

BVGer C-4893/2014 vom 28. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4893_2014

FR: TAF C-4893/2014 du 28 mars 2017

IT: TAF C-4893/2014 del 28 marzo 2017

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la décision attaquée, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été acquittée, le recours est recevable.

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable est en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF

139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

E. 2.2

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, des modifications législatives sont dernièrement entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215) et le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Concrètement, le droit du recourant à une rente d'invalidité est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 selon les règles alors en vigueur, pour la période suivante selon les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 et ensuite selon les règles en vigueur à compter du 1er décembre 2012 (application pro rata temporis; ATF 130 V 445; voir aussi arrêt du TF 8C_879/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Il sied toutefois de relever que l'évaluation de l'invalidité n'a pas donné lieu à une modification de la législation depuis la décision initiale à prendre en compte dans la présente affaire du 12 avril 2007.

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant portugais domicilié au Portugal. 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) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Jusqu'au 31 mars 2012, les parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1, RO 2004 121 ; ci-après règlement n° 1408/71). Une décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II ALCP avec effet au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109. 268.1; ci-après: règlement n° 883/2004). Le règlement n° 883/ 2004 - qui a donc remplacé le règlement n° 1408/71 - n'ouvre toutefois aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 140 V 98 consid. 5.1; 138 V 392 consid. 4.1.3). En l'occurrence, compte tenu de la période litigieuse (cf. consid. 2.1 ci-dessus), le litige doit être tranché sous l'angle des deux règlements précités (cf. ATF 140 V 98 consid. 5.1). Il n'y a cependant in casu pas de différence matérielle réglementaire.

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en

vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6). Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, *Droit suisse de la sécurité sociale II*, 2015, p. 499). 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 (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 4.2

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

E. 5

L'objet du présent recours est le bien-fondé de la décision attaquée de l'OAIE du 30 juin 2014 - suite à l'arrêt du Tribunal de céans C-5233/2011 du 16 avril 2013 qui avait requis un complément d'instruction suite à un précédent renvoi (cause C-3430/2007) - ayant confirmé la suppression du droit à une rente entière d'invalidité versée à l'intéressé depuis le 1er novembre 1996 au motif que l'assuré aurait recouvré depuis le 1er septembre 2006 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée légère fondant la suppression de son droit à une rente entière à compter du 1er juin 2007 telle qu'établi par décision du 12 avril 2007 à laquelle remonte la présente affaire.

E. 6.1

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

E. 6.2

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2008, respectivement selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur à compter du 1er janvier 2008, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 6.3

En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; arrêt du TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2; art. 4 et 7 du règlement 883/04).

E. 7.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (art. 16 LPGA ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 7.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 8.1

La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire (art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA) de façon correcte et complète de sorte que, fondée sur les faits établis, la décision quant aux prestations à allouer puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). S'agissant des données médicales propres à l'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA et art. 28 ss LAI), l'office AI peut s'appuyer - à côté du Service médical régional (SMR ; art. 59 al. 2 et 2bis LAI), des rapports des médecins traitants (art. 28 al. 3 LPGA), des rapports d'experts externes (art. 59 al. 3 LAI) - sur les centres d'observation médicale et professionnelle (COMAI, COPAI ; art. 59 al. 3 LAI). Voir ég. Valterio, *op. cit.*, n° 2595 ss. 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. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, *op. cit.*, n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts médicaux quant au bien-fondé des

conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 8.2

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations, respectivement une révision. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1; Valterio, op. cit. n° 2920). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

E. 8.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend

également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit. n° 2912). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). 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 contienne 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 les arrêts du TF 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).

E. 8.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. Gabriela Riemer-Kafka [Edit.], *Expertises en médecine des assurances*, 2e éd. 2012, p. 28 ss). Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Quant aux rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125

précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie 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 (cf. ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.5

Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références). Le cas échéant, le Tribunal - et l'administration - peut renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 III 425 consid. 2.1, 125 I 127 consid. 6c/cc in fine; arrêts du Tribunal fédéral 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.2, 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd. 2015, art. 42 n° 30 p. 561).

