

BVGer C-6725/2014 vom 6. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6725_2014

FR: TAF C-6725/2014 du 6 novembre 2017

IT: TAF C-6725/2014 del 6 novembre 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 administratif 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 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 les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été effectuée, le recours est recevable.

E. 2

Aux termes de l'art. 55 al. 1 LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. Le Conseil fédéral règle la compétence dans les cas spéciaux. Selon l'art. 40 al. 2quater du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2012, si un assuré domicilié en Suisse prend en cours de procédure domicile à l'étranger, la compétence passe à l'office AI pour les assurés résidant à

l'étranger. La règle s'applique également s'agissant de l'instruction de la révision d'une rente (arrêt du TF 9C_877/ 2013 du 11 mars 2014 consid. 5). En l'espèce l'assuré a quitté la Suisse pour l'Espagne le 27 février 2013 de sorte que la compétence d'instruire la révision du droit à la rente de l'intéressé est passée de l'OAI-GE à l'OAIE.

E. 3.1

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. 3.2

Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables à l'examen de la décision du 13 octobre 2014 de révision du droit à la rente rendue par reconsidération de l'octroi initial de la rente. Les conditions légales, respectivement matérielles et procédurales d'instruction, d'octroi de la rente à compter du 1er mai 1995 selon la décision du 19 décembre 1997 n'étant pas matériellement différentes de celles applicables au jour de la décision dont est recours, il n'y sera fait référence qu'autant que besoin.

E. 4.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. 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. 4.2

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent 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). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les États membres. 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).

E. 4.3

Selon l'art. 4 du règlement n° 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.

E. 4.4

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. 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, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le 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. ég. ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 7, 8C/329/2015 du 5 juin 2015).

E. 4.5

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 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 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. 5.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, 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 (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 (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le

devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 5.2

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 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

E. 6

L'OAIE a rendu la décision dont est recours du 13 octobre 2014 sans avoir communiqué préalablement ou joint avec celle-ci l'avis médical SMR du 15 juillet 2014 du Dr P._____. Cet avis a été communiqué par l'OAI-GE au représentant de l'assuré en date du 6 novembre 2014 ensuite d'une demande expresse. En soi cette communication tardive constitue une violation du droit d'être entendu consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurances sociales aux art. 42 et 52 al. 2 LPGA. De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, Droit constitutionnel suisse, volume II, Les droits fondamentaux, 3ème éd., 2013, n° 1358; Jacques Dubey / Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, n° 1982 ss; cf. également ATF 134 V 97; 135 I 279 consid. 2.6.1). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, ATF 126 V 130 consid. 2b). Dans le cas présent il ne se justifie pas d'annuler la décision attaquée pour cause de violation du droit d'être entendu car dans le cadre de la présente procédure de recours la violation du droit d'être entendu n'a pas été invoquée par le recourant représenté par un avocat et l'intéressé a pu voir le document et s'exprimer à son sujet pendant la présente procédure de recours.

E. 7

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision attaquée de l'OAIE du 13 octobre 2014 ayant supprimé le droit à la rente entière de l'intéressé au motif d'une reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente du 19 décembre 1997 au motif que la décision d'octroi initiale de rente était entachée d'erreurs, l'assuré ayant eu dès le début une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% fondant un taux d'invalidité de 38% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité et que par la suite, lors des révisions ultérieures, aucune étude

approfondie et complète n'avait été effectuée.

E. 8.1

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. 8.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 8.3

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. consid. 3), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'Union européenne (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 8883/04).

E. 9.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, 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 du travail équilibré. La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1) distincte de la sous variante, entre autres, de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; arrêt du TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 s. ; méthode appliquée notamment aux indépendants; sur ces méthodes voir ég. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2040 ss, 2060 ss ; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, ad art. 28a). Si l'intéressé a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas-là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (Valterio,

op. cit. n° 2184; arrêt du TF I 499/02 du 17 juin 2003 consid. 6, I 842/05 du 1er juin 2006 consid. 5.2.2 et les références). In casu il peut être retenu que l'intéressé n'exerce plus son ancienne activité indépendante de représentant en ustensiles de cuisine et que d'ailleurs lors de l'octroi initial de la rente par décisions du 19 décembre 1997 l'activité indépendante de l'intéressé avait été entièrement cessée (cf. supra C).

