychothérapeutique, en plus de la psychothérapie de support et d'encouragement de socialisation, n'a été proposé au patient compte tenu de ses ressources cognitives et culturelles. S'agissant du niveau des médicaments retrouvé dans le sérum, elle relève que ces valeurs sont insignifiantes, variant d'un métabolisme à l'autre. La Dresse B. _____ conclut que son patient souffre d'une dépression majeure, évoluant par crises et que selon son opinion il est définitivement incapable à exercer une profession (AI pce 157), - le rapport du 14 janvier 2016 de la Dresse E. _____, psychiatre qui note que l'assuré présente des épisodes de décompensation dépressive de nature majeure, avec aggravation des douleurs somatiques et qu'il manifeste une grande peur, une humeur dépressive, une démotivation et un découragement généralisés, un sentiment d'insécurité avec tendance à l'isolement et des altérations du sommeil. Elle informe également des médicaments prescrits. Elle conclut que l'assuré présente un trouble dépressif majeur, avec épisodes de dépression majeure récurrents le maintenant dans une incapacité de 100% (AI pce 158).

E. 11.4

Requis de se prononcer sur ces nouveaux rapports, les différents médecins et spécialistes de l'OAIE réunis le 2 avril 2015 ont noté que ces deux rapports médicaux n'apportent pas d'éléments nouveaux significatifs (AI pce 160).

E. 12

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise et, partant sa valeur probante. Il sollicite une expertise neutre notamment auprès du Dr M. _____ qui l'a déjà examiné en 1998. Le recourant se fonde sur les rapports médicaux des Dresses B. _____ et E. _____ qui le suivent depuis de nombreuses années et soutient qu'il est arbitraire d'accorder une moindre

importance aux avis de ces deux médecins qui sont parfaitement convergents et résultent d'un long suivi et dont les rapports sont selon lui suffisamment motivés. Il critique également que l'OAIE n'explique pas en quoi les circonstances dont dépendait l'octroi de la rente ont changé notablement et prétend que ni son état de santé ni sa capacité de gain se sont modifiés.

E. 12.1

Premièrement, le TAF note que le rapport d'expertise du 8 novembre 2013 (AI pce 129) contesté se fonde sur l'entier du dossier médical constitué (AI pce 129 pp. 3 s.) et notamment sur les rapports qui étaient alors récents, soit le rapport médical de la Dresse B. _____ du 18 septembre 2012 (date corrigée), le rapport médical détaillé E 213 du 19 septembre 2012 du Dr C. _____ et le rapport du 27 septembre 2012 du Dr D. _____, (AI 129 pp. 3 s. et 16) ainsi que le dossier radiologique récent (p. 14 du rapport). S'agissant du rapport médical du 29 septembre 2012 de la Dresse E. _____, l'expertise a été complétée le 16 juin 2014 par la prise de position du Dr L. _____ (AI pce 146). Le rapport d'expertise contient en outre une anamnèse (pp. 3 s.), une description des données subjectives, comportant notamment les plaintes actuelles, les activités quotidiennes, les médicaments et traitements suivis (pp. 4 à 9), ainsi que des données personnelles, familiales et professionnelles (pp. 9 à 11). Le rapport fait également état des données objectives des examens cliniques de l'assuré d'un point de vue de la médecine interne (pp. 11 s.), rhumatologique (pp. 12 s.) et psychiatrique (pp. 13 s.) et du monitoring médicamenteux effectué le 4 septembre 2013 (pp. 14 et 22). En outre, l'expertise et son complément établi par le Dr L. _____ ont été réalisés par des médecins spécialisés. Le recourant ne prétend pas que les experts ont ignoré des éléments essentiels.

E. 12.2

Ensuite, comparant l'état de santé de l'assuré existant en 1999 avec celui présent au moment de la suppression de la rente en 2015, le TAF constate qu'il s'est modifié entre-temps. Si l'assuré souffre toujours de troubles statiques et dégénératifs du rachis sous forme de discopathies lombaires étagées et d'arthrose inter-apophysaire postérieure, il présente en 2015 au niveau somatique également un carcinome urothélial en rémission, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré modéré, un syndrome métabolique avec hypertension artérielle traitée, une dyslipidémie traitée, une gastrite chronique ainsi qu'une surcharge pondérale. Sur le volet psychiatrique il ne souffre plus que d'une dysthymie alors qu'en 1999 l'Office cantonal avait retenu une psychopathologie totalement invalidante (cf. aussi consid. 10.1 et 11.1 ci-dessus).