E. 9.1

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396).

E. 9.2

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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 130 V 396 consid. 6.3, ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Les experts doivent justifier le diagnostic de telle manière que l'administration puisse vérifier que les critères diagnostics ont été observés. En particulier l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Le diagnostic de syndrome douloureux persistant suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les critères d'exclusion de ce diagnostic doivent en outre être pris en considération par les médecins (ATF 141 V 281 consid. 2). C'est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

E. 10.1

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Valterio, op. cit., n° 3054 ss, 3065).

E. 10.2

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 10.3

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; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 10.4

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2; 112 V 372 consid. 2). Les communications - au sens de l'art. 74ter let. f RAI - peuvent servir de base de comparaison dans le temps que si elles résultent d'un examen matériel du droit (cf. arrêts TF 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 3.2, 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 10.5

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du TF I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 3085). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent

prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

E. 11.1

En l'espèce l'OAIE fonde sa décision du 30 juin 2014 essentiellement sur l'expertise du CEMed du 14 février 2014, résumant les constatations faites sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique, indiquant que les conclusions du rapport d'expertise du 17 décembre 2010 restaient entièrement valables et qu'il n'y avait pas lieu de les modifier, aucun élément nouveau n'étant apparu lors du bilan de la dernière expertise et sur la base des examens pratiqués dans l'intervalle au Portugal, appréciation reprise et complétée par la Dre I. _____ et le Dr P. _____ de l'OAIE, qu'en l'occurrence l'état de santé de l'intéressé était superposable à ce qui avait été mis en évidence dans les rapports d'expertise des 1er septembre 2006 et 17 octobre 2010, que si l'intéressé ne pouvait plus exercer de travaux lourds sa capacité de travail pour des activités légères adaptées était de 100% depuis le 1er septembre 2006 entraînant un préjudice économique de 28% n'ouvrant plus le droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. En d'autres termes la décision du 30 juin 2014 confirme l'existence d'une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré au 1er septembre 2006 par rapport à l'état de santé de l'assuré ayant motivé l'octroi de sa rente entière à compter du 1er novembre 1996 permettant la suppression de la rente en application de l'art. 17 LPGA à partir du 1er juin 2007. Est dès lors déterminante dans le cadre de la présente affaire l'existence ou non d'une amélioration de santé entre le moment de l'octroi de la rente entière par décision du 9 mars 2000 rétroactivement au 1er novembre 1996, sur la base de l'expertise du 2 mai 1997 et de ses compléments de 1999, et les constatations faites à la base du rapport d'expertise du 9 octobre 2006, confirmées par les rapports d'expertise subséquents de 2010 et 2014. La communication de reconduction de rente du 12 février 2001 ne peut être retenue comme point de comparaison, celle-ci n'ayant pas fait l'objet d'investigations poussées (cf. supra consid. 10.4).

E. 11.2

A l'encontre de la décision dont est recours le recourant conteste toute amélioration de son état de santé et que l'expertise du CEMed 2014 ait apporté la clarification demandée. Il fait valoir des rapports psychiatriques et psychologiques du Dr J. _____ et du Prof. S. _____ aux conclusions opposées à celles du CEMed. Il indique que le Prof. S. _____ avait relevé une dépréciation des processus d'attention soutenue, des traits de personnalité psychopathologiques, des problèmes psychologiques « élevés », une forte souffrance personnelle, des difficultés dans le rappel immédiat. Il relève que le Dr R. _____, contrairement à l'injonction du Tribunal de céans, n'a pas clarifié la problématique des questions soulevées par le Dr P. _____ en lien avec les rapports du Dr J. _____ s'agissant du comportement impulsif avec auto et hétéro-agressivité qu'il aurait développé, qu'en l'occurrence on ne savait pas si cet état était simplement réactionnel à la procédure en cours ou s'il constituait effectivement une aggravation de la situation médicale. Il relève que ses plaintes diversement appréciées ne permettent pas à l'autorité intimée de se déterminer, que les experts avaient perdu de vue ses douleurs mais que sa médication en témoignait, que les experts avaient retenu que son état thymique ne s'était pas drastiquement péjoré, formulation négative pour exprimer l'inverse, ce qui constituait un fait nouveau ayant dû amener les experts à modifier leurs conclusions, enfin que le nouveau rapport d'expertise n'avait pas complété le précédent, mais seulement confirmé ce dernier.