E. 9.2

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. 10.1

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). 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. 10.2

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 l'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 minimales, 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. 10.3

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 ; arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1). 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. 10.4

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). Pour juger de la valeur probante d'une expertise pluridisciplinaire, il importe de s'attacher à la discussion globale menée par le collège des experts plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (arrêts du TF I 53/03 du 19 août 2003 consid. 6.1, I 621/03 du 21 avril 2004 consid. 3 s.). Il n'existe cependant pas de hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales. Il n'est ainsi pas contraire au droit de s'éloigner des résultats d'une expertise pluridisciplinaire en faveur d'une expertise monodisciplinaire par exemple si l'administration ou le juge se fonde sur des motifs pertinents qui tiennent compte des aspects concrets du cas d'espèce (arrêts du TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 4.3, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 ; Valterio, op. cit. n° 2914 s.). 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 les 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 ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en

vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1). 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. 10.5

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 TF 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. 11

En vertu de 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). 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 (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b, ATF 112 V 387 consid. 1b; arrêt du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4; arrêt du TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). La réglementation sur la révision ne saurait 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. 12.1

Si les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées, une décision ne peut être modifiée qu'en vertu des règles applicables selon l'art. 53 LPGA à la révision procédurale (al. 1) ou à la reconsidération des décisions administratives passées en force (al. 2). L'OAI-GE, respectivement l'OAI-E n'ayant fondé la suppression de la rente que sur la base juridique de la reconsidération (al. 2), c'est donc en premier lieu sous cet angle que la décision attaquée doit être examinée.

E. 12.2

Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. arrêts du TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1 et les références; Valterio, op. cit., n° 3125 ss; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perenoud, op. cit. p. 542 ; cf. ég. ATF 127 V 466 consid. 2c, 133 V 50 consid. 4.1). L'administration est en droit de revenir sur une décision manifestement erronée par la voie de la reconsidération même dix ans après son prononcé (ATF 140 V 514 consid. 3).

E. 12.2.1

Pour juger, en l'espèce, s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (arrêt du TF 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 135 V 215 consid. 5.1.1; 129 V 200 consid. 1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions de base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Si la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit, il n'y a pas place pour une reconsidération; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du TF 9C_508/ 2015 du 4 mars 2016 consid. 3, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/2006 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En d'autres termes, en présence d'un rapport fiable à la base de la décision prise, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête ou de l'examen que s'il est évident que le document en question repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt du TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère manifestement inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêts 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 2, 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 5.1). Le Tribunal fédéral a relevé que la prise en compte à partir de rapports médicaux d'un taux d'incapacité de travail ou d'une durée d'incapacité de travail erronés ou le non examen recommandé par des rapports médicaux d'examiner le taux et la durée d'une incapacité de travail et son évolution fondait de retenir le caractère manifestement erronée d'une décision d'octroi de rente (cf. arrêt du TF 8C_818/2012 du 11 mars 2013 consid. 5.1 et 5.3 s.) comme plus généralement

l'établissement insuffisant de la situation de fait (arrêt du TF 9C_272/2009 du 16 septembre 2009 consid. 5.3). En particulier le Tribunal fédéral a retenu que l'omission par l'office AI de l'examen de la question de l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, relevée existante par des rapports médicaux éventuellement à apprécier à la suite d'un complément d'instruction compte tenu d'autres rapports médicaux retenant une incapacité de travail tout en ne revêtant pas véritablement de force probante, respectivement l'omission du calcul du degré d'invalidité dans une activité de substitution malgré le fait qu'il existait à l'époque par une évaluation médicale un indice suffisant au dossier qu'une activité adaptée pouvait et devait être envisagée, faisant abstraction du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, est un usage manifestement erroné du pouvoir d'appréciation de l'office AI fondant la reconsidération d'une décision d'octroi de rente (cf. arrêts du TF 9C_283/2016 consid. 4.2, 9C_154/2011 du 19 juillet 2011 consid. 4.1, 9C-572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.2, 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5.3). Le Tribunal fédéral a cependant également jugé qu'il ne saurait être admis ultérieurement que la décision d'octroi de rente aurait été manifestement erronée dans le cas où deux rapports médicaux établis par des médecins spécialistes ont conclu à des diagnostics contrindiquant, pour l'un, notamment toute activité professionnelle nécessitant des efforts physiques ou sollicitant l'appareil ostéoarticulaire de manière répétée, pour l'autre, des changements de position trop fréquents en raison de douleurs osseuses et musculaires et qu'un rapport COPAI a établi clairement sans réserve une inaptitude au travail même dans des activités légères, seul un emploi en atelier protégé étant envisageable, bien que n'avait pas été examiné si la mise en oeuvre de mesures de réadaptation était exigible ni n'avait été procédé à une comparaison des revenus avec des activités de substitution (arrêt du TF I 616/06 du 24 septembre 2007).