E. 12.3.1

En outre, le TAF remarque que les conclusions des experts sont motivées d'une manière détaillée. En effet, ceux-ci expliquent leurs diagnostics et exposent les raisons pour lesquelles ils estiment que les troubles de santé observés ne limitent pas la capacité de travail de l'assuré. En particulier, les experts ont expressément pris position sur les rapports des Dresses B. _____ et E. _____ que l'assuré avance (cf. consid. 11.1). De plus, les médecins de l'OAIE expliquent et confirment les conclusions des experts (consid. 11.2 et 11.4 ci-dessus).

E. 12.3.2

A l'inverse, le TAF note que le recourant ne fait état d'aucun élément précis qui justifierait, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ; à juste

titre l'OAIE invoque qu'il se contente de présenter son appréciation subjective. Notamment, le recourant n'explique pas pourquoi la BPCO et ses autres problèmes métaboliques limitent sa capacité de travail (TAF pce 1) alors que les experts se sont prononcés sur cette question et ont estimé que ces troubles n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail, la bronchopneumopathie chronique obstructive étant modérée et n'engendrant pas de dyspnée significative, le carcinome urothélial étant en rémission, l'hypertension artérielle étant contrôlée et sans signe d'insuffisance cardiaque et les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant comme auparavant modérés (cf. consid. 11.1 ci-dessus). Le recourant n'expose pas non plus les raisons pour lesquelles il faut retenir les conclusions des Dresses B._____ et E._____ plutôt que celles des experts qui pourtant ont avancé les raisons pour lesquelles ils estiment que les rapports de ces médecins ne sont pas pertinents.

E. 12.3.3

A l'encontre de l'assuré, le Tribunal de céans constate qu'il ressort clairement du dossier que son état de santé et sa capacité de travail se sont améliorés depuis 1999 même s'il est vrai que le TAF estime qu'il n'est pas établi avec le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.3) que l'assuré ne suit qu'un traitement minimaliste ; c'est à juste titre que la Dresse B._____ relève que les résultats d'un seul monitoring médicamenteux ne sont pas significatifs et que compte tenu des capacités cognitives et culturelles de l'assuré, seule une psychothérapie de support et d'encouragement de socialisation ne lui a été conseillée (AI pce 157 ; consid. 11.3 ci-dessus). En particulier, les experts, comparant l'état présent en 1999 avec celui observé en 2013, n'ont plus remarqué de réelle anxiété, d'irritabilité, de ralentissement ou d'agitation psychomotrice, que la présentation de l'assuré, l'hygiène et le contact étaient bons, que celui-ci souriait la plupart du temps et faisait preuve de sens de l'humour et qu'il n'était pas isolé socialement. En outre, ils ont considéré que l'assuré n'a jamais été hospitalisé et que le diagnostic de dysthymie tient compte de l'aspect récurrent de l'état dépressif léger dont l'assuré souffre (cf. consid. 11.1 ci-dessus). Le TAF remarque de surcroît que la Dresse B._____ n'a pas non plus fait état de nouvelles constatations depuis 2007 (AI pce 157). Au surplus, à l'instar des experts, le Tribunal note que les Dresses B._____ et E._____ n'ont pas spécifié l'intensité de la dépression observée et que leurs attestations de l'incapacité de travail totale ne sont pas étayées (consid. 11.1 ci-dessus). Dès lors, contrairement à ce que prétend le recourant, les rapports de ses médecins traitants ne mettent pas en doute les conclusions des experts.

E. 12.3.4

Le TAF remarque alors que les conclusions motivées des experts sont convaincantes.