E. 11.3

Il appert du litige remontant à la décision de suppression de rente du 12 avril 2007 qu'il doit être vérifié en un premier temps si effectivement il peut être retenu une amélioration de l'état de santé du recourant à la date de l'expertise de 2006 par rapport à l'état de santé retenu dans l'expertise de 1997, respectivement des compléments de 1999, laquelle amélioration doit être notable selon l'art. 17 LPGA, ce qui exclut une appréciation différente ou plus favorable d'une atteinte à la santé restée inchangée (cf. supra consid. 10.1 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; I 574/02 consid. 3.3, 3.4 ; Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3e éd. 2015, art. 17 n° 28), et, si tel est le cas, si l'amélioration de santé constatée en 2006 peut être confirmée par les expertises de 2010 et de 2014. Pour le cas où une amélioration de santé ne pourrait être confirmée à la date de l'expertise de 2006 il conviendra d'examiner si une amélioration de l'état de santé peut être retenue aux dates des expertises de 2010 et 2014 permettant une suppression de rente à la suite de ces expertises.

E. 12.1

Comme l'a relevé l'arrêt du Tribunal de céans C-3430/2007 au consid. 6.5, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 1996 par deux décisions datées du 9 mars 2000. Lors d'une première procédure de révision, l'OAI-FR, par communication du 12 février 2001, a informé le recourant que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Cette communication, on l'a vu, n'est pas déterminante (cf. supra consid. 10.4).

E. 12.2

Se fondant notamment sur l'expertise médicale du 2 mai 1997 établie par le Prof. B._____ avec son complément (après consultation) du 29 avril 1999 et l'expertise psychiatrique du 7 août 1997 effectuée par les Drs C._____ et D._____ avec ses compléments (sur dossier sans consultation) des 20 août 1997 et 9 juillet 1999, il appert que, pour l'essentiel, l'OAI-FR a reconnu une incapacité de travail entière à l'assuré tant dans son activité antérieure que dans une activité légère de substitution sur la base du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Au plan somatique le Prof. B._____ retint le diagnostic de lombalgies chroniques, de trouble somatoforme douloureux, d'état anxio-dépressif sous-jacent, d'incapacité de travail pour troubles d'origine psychogène. Il fut cependant relevé que d'un point de vue strictement somatique, selon le Prof. B._____, l'intéressé aurait pu exercer une activité adaptée à plein temps avec un rendement diminué de 10%, qu'il n'y avait pas d'élément organique à retenir permettant d'expliquer l'incapacité de travail actuelle. L'expertise médicale de 1997 releva sur le plan psychiatrique que mise à part une tristesse et une appréhension négative de son avenir l'assuré n'évoquait pas d'autres signes qui parleraient en faveur d'un trouble dépressif, qu'il ne présentait pas de signe de la lignée psychotique, ni phobique, ni obsessionnelle compulsive, ni de signe parlant en faveur de troubles graves du caractère, qu'il exprimait peu de souffrance psychologique, que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être confirmé mais non un état anxio-dépressif car les troubles de l'humeur présentés par le patient n'étaient pas suffisants pour conclure à un tel diagnostic. Il sied de relever que les experts notèrent qu'il paraissait peu probable que l'assuré puisse reprendre une quelconque activité dans l'avenir (OAIE, Vol. 1 pce 122 p. 5 s.). Dans un complément du 9 juillet 1999, deux ans après le rapport du 20 août 1997, les Drs C._____ et D._____ firent état, sur dossier, de souffrance et de sentiment de détresse sur lesquels ils n'avaient pas eu de doute (OAIE Vol. 1 pce 138). Ce complément sur dossier paraît avoir