E. 12.2.2

Deuxième condition à l'admissibilité de la reconsidération d'une décision entrée en force, la rectification de la décision doit revêtir une importance notable, tel est le cas s'agissant de décisions portant sur des prestations périodiques (ATF 110 V 373 consid. 3b ; arrêts du TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5.3, C 341/05 du 7 juin 2006 consid. 3.2, I 24/00 du 25 avril 2000).

E. 12.3

Il sied de relever qu'il n'y a pas lieu de supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait au sens de l'art. 17 LPGA justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en cause soit maintenue (arrêt du TF I 222/02 du 19 décembre 2002 consid. 5.1). Par ailleurs une décision de reconsidération en raison d'une erreur de l'administration ne peut être rendue qu'ex nunc et pro futuro (arrêt du TF 8C_424/ 2013 consid. 5.2) et ne saurait en conséquence donner lieu à une décision de restitution de rente s'il ne peut être démontré un comportement dolosif de l'assuré.

E. 13.1

L'autorité inférieure fonde la suppression de rente, par reconsidération de la décision initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité, au motif que si la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle de commerçant en ustensiles de cuisine était nulle depuis la demande de prestations qui avait donné lieu à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er mai 1995, il était apparu du dossier médical, ensuite de la révision entreprise, que dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles la capacité de travail raisonnablement exigible de l'intéressé était de 80% et ce depuis le début. Elle se référa aux conclusions du SMR et releva que la décision initiale était manifestement erronée, qu'en effet lors de l'évaluation initiale du degré d'invalidité, contrairement à la procédure habituelle, l'office n'avait pas pris en considération sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé ni de même procédé à l'évaluation du droit à des mesures d'ordre professionnel avant d'envisager le versement d'une rente d'invalidité. Elle conclut qu'en l'occurrence en application de l'art. 53 al. 2 LPGA l'office se devait de reconsidérer la décision du 19 décembre 1997, les conditions en étant remplies. Explicitant son évaluation économique de l'invalidité (cf. supra M), l'OAIE indiqua qu'il en résultait un taux d'invalidité de 38% n'ouvrant pas le droit à une rente. Dans sa réplique l'OAI-GE, respectivement l'OAIE, releva que lors de l'octroi initial de la rente aucun médecin de l'office AI n'avait vu le dossier, qu'une appréciation économique de l'invalidité n'avait pas été faite, que tant sur les plans médical qu'économique l'octroi de la rente était insoutenable. A l'appui de sa détermination l'administration souligna une exagération manifeste de la symptomatologie. L'OAIE nota qu'alors que le Dr H. _____ estimait l'incapacité de travail de 100%, le Dr B. _____ estimait que la capacité de travail était d'au moins 50% dans une activité sédentaire. L'administration souligna que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été examinée.

E. 13.2

De son côté le recourant défend que les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies, qu'en l'occurrence la décision initiale avait été prise sur la base des rapports des Dr H. _____ et J. _____ et sur la base d'un rapport d'enquête économique, que le dossier n'était manifestement pas insuffisant ou lacunaire selon la pratique existante en 1997. Sur le plan médical il releva que le rapport du Dr N. _____ n'était plus actuel, que son état de santé s'était aggravé depuis lors, cas échéant qu'il y avait lieu de procéder à une instruction complémentaire prenant compte de l'évolution de son état de santé, que l'expertise psychiatrique du Dr O. _____ n'avait aucune valeur probante au motif de n'avoir pas pris en compte un grave événement de sa vie, enfin que la décision dont est recours n'avait pas pris en compte son âge avancé. Subsidiairement, sous l'angle d'une révision selon l'art. 17 LPGA du droit à la rente, il retint que l'abattement à retenir sur le revenu d'invalidité devait être de 25% compte tenu de ses circonstances personnelles.

E. 14

L'examen du bien-fondé de la décision du 13 octobre 2014 de suppression de rente, dans le cadre de la révision de celle-ci, par voie de reconsidération de la décision initiale du 19 décembre 1997 et établissement d'une nouvelle appréciation de la capacité de travail, demande en un premier temps de vérifier si la décision de 1997 a été prise manifestement à tort permettant en application de l'art. 53 al. 2 LPGA sa reconsidération.