E. 12.4

Dans ses observations du 2 octobre 2015, le recourant soulève que les rapports litigieux se heurtent également à la barrière de langue sans pourtant expliquer concrètement son grief. Le Tribunal ne saurait donc le suivre, notant de surcroît que cette critique n'a été avancée que très tardivement, que l'expertise a eu lieu en présence d'un traducteur et que les experts ont indiqué que l'assuré se débrouille relativement bien en français, l'intervention du traducteur restait peu fréquente (AI pce 129 p. 13).

E. 12.5

En conclusion, le rapport d'expertise du 8 novembre 2013 ainsi que le complément du 16 juin 2014 remplissent les conditions jurisprudentielles ; le recourant n'a pas réussi à mettre en doute leurs valeurs probantes. Le TAF fait donc sienne les appréciations des experts et

des médecins de l'OAIE et retient que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis 1999 de sorte que celui-ci ne présente plus une incapacité de travail dans une activité adaptée à son problème de dos. La date à partir de laquelle l'assuré présente cette pleine capacité de travail est fixée au 16 juin 2014, correspondant à la date du complément d'expertise effectuée par le Dr L. _____ qui a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité résiduelle de travail de l'assuré d'un point de vue médico-théorique (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.4). Dans cette situation, une nouvelle expertise telle que réclamée par le recourant n'est pas indiquée.

E. 13

Les différents médecins et collaborateurs spécialisés de l'OAIE ont ensuite estimé que l'assuré est en mesure d'un point de vue médical de reprendre son ancienne activité sans mesure complémentaire bien qu'en l'espèce la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail ne puisse pas être considérée comme relevant de l'auto-réadaptation. Ils ont exposé que l'assuré est en bon état général, que le carcinome dont il a souffert est en rémission, que la BPCO est modérée et sans incidence sur la capacité de travail ainsi que l'assuré est intégré socialement et se décrit comme affirmé et exigeant (AI pce 151).

E. 13.1

D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'administration, qui dans le contexte d'une révision envisage de réduire ou de supprimer la rente d'invalidité, doit examiner s'il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voir des mesures de réadaptation afin que la personne assurée puisse recouvrer sa capacité de travail attestée d'un point de vue médico-théorique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). Seul dans le cas où il apparaît d'emblée que l'assuré n'a pas besoin d'une telle mesure - parce qu'il peut entreprendre sa réintégration professionnelle de son propre chef - il peut être procédé immédiatement au calcul du taux d'invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, in SVR 2010 IV n° 9 p. 27). Dans une telle situation, il convient en effet d'admettre que la personne assurée est apte au placement au sens de l'assurance-chômage (art. 15 LACI; voir également art. 14 al. 2 LACI; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.1).

E. 13.2

En principe, il appartient à l'assuré d'entreprendre lui-même tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. art. 7 LAI; Michel Valterio, op. cit., n° 1254). Par conséquent, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet en règle générale d'inférer une amélioration de la capacité de gain (arrêts du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1, 9C_368/2010 cité consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2).

E. 13.3

La jurisprudence considère cependant qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression du droit à la rente, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), concerne une personne assurée qui est âgée de 55

ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis 15 ans au moins. Bien que la personne assurée ne puisse pas se prévaloir d'un droit acquis, il y a lieu d'admettre que dans ces situations les mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires et qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée de la personne concernée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2, 9C_920/2013 du cité consid. 4.4, 9C_614/2013 du 2 décembre 2013 consid. 6, 9C_254/2011 cité consid. 7.1.2.2 et 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220).

Autrement dit, dans ces cas, l'octroi préalable d'une mesure de réadaptation présente de règle générale une condition sine qua non pour que la personne assurée puisse valoriser économiquement sa capacité résiduelle de travail théorique retenue par les médecins (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 cité consid. 5.1.2 et 5.2.2). Des exceptions ont par exemple été admises lorsque la personne assurée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (arrêts du Tribunal 8C_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et références) ou lorsque l'assuré, certes déjà âgé de 60 ans, disposait d'une agilité particulière (il jouait du tennis et faisait du ski) et d'une prestance (soignée et concentrée) et était bien intégré dans l'environnement social (arrêt du Tribunal fédéral 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5).