été décisif pour l'OAI-FR, se fondant dans l'octroi de la rente entière sur l'expertise de 1997, au vu des pièces au dossier de l'époque du fait qu'aucun autre rapport médical y fait suite avant la décision d'octroi de rente par l'OAI-FR (cf. not. OAIE Vol. 1 pces 40, 55, 138, 57).

E. 12.3

Il appert du rapport d'expertise de la CCR du 9 octobre 2006 le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques et dégénératifs dorso-lombaires et protrusion anamnesticque L4-L5 droite (M51.2), et, parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment celui de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le trouble somatoforme douloureux ne fut plus retenu. Les experts conclurent que l'intéressé ne présentait plus les critères requis pour reconnaître une invalidité, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, qu'il pouvait exercer toute activité légère et adaptée, l'incapacité pour les travaux lourds étant par contre toujours entière (pce OAIE Vol. 1 n° 145). Il est le lieu de relever que le Tribunal fédéral, dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352) avait précisé dans quelle mesure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être considéré comme une atteinte à la santé psychique avec caractère invalidant (jurisprudence actuellement modifiée par l'ATF 141 V 281). Selon les critères alors nouvellement introduits par l'ATF 130 précité, cette affection n'entraînait pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité sous réserve de l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il indiqua dans un arrêt ultérieur qu'il existait une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1 [jurisprudence actuellement modifiée par l'ATF 141 cité]). Le Tribunal fédéral précisa que la jurisprudence exposée à l'ATF 130 V 352 ne constituait cependant pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement de fondements juridiques des rentes qui avaient été allouées valablement à une époque antérieure (cf. ATF 135 V 201 consid. 5 et 7.2; ATF 135 V 215 consid. 4 et 6.2). La décision de l'OAIE du 12 avril 2007 ne procéda ainsi pas à juste titre à une reconsidération énoncée comme telle. Dans l'expertise du 9 octobre 2006 l'expert psychiatre (Dr F. _____) indiqua notamment, ayant relevé que l'intéressé n'avait aucune plainte actuelle sur le plan psychique et faisait état d'une parfaite intégration familiale et sociale, que « Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu en 1996-1997, qui s'accompagne d'un sentiment de détresse globale, avec conflit émotionnel et problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par les médecins comme la cause essentielle du trouble, n'est plus pertinent actuellement ; en effet, on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est une constante, empêchant toute démarche d'activité. Ainsi, je retiens ici le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, expertisé qui se trouve en équilibre psychique » (OAIE Vol. I pce 140 p. 3 et 4). Cette appréciation établie en 2006 paraît se différencier de celle à l'origine de l'octroi de la rente établie en 1997 en ce sens que la souffrance et le sentiment de détresse évoqués en particulier dans le complément du 9 juillet 1999 des Drs C. _____ et D. _____, établi sur dossier, qui étaient transcrits dans le rapport de 1997 par l'exposé d'une somatisation de la souffrance et de la détresse n'y figurent plus. Mais il sied de relever que si le rapport d'expertise de 1997 n'évoque