E. 15

A titre liminaire il sied de relever que contrairement à ce que défend le recourant les principes à la base de l'appréciation de l'invalidité économique, applicables à la décision dont est recours, étaient déjà applicables à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente le 19 décembre 1997 (voir par ex. l'ATF 108 V 210 consid. 1d du 12 novembre 1982 énonçant le principe de priorité de la réadaptation sur la rente) conformément à l'art. 28 al. 2 LAI dans sa version applicable en 1997 énonçant que « Pour l'évaluation de l'invalidité, le

revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide » (voir ég. dans ce sens l'arrêt du TF 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 4.2.1 en référence à une décision d'octroi de rente manifestement erronée du 21 juin 1996).

E. 15.1

Sur le plan médical les rapports à la base de la décision initiale d'octroi de rente du 19 décembre 1997 émanent notamment de spécialistes en orthopédie, neurologie et rhumatologie. Il appert du dossier que les médecins ont unanimement retenu des lombosciatalgies intermittentes au niveau des deux membres inférieurs, un bilan radiologique de discopathie sévère L5-S1 et modéré en L4-L5. Il sied de relever que les médecins ont également retenu (hors leurs spécialisations) un status anxieux et dépressif. L'appréciation des incidences des atteintes à la santé sur la mobilité de l'intéressé ont cependant fait l'objet d'appréciations contradictoires. Le Dr B. _____, chirurgien orthopédiste, médecin traitant, a dans son rapport du 12 août 1996 à l'adresse de l'AI retenu des lombosciatalgies intermittentes au niveau des deux membres inférieurs avec impression de diminution de la force, une absence de boiterie, un rachis bien équilibré sans attitude scoliotique, une distance doigt-sol de 50 cm, une raideur lombaire globale, sans contracture paravertébrale, une marche sur les talons et la pointe des pieds parfaitement exécutée, pas de Lasègue, des réflexes faibles mais symétriques, pas de déficit moteur ni sensitif, un bilan radiologique de discopathie sévère L5-S1 et modéré en L4-L5. Ce médecin a relevé une exagération manifeste de la symptomatologie et indiqué que le patient pourrait travailler au moins à 50% dans une activité sédentaire (pce 4). Le Dr J. _____, rhumatologue au CHUV, a dans un rapport de consultation du 11 septembre 1996 à l'adresse du Dr H. _____, retenu une mobilité conservée, notée que toute la région sacrée coxygienne et fessière était douloureuse, indiqué des douleurs prédominant à la jambe gauche, et au bras droit présentant une hypoesthésie au tact et à la piquûre, un signe de Lasègue négatif, des réflexes normaux et symétriques, notant que les radiographies standards de la colonne lombaire montraient une arthrose de l'articulaire postérieur L5-S1 ainsi qu'un discret trouble statique avec scoliose sinistro-convexe, indiquant que le scanner (15.12.95) montrait une protrusion médiane L5-S1 de son avis peu significative. Il retint des troubles somatoformes douloureux touchant le bras droit et la jambe gauche ainsi que la région lombaire avec un état anxio-dépressif indéniable (pce 10 p. 3). Ce médecin ne s'exprima pas sur la capacité de travail de l'intéressé, son rapport s'étant adressé au Dr H. _____ sans que cette appréciation ne s'impose dans ce rapport de consultation avec un seul but thérapeutique. Enfin le Dr H. _____, médecin traitant, dans son rapport du 24 octobre 1996, nota une incapacité de travail de 100% et un état de santé allant s'aggravant, diagnostic de gastrite chronique, status post Nissen, côlon irritable, asthme : syndrome obstructif léger, dorsolombalgies : discopathies L4-L5, L5-S1 avec protrusion discale L5-S1 et sténose du canal radiculaire gauche, état dépressif anxieux, relevant que les différents traitements suivis de physiothérapie, médication antalgique et anti-inflammatoire, dont le port d'un corset, n'avaient pas amélioré l'état physique ni diminué de façon importante les douleurs (pce 10 p. 1). Objectivement il peut être retenu sur la base de ces rapports médicaux figurant au dossier à l'époque que la capacité de travail de l'intéressé dans sa dernière activité, selon l'avis des médecins qui se sont prononcés, était inexistante en raison notamment du port de lourdes valises dans l'exercice de l'activité de représentant en ustensiles de cuisine. Par