E. 13.4

Selon la jurisprudence, le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55e année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

E. 13.5.1

En l'espèce, le Tribunal relève que l'assuré bénéficiait, au moment de la décision litigieuse du 20 mai 2015 et de la suppression de rente au 1er juillet 2015, d'une rente d'invalidité depuis plus de 16 ans et était alors âgée de 57 ans. Il entre donc dans la catégorie exceptionnelle des assurés pour lesquels il faut en principe reconnaître la nécessité de mettre préalablement en place des mesures d'ordre professionnel faute de quoi ils ne réussissent pas de se réintégrer sur le marché du travail (cf. consid. 13.3 ci-dessus).

E. 13.5.2

Certes, l'autorité de première instance s'est prononcée, de manière fort succincte par ailleurs, sur ce point, affirmant que l'assuré serait en mesure de reprendre son ancienne activité « sans mesure complémentaire ». Cependant, les arguments avancés, à savoir le bon état général de celui-ci, le fait que le carcinome dont il a souffert est en rémission ou que la BPCO modérée est sans incidence sur la capacité de travail ne sauraient convaincre. Bien plus, s'il est dans le cas concret établi que l'assuré a retrouvé une capacité résiduelle de travail d'un point de vue médico-théorique (cf. consid. 12.5 ci-dessus) il s'agit d'examiner s'il peut concrètement valoriser cette capacité d'un point de vue économique. En effet, la jurisprudence mentionne clairement que dans la situation de l'assuré (âgé de plus de 55 ans et/ou bénéficiant d'une rente versée depuis plus de 15 ans), il y a lieu de considérer que des mesures d'ordre professionnel préalables doivent être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2). Quant au fait que l'assuré est considéré comme intégré socialement car il va régulièrement au café voir des amis et jouer

aux cartes et qu'il se décrit comme affirmé et exigeant, le TAF remarque compte tenu de la jurisprudence citée (consid. 13.3 ci-dessus) que ces compétences et caractéristiques seules ne sont pas suffisamment marquées et particulières pour pouvoir attester qu'il puisse sans autre tirer profit de sa capacité de travail retrouvée.

E. 13.5.3

En l'occurrence, l'assuré dépasse les limites jurisprudentielles (55 ans et/ou une rente versée depuis plus de 15 ans) doublement, étant comme on l'a vu, âgé en 2015 de 57 ans et ayant touché une rente depuis plus de 16 ans (consid. 13.5.1). De surcroît, il ne bénéficie que d'une scolarisation de base, ayant commencé à travailler à l'âge de 12 ans, n'a suivi aucune formation professionnelle initiale, ni formation subséquente et ne peut faire valoir d'expériences professionnelles actuelles compte tenu de son éloignement du marché du travail depuis 1998 déjà. Partant, il n'apparaît pas en l'état qu'il puisse reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans que ne soit mises préalablement en oeuvre des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail.

E. 13.5.4

Dès lors, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré puisse tirer profit par ses propres moyens de sa capacité de travail résiduelle. Le dossier de l'OAIE est lacunaire sur cette question.

E. 14

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision contestée a été rendue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il sied donc d'admettre le recours, d'annuler la décision contestée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction et rende une nouvelle décision. Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien qu'il soit exceptionnel et la procédure soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est 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). Tel est le cas en l'occurrence, le dossier étant lacunaire sur le plan professionnel et la suppression de la rente prononcée par révision au sens de l'art. 17 LPGA ne pouvant ni être confirmée ni rejetée. Concrètement, l'OAIE devra examiner les besoins objectifs du recourant et la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en oeuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'OAIE pourra définitivement statuer sur la révision de la rente de l'assuré, et décider cas échéant, le maintien, la réduction ou la suppression de la rente (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_517/2016 cité consid. 5.3, 9C_920/2013 cité consid. 4.5, 9C_254/2011 cité consid. 7.2). Entre-temps le recourant continue de bénéficier de sa rente d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3; arrêt du TAF C-580/2015 du 24 septembre 2015 consid. 3 ss).

E. 15

Il reste à déterminer la participation aux frais de la présente procédure et l'allocation de 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). Compte tenu de la jurisprudence selon laquelle le recourant est réputé avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 141 V 281 consid. 11.1, 132 V 215 consid. 6.2), 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 (TAF pces 4 à 6) 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).

E. 15.2

L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) 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.