apparemment pas de « souffrance et de sentiments de détresse », ce rapport exposa en particulier que l'intéressé semblait « privilégier les voies d'expression somatique pour exprimer sa souffrance psychologique », qu'il était difficile de déceler une problématique émotionnelle pouvant jouer un rôle dans les troubles, que l'intéressé n'avait pas de plainte psychologique, qu'il focalisait sur le plan somatique (OAIE Vol. 1 pce 122 p. 5 s.). Les rapports de 1997 et 1999 firent état d'une souffrance psychologique et d'un sentiment de détresse de l'intéressé ressentis par les experts en 1997, exprimés en termes différents s'agissant de mêmes constats dans les rapports de 1997 et 1999. Dans le rapport de 1997 les experts décrivent le mode de somatisation de la souffrance et du sentiment de détresse. Dans le rapport de 1999 ils en firent part directement précisant n'avoir pas eu de doute quant à celles-ci. Or en 2006 le Dr F. _____ fit état d'un semblable constat en relevant que « on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est une constante, empêchant toute démarche d'activité ». Il s'ensuit que l'on peut retenir des états de santé psychologique en 1997 et 2006 fort semblables, c'est-à-dire ne permettant pas de retenir une amélioration notable.

E. 12.4

L'arrêt de renvoi du Tribunal de céans du 1er décembre 2009 fut motivé par le fait que l'expertise d'octobre 2006 n'avait pas été étayée avec un examen et une motivation probante le nouveau diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques remplaçant celui de trouble somatoforme douloureux au vu des status psychologiques décrits fort semblables en 1997 et 2006 et par le fait que les appréciations des médecins psychiatres selon lesquelles, d'une part, seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, il se trouvait en équilibre psychique, étaient en contradiction avec le fait de reconnaître chez l'assuré une amélioration notable de son état de santé au sens de l'art. 17 LPGA. Pour ces raisons l'OAIE, dans le cadre du nouveau mandat d'expertise, requit des experts de motiver et détailler les éventuelles améliorations de l'état de santé et indiqua qu'une copie du jugement de ce tribunal leur sera transmise dès l'autorisation de l'assuré reçue. L'envoi précité intervint le 29 avril 2010 aux fins de permettre aux experts d'établir une expertise propre à répondre aux questions ayant motivé le renvoi de la cause à l'instance inférieure.

E. 12.5

Dans l'expertise de 2010 les experts retinrent les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, de surcharge pondérale, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques de début indéterminé et de dysthymie depuis 2007. Ils relevèrent que les plaintes de l'intéressé sur le plan rhumatologique n'avaient pas vraiment changé depuis 1995, les douleurs étant énoncées quotidiennes plus ou moins intenses, l'intéressé indiquant cependant s'être habitué aux lombalgies qui ne le gênaient plus beaucoup. S'agissant de la dysthymie retenue ils indiquèrent qu'elle était une affection légère qui s'inscrivait dans le contexte d'incertitude financière suite à la suppression des prestations d'invalidité, que par ailleurs le seuil diagnostique d'un épisode dépressif majeur n'était pas atteint, qu'il y avait un trouble d'adaptation d'évolution chronique responsable de la dysthymie (F34.1). S'agissant de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ils indiquèrent qu'elle ne justifiait pas une incapacité de travail. En conséquence les experts conclurent à une capacité de travail de 100% dans des