contre il n'était pas établi sur la base du dossier médical que la capacité de travail de l'intéressé était inexistante dans une activité de substitution. A titre liminaire il sied de relever que la demande de prestations de l'AI établie par l'intéressé portait sur l'octroi d'un corset et non d'une rente (pce 1 ch. 6.8), c'est au cours de l'instruction de cette demande que celle-ci a été traitée sous l'angle de la demande d'une rente au vu de l'indication apparemment d'un arrêt de travail depuis fin 1994. Le Dr B. _____, chirurgien orthopédiste, spécialiste traitant, avait relevé en date du 12 août 1996, dans un rapport à l'adresse de l'AI, une exagération manifeste de la symptomatologie et indiqué que le patient pourrait travailler au moins à 50% dans une activité sédentaire. A son rapport le Dr B. _____ avait joint ceux des Drs C. _____ et G. _____. Or celui du Dr G. _____, neurochirurgien, du 11 janvier 1996, relève un patient boitant de façon un peu grotesque, extraordinairement plaintif, présentant un syndrome vertébral relativement discret par rapport aux plaintes, il indiqua avoir « beaucoup de doute concernant l'objectivité de toute cette histoire » notant un problème « assez peu somatique ». Il sied de relever que le Dr J. _____, à la suite de son rapport médical du 11 septembre 1996 à l'adresse du Dr H. _____, médecin traitant, préconisa comme traitement, en tant que rhumatologue spécialement consulté, un traitement antidépresseur et des bains chauds avec du Soufrol®. L'avis du Dr H. _____ du 24 octobre 1996, dont il y a lieu de relever qu'il était le médecin généraliste traitant de l'assuré (cf. supra consid. 10.4), retenant une incapacité de travail totale, n'est pas fondé par une détérioration subite documentée de l'état de santé intervenue depuis la consultation auprès du Dr B. _____ du 12 août 1996. Manifestement l'OAI-GE a retenu un état de santé sans capacité de travail résiduelle dans une activité de substitution sur la base d'investigations insuffisantes sans notamment avoir requis l'avis de son service médical. Il sied par ailleurs de relever qu'il appert du rapport du Dr C. _____ du 8 janvier 1996 que l'intéressé en incapacité de travail depuis 18 mois était en procès avec son assureur perte de gain lui ayant refusé l'octroi d'indemnités (cf. pce 3 p. 3), fait qui aurait pour le moins dû inciter l'OAI-GE à des investigations complémentaires. Il est fort vraisemblable qu'une évaluation par un médecin SMR de la documentation médicale au dossier aurait donné lieu à la prise en compte d'une capacité de travail existante dans une activité adaptée devant être investiguée, éventuellement dans un COPAI, et qu'une évaluation de l'invalidité dans une activité adaptée aurait démontré une capacité de travail résiduelle et une invalidité économique ne fondant pas l'octroi d'une rente entière. Manifestement sur la base des constats somatiques relativement discrets par rapport aux plaintes exprimées et l'existence d'un indice suffisant au dossier (cf. le rapport du Dr B. _____ du 12 août 1996) qu'une activité adaptées pouvait (et devait) être envisagée d'au moins à 50%, c'est donc de manière contraire au droit que l'office AI a renoncé à examiner la question de l'exigibilité et s'est contenté de reprendre le taux d'incapacité de travail relatif à l'activité exercée antérieurement, telle qu'attestée par le Dr H. _____ le 24 octobre 1996. A ce stade de l'instruction, il ne se justifiait pas de fixer à 100% le degré d'invalidité du recourant, sans avoir vérifié si l'on pouvait exiger de lui qu'il exerçât, en tout ou partie, une activité adaptée à son atteinte à la santé (cf. dans cette même constellation l'arrêt du TF 9C_154/2011 du 19 juillet 2011 consid. 4.1). Il sied de mentionner du dossier médical à la base de la décision initiale que l'intéressé présentait un état anxio-dépressif, cet état relevé par les médecins hors leur spécialité n'est pas établi par une documentation médicale émanant de spécialistes, un suivi médical à ce titre n'est pas rapporté. Il ne peut comme tel être retenu sous l'angle de l'AI comme étant propre, en complément aux atteintes somatiques, à retenir une incapacité de travail total au moment de la décision initiale

d'octroi de rente. A l'époque des atteintes à la santé d'ordre psychologique ont ainsi certes été évoquées mais n'ont pas été retenues tant par des médecins spécialisés que par l'office AI. La rente AI de l'intéressé lui a été accordée sur une seule base somatique prise en compte.