activités adaptées, évitant le port de lourdes charges, les mouvements répétitifs de rotation du tronc ou en flexion-extension ainsi que les positions statiques prolongées en porte-à-faux avec le haut du corps. Ils précisèrent que leur appréciation correspondait à celle de la CRR en 2006 mais n'indiquèrent pas expressément ni ne motivèrent une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997. Ils ne développèrent pas les motifs pour lesquels le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant retenu en 1997 n'était plus retenu au profit de celui de majoration de troubles physiques pour des motifs psychologiques depuis 2006 si ce n'est en relevant que l'on était nouvellement face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans altération notoire de son fonctionnement personnel. Or, en plus d'énoncer un diagnostic proche de celui retenu en 1997, en précisant que leur appréciation correspondait à celle des experts de 2006, les experts de 2010 ont aussi réitéré les appréciations selon lesquelles seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalidé complètement assimilé depuis près de dix ans, en l'occurrence 14 ans en 2010, il se trouvait en équilibre psychique. Cette réitération implicite de l'appréciation des experts de 2006 n'a par ailleurs pas été dissipée par les experts dans l'expertise de 2010 du fait qu'ils n'ont pas discuté l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 1997 afin de permettre de mieux comprendre le changement de diagnostic intervenu depuis 1997, implicitement une amélioration notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, alors même que les experts de 2006 avaient fait état d'un tableau clinique stable fixé depuis plusieurs années, d'une installation dans un statut d'invalidé parallèlement à la constatation d'un état de santé psychique sans surcharge psychogène. Certes la Dre I. _____, médecine interne, dans un rapport détaillé du 17 janvier 2011, cependant non complété d'une prise de position d'un médecin psychiatre du SMR avant la décision de l'OAIE, a discuté les états de santé de 1997, 2006 et 2010 et établi de son appréciation l'existence d'une amélioration notable de l'état de santé en 2006 par rapport à 1997 confirmée en 2010 au sens de la confirmation d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, affection non invalidante, et d'une dysthymie, affection légère sans gravité significative selon ses termes. Toutefois la conclusion d'une amélioration de l'état de santé ne ressort pas du rapport d'expertise de 2010 en tant que conclusion explicite et motivée dudit rapport et ne peut dès lors être retenue par le Tribunal de céans comme cela avait été le cas dans l'arrêt du 1er décembre 2009 de ce tribunal. En effet les médecins du SMR ne peuvent poser de nouvelles conclusions sur la base des rapports d'expertises produits (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1 ; cf. supra consid. 8.2). Si ceux-ci ne répondent pas clairement aux questions posées par le mandat d'expertise il leur appartient de relever les questions restées sans réponse et de requérir des experts qu'ils remplissent leur mandat pour lequel ils ont été mandatés, en d'autres termes ils doivent requérir un complément d'expertise ou un complément à l'expertise produite. Ils ne peuvent compléter par de nouvelles conclusions un rapport d'expertise incomplet et dès lors non probant sans les réponses claires attendues des experts ou l'indication desdits experts des raisons pour lesquelles il ne peut être donné une réponse claire à la ou aux questions posées. Si les experts ne peuvent se prononcer clairement il leur appartient d'en donner les raisons (cf. Gabriela Riemer-Kafka, *Expertises en médecine des assurances*, 2e éd. 2012, p. 55). Ils ne peuvent laisser sans réponse une question expressément posée, car en ce faisant l'expertise en devient incomplète et voire non probante.

E. 12.6

Dans l'arrêt de renvoi du Tribunal de céans du 13 avril 2013 ce tribunal ne se prononça pas sur la valeur probante de l'expertise de 2010 du fait du renvoi proposé par le service médical de l'OAIE, respectivement l'OAIE. Il requit sur le plan psychiatrique, un complément d'examen relativement aux diagnostics posés par le Dr J. _____ dans son rapport du 15 juillet 2012, qui, en sus de la dysthymie également diagnostiquée par les experts du CEMed, indiqua un « bouleversement dépressif récurrent », auquel seraient associés des épisodes dépressifs « mineurs » ou « majeurs » (avec état fonctionnel dépressif, idéation passive et active de suicide et symptômes parfois de niveau psychotique) et des comportements phobico-anxieux, avec anxiété paroxystique épisodique, qui laisseraient apparaître un « développement neurotico-vital » (sic), sur un fond dysthymique de base, avec tendance à la chronicité, dans le cadre d'une existence pauvre en gratifications affectives, atteintes qui seraient incapacitantes. Sur le plan somatique l'arrêt de renvoi requit une actualisation du diagnostic retenu.

E. 12.7

Dans leur rapport d'expertise du 12 février 2014 les experts du CEMed retinrent les diagnostics de dysthymie, de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) et également de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils répondirent comme suit aux questions soulevées par le Dr P. _____ dans sa prise de position du 15 septembre 2012 en se référant au corps de l'expertise : « Comme nous l'avons signalé plus haut, notre examen psychiatrique est superposable à ceux de nos confrères en 2006 et 2010, hormis le constat d'une humeur modérément dépressive et d'un léger ralentissement psychomoteur. L'expertisé dit avoir été très affecté par la décision de suppression de rente en 2011 mais en même temps affirme se sentir plus détendu en général depuis l'augmentation de l'Alprazolam® dès 2010. A l'anamnèse, l'état thymique ne s'est pas drastiquement péjoré depuis l'expertise psychiatrique de 2010 (aucune hospitalisation en milieu psychiatrique, aucun épisode dépressif clairement délimité). Nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent en plus de la dysthymie déjà diagnostiquée par le Dr K. _____ et le psychiatre traitant de Monsieur A. _____ » (OAIE Vol. 2 pce 29 p. 22). Il appert de ces constats une certaine péjoration de l'état de santé par l'indication « hormis le constat d'une humeur modérément dépressive et d'un léger ralentissement psychomoteur », constats que l'on retrouve d'ailleurs dans les rapports du Dr J. _____ et du Prof. S. _____, lequel fait état de symptômes dépressifs et de difficultés fonctionnelles. La question de savoir s'il s'agit contrairement à l'avis des experts CEMed d'une péjoration notable (cf. l'art. 17 LPGA) de l'état thymique du recourant peut être laissée ouverte, la question litigieuse étant celle de savoir s'il y a eu une amélioration de l'état de santé depuis 1997. S'agissant de l'expertise CEMed 2014 il y a lieu de relever qu'à nouveau les experts bien que retenant en 2014 un status qualifiable de plus ou moins superposable à ceux de 2006 et 2010, sans péjoration grave entre 2010 et 2014 (cf. supra 12.7 in initio), n'ont ni indiqué ni discuté une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997. Certes la Dre I. _____ reprit dans son rapport du 6 mars 2014 les diagnostics retenus par les experts et les constatations faites qu'elle compara avec celles des expertises précédentes qu'elle mit aussi en relation avec les rapports médicaux du Dr N. _____ des 6 avril 2011 et 16 juillet 2012, analyse qu'elle indiqua que les experts n'avaient pas effectuée, pour démontrer de son appréciation une amélioration de l'état de santé de l'intéressé depuis 1997, mais en ce faisant la Dre I. _____ a outrepassé son mandat de médecin SMR ensuite d'un rapport d'expertise. Constatant que le rapport d'expertise CEMed 2014 ne répondait pas aussi à la question de savoir s'il pouvait être retenu une amélioration notable de l'état de

santé de l'intéressé depuis 1997, bien que le rapport CEMed ait confirmé un status superposable à ceux de 2006 et 2010, elle se devait de requérir des experts un complément à leur expertise et ne pouvait elle-même apporter de nouvelles conclusions à leur rapport d'experts (cf. supra consid. 8.2). Il en va de même du rapport du Dr P. _____ qui ne pouvait conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis 1997, en tant que nouvelle conclusion, alors que les experts ne s'étaient pas prononcés sur cette question. En confirmant un état stabilisé depuis 2006, le Dr P. _____ a par ailleurs aussi confirmé, comme l'ont relevé les experts en 2006, que seule la problématique douloureuse était une constante, empêchant toute démarche d'activité et, d'autre part, que l'expertisé ayant acquis un statut d'invalide complètement assimilé depuis près de dix ans, en l'occurrence 18 ans en 2014, il se trouvait en équilibre psychique.