E. 15.2

Le volet économique de l'appréciation de l'invalidité n'a de même pas été traité selon les règles de l'AI en matière d'évaluation de l'invalidité. Dans le cas d'espèce la méthode extraordinaire, utilisée notamment pour les indépendants, n'était pas applicable vu la cessation d'activité de l'intéressé (cf. consid. 9.1 supra). La méthode générale eut dû être appliquée, permettant d'établir l'invalidité économique de l'intéressé par comparaison de revenus entre son ancienne activité indépendante et celle exigible théorique compte tenu de ses limitations fonctionnelles établie sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires.

E. 15.3

En se fondant sur un état de fait médicalement non établi et en fixant le taux d'invalidité de l'intéressé en fonction de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, évaluée à l'époque 100 %, sans examiner ni, partant, tenir compte d'une éventuelle capacité de travail dans une activité de substitution exigible, l'office AI a fait abstraction du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente découlant selon le droit en vigueur de l'art. 28a al. 1 LAI renvoyant à l'art. 16 LPGA, principe déjà applicable à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente le 19 décembre 1997 comme il appert de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa version applicable en 1997 (cf. supra consid. 15 in initio). De plus et ainsi exposé c'est à tort que le recourant se prévaut d'une pratique de l'évaluation de l'invalidité en 1997 différente de celle actuellement effectuée. Au final, compte tenu que tant sur le plan médical que sur le plan de l'évaluation économique l'évaluation de l'invalidité n'a pas été effectuée selon la procédure normale, il faut admettre que c'est à bon droit que l'autorité inférieure se prévaut de la reconsidération de la décision initiale. Une rente entière n'était manifestement pas justifiée tant sur le plan de l'appréciation médicale que sur le plan de l'évaluation de l'invalidité économique.

E. 15.4

Le fait que la décision initiale de rente du 19 décembre 1997 ait été reconduite par voies de communication en 2003, 2004 et par voie de décision en 2008 en relation avec l'octroi d'une rente pour enfant n'a pas d'incidence sur la question du bien-fondé de la décision initiale, le Tribunal fédéral a en effet 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), or les communications de reconduction de rente de 2003 et 2004 comme la décision de 2008 n'ont pas procédé d'un examen complet du droit à la rente.

E. 16.1

Le recourant fait valoir pour le cas où la reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente serait justifiée qu'une révision du droit à la rente ne serait pas possible sur la base des expertises effectuées, notamment du fait de l'ancienneté de l'expertise N._____, de l'aggravation de son état de santé depuis lors et du fait que l'expertise psychiatrique n'avait aucune valeur probante, un élément important de sa vie, la mort d'un enfant sans sa faute,

n'ayant pas été pris en compte. Pour ces motifs il conclut à la nécessité d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique/orthopédique. Il indique par ailleurs que s'il devait être reconnu pleine valeur probante aux expertises, l'abattement sur le revenu d'invalidé devrait être de 25%. Il sied d'examiner (cf. notamment supra consid. 12.3), sous l'angle d'un examen actuel, la valeur probante des expertises des Drs N._____ et O._____ en relation avec les rapports médicaux produits des Drs L._____, médecin traitant, Q._____, chirurgie orthopédique, et R._____, psychiatre, à l'appui du recours.

E. 16.2

Le Dr N._____, rhumatologie et médecin interne, a dans son rapport du 15 avril 2011 établi une anamnèse détaillée de l'intéressé et de son cadre de vie, rapportant ses plaintes de fond de lombalgies constantes, diurnes comme nocturnes, alternant les périodes d'exacerbation et d'accalmie, notant une position statique aggravant les douleurs lombaires, une position assise tolérée une trentaine de minutes, la marche étant rapportée limitée à une heure, la conduite nécessitant un arrêt après une heure. Il releva au plan des constatations objectives une personne marchant sans boiterie, sans trouble de l'équilibre à la manoeuvre de Romberg, des manoeuvres de Lasègue négatives, pas d'altération de la force ni de trouble de la sensibilité. Il releva notamment des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1, dont dans les mouvements de rotation du tronc, une mobilité des épaules et des coudes complète, une mobilité des poignets et des doigts complète et indolore. Le rapport ne releva pas de points fibromyalgiques et indiqua des points de contrôle négatifs. Il retint du dossier radiologique une discarthrose sévère de L5-S1, marquée par un remaniement dégénératif important en miroir des vertèbres incriminées, une ostéophytose antérolatérale et une arthrose articulaire postérieure de ce même niveau. Il retint les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques, troubles discodégénératifs du rachis cervical et lombaire et, sans répercussion sur la capacité de travail, de gastrite chronique, côlon irritable et asthme. Dans son appréciation le Dr N._____ admit que les symptômes n'ont eu cesse de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence mais que l'assuré avait dû retrouver un état stationnaire dès 2008 jusqu'au jour de l'expertise, soit en avril 2011. Il nota une présentation clinique atypique pour retenir un trouble somatoforme douloureux. Sur cette base l'expert retint que dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, un travail autorisant l'alternance de la position assise et debout env. 2 h. mais excluant la position statique au-delà de 30 min., la capacité de travail de l'assuré était de 80% ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui restait liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis, de même que l'éventualité de prendre des pauses supplémentaires. Il précisa que l'incapacité de travail de 20% au moins existait à compter du 25 mai 1994 mais n'avoir pas d'éléments objectifs lui permettant de pouvoir se prononcer sur l'exigibilité de l'assuré du point de vue biomécanique et ostéoarticulaire antérieure à son expertise. Le rapport du Dr N._____ répond en tous points aux critères de valeur probante requis par la jurisprudence, il prend en compte les plaintes de l'assuré, établit un constat clinique détaillé, pose un diagnostic actuel, discute de la pertinence de diagnostics anciens, et se prononce clairement sans contradiction sur la capacité de travail actuelle (au moment de l'expertise) de l'assuré. Il appert de ce rapport deux périodes distinctes, soit une première à compter de 1994 jusqu'à 2008, dont il est dit que les atteintes à la santé se sont amplifiées, et une deuxième de 2008 (année de son divorce et de la naissance de son enfant de sa compagne) à avril 2011 dont il est retenu un état de santé s'étant stabilisé depuis 2008.

Le Dr N. _____ ne s'est toutefois nullement prononcé sur l'évolution des atteintes à la santé de l'intéressé de 1994 à 2011, retenant n'avoir pas d'élément pour le faire. A l'appui de son recours l'intéressé a produit, relativement à ses atteintes à la santé somatiques, un rapport médical du Dr L. _____ du 2 mai 2014, qui est son médecin traitant, relevant, outre les atteintes à la santé connues, nouvellement notamment des douleurs aiguës au niveau des épaules, une dysesthésie de la main gauche, et un rapport médical du Dr Q. _____, chirurgie orthopédique, du 12 novembre 2014, ensuite d'une consultation des 4 et 7 novembre 2014. Ce dernier rapport indiqua que pour l'essentiel l'examen clinique correspondait à celui du Dr N. _____ de 2011. Il retint également les mêmes diagnostics complétés de celui d'irradiations consécutives à des altérations majeures de l'unité fonctionnelle vertèbre-disque-vertèbre principalement L5-S1 et de cervicalgies avec cervico-brachialgies consécutives à des altérations discales sur trois niveaux. Les nouvelles atteintes rapportées par le Dr L. _____ dans son rapport du 2 mai 2014, relevant pourtant de sa spécialisation médicale, ne furent pas mentionnées. L'appréciation de la capacité de travail résiduelle fut retenue plus limitée qu'en 2011, à savoir pas de position assise durable, activité en position debout limitée à 30 min., nécessité d'alternances de position fréquentes, port de charge de 5 kg, capacité de déplacement limitée. Manifestement ce rapport médical du 12 novembre 2014, bien que produit après la décision attaquée du 13 octobre 2014, se rapporte à l'état de santé somatique de l'intéressé au moment de la décision dont est recours (cf. supra consid. 5.2). Il doit dès lors être pleinement pris en compte, ce d'autant plus que le rapport médical sur lequel s'est fondée l'autorité inférieure pour rendre sa décision est essentiellement le rapport du Dr N. _____ d'avril 2011, soit un rapport antérieur de plus de 3 ans et demi avant la décision dont est recours. Dans sa réponse au recours l'autorité inférieure, respectivement l'OAI-GE, n'en a pas fait cas alors même que ce rapport était le plus actuel et propre à déterminer éventuellement l'autorité inférieure, après examen, à ordonner d'éventuelles mesures d'instructions complémentaires, voire à leur renonciation motivée par anticipation des preuves, vu la date du rapport du Dr N. _____ manifestement plus actuel et les diagnostics aggravés et la capacité de travail résiduelle moindre par rapport à 2011 retenus par le Dr Q. _____. Dans sa duplique l'autorité inférieure, respectivement l'OAI-GE, n'a également pas évoqué le rapport du Dr Q. _____. Dans le cadre de cette écriture le Dr P. _____ du SMR a indiqué dans son rapport du 4 août 2015 relativement à un rapport médical du 6 juillet 2015 posant le diagnostic d'arthrose cervicale et suspicion de hernie cervicale que ce diagnostic était posé sans aucun argument de gravité alors que ledit rapport indiquait une consultation (en urgence) pour douleurs au niveau de la région cervicale avec irradiation dorsale et à l'épaule droite et qu'une documentation radiologique du 6 juillet 2015 faisait état d'arthrose cervicale et d'un rétrécissement des espaces cervicaux à partir de C3 et d'une formation ostéophyte marginale plus marquée en C6-C7. Ces indications ne furent cependant pas évoquées et discutées dans la prise de position du Dr P. _____ contrairement à la règle selon laquelle en présence de pièces médicales contradictoires (in casu par rapport aux constatations du Dr N. _____ de 2011) il appartient au médecin SMR de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre pièce ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire en indiquant les raisons pour lesquelles cas échéant des appréciations différentes ne sont pas suivies. La valeur probante des rapports SMR présuppose en effet 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. Une instruction complémentaire est ainsi requise s'il subsiste

des doutes, mêmes minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux. En l'occurrence les derniers rapports médicaux produits par l'assuré en 2014 sur le plan somatique ne permettaient pas de tenir pour toujours actuels les conclusions du rapport du Dr N. _____ du 15 avril 2011 antérieur de plus de 3 ans et demi à la décision dont est recours. Ainsi exposé déjà sous l'angle de l'examen somatique actuel de l'état de santé de l'intéressé et de l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle la décision attaquée doit être annulée faute d'un état de santé actuel correctement établi.

E. 16.3

Dans son rapport du 2 mars 2012, le Dr O. _____, médecin psychiatre, ne retint pas de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et posa le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) présente depuis 2002. Il précisa que le Dr J. _____, rhumatologue, aurait mentionné dans son examen du 10 septembre 1996 la présence d'un trouble somatoforme douloureux et que le Dr N. _____ avait dans son rapport d'expertise rhumatologique du 15 avril 2011 réfuté le diagnostic de fibromyalgie. A ce sujet il indiqua qu'il ne ressortait pas clairement que les douleurs de l'intéressé ne soient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique, notant que le Dr N. _____ faisait état de troubles disco-dégénératifs modestes du rachis cervical et aussi de troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire, et que selon le rapport du Dr L. _____ du 29 février 2012 les douleurs ressenties par l'intéressé étaient entièrement expliquées par les atteintes somatiques. Il conclut ainsi qu'au vu d'un doute sur la vérification de ce critère essentiel le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne devait pas être posé. En résumé il retint une pleine capacité de travail, l'incapacité de travail ayant toujours été nulle sur le plan psychiatrique. L'appréciation du Dr O. _____ peut être retenue comme probante par le Tribunal de céans. Elle se fonde sur une anamnèse détaillée et dans l'ensemble cohérente quant à la motivation pour laquelle un trouble somatoforme persistant ne devait actuellement pas être retenu et ni par le passé bien que l'évaluation psychique de l'intéressé ne soit pas exempte de contradictions en relevant un fonctionnement intellectuel cliniquement dans la norme tout en indiquant une personne fruste aux capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes. Mais cette contradiction n'est pas en soi propre à invalider l'expertise pour le reste de qualité. Dans son rapport du 12 novembre 2014 le Dr Q. _____ a émis, hors son champ de compétence médical, des critiques à l'égard du rapport du Dr O. _____, relevant notamment que le rapport du Dr O. _____ n'avait pas pris en compte l'incidence sur l'intéressé de l'accident à la suite duquel un enfant était décédé sans la faute de l'intéressé. Cette même critique a été reprise par la Dre R. _____, psychiatre, dans son rapport du 30 juin 2015 relevant