E. 12.8

Vu ce qui précède c'est à juste titre que le recourant émit le grief que le nouveau rapport d'expertise CEMed 2014 n'avait pas complété le précédent, mais seulement confirmé ce dernier. L'expertise CEMed 2014 en tant que telle confirme effectivement les deux expertises précédentes sans pourtant démontrer une amélioration de santé notable intervenue depuis 1997. Les réponses expresses aux questions posées aux experts de l'expertise CEMed 2014 à lire en référence à la précédente expertise de 2010 soulignent que l'intéressé n'a pas connu une péjoration durable de son état de santé depuis l'expertise de 2010. Le Tribunal de céans à lecture des rapports d'experts de 1997, 2006, 2010 et 2014 ne constate pas une amélioration de santé notable entre 1997 et 2006 ni ultérieurement, mais bien un status somatique et psychiatrique constant (cf. supra consid. 11.3). On peut certes se demander s'il fonde le droit à une rente d'invalidité notamment depuis le 1er juin 2007, mais force est de constater qu'une amélioration de l'état de santé notable au sens de l'art. 17 LPGa n'a pas été démontrée. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). In casu une nouvelle expertise médicale quant à l'existence d'une amélioration de l'état de santé entre 1997 et 2006 après trois expertises médicales successives et une procédure ayant déjà duré plus de 10 ans n'apporterait pas la preuve d'une amélioration notable de l'état de santé entre 1997, 2006, 2010 et 2014 compte tenu desdits rapports mêmes. En l'absence d'une amélioration de l'état de santé établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base de l'art. 17 LPGa, il s'ensuit que la rente allouée par les décisions du 9 mars 2000 doit être reconduite au-delà du 1er juin 2007. Enfin, il sied de relever que les dispositions finales de la 6e révision (premier volet) de la LAI, permettant, dans le délai légal desdites dispositions (du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014), si les conditions visées à l'art. 7 LPGa ne sont pas remplies, de réduire ou supprimer une rente octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique même si les conditions de l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies, ne sont in casu pas applicables du fait du droit à la rente de l'intéressé à compter du 1er novembre 1996 (cf. ATF 139 V 442 consid. 3 et 4) et la révision initiée avant l'entrée en vigueur des dispositions finales précitées. En effet, dans de tels cas la date du 1er janvier 2012 constitue le point de rattachement fictif pour l'établissement de la durée déterminante de perception de la rente sous l'angle de l'applicabilité des dispositions finales de la 6e révision (premier volet ; cf. ATF 140 V 15

consid. 5). Vu de plus que selon l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu desdites dispositions ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification (1er janvier 2012) ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans au moment de la procédure de révision, la deuxième condition est in casu déterminante, l'assuré ayant perçu jusqu'au 1er janvier 2012 une rente depuis plus de 15 ans, le fait que le droit à la rente depuis le 1er juin 2007 ait été suspendu du fait des recours interjetés n'est pas relevant. Par ailleurs, et par rapport à la décision d'octroi de rente, les conditions d'application de l'art. 53 al. 2 LPGA, permettant de 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 et qui n'ont pas encore été soumises à un contrôle judiciaire (ATF 127 V 466 consid. 2c ; arrêt du TF I 393/04 du 7 décembre 2004 consid. 3), ne sont pas non plus remplies en l'espèce. En effet l'octroi de la rente par les décisions du 9 mars 2000 (cf. supra A.a) ne saurait être qualifiée de manifestement erronée, l'octroi s'étant fondé sur la base d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique. Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (ATF 140 V 85 consid. 4.2 p. 87 et la référence ; arrêt du TF 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 4.3).

E. 13

Vu ce qui précède le recours contre la décision du 30 juin 2014 doit être admis et ladite décision supprimant la rente au 1er juin 2007 annulée. Compte tenu des trois expertises de 2006, 2010 et 2014 n'ayant pu démontrer une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé au sens de l'art. 17 LPGA depuis 1997 il y a lieu de maintenir le droit à une rente entière de l'assuré au-delà du 1er juin 2007.

E. 14.1

Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA). L'avance de frais de 400.- francs fournie par le recourant en cours de procédure lui est restituée.

E. 14.2

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'500.- francs non soumises à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant (en l'occurrence le recours contre la décision attaquée). (Le dispositif figure sur la page suivante)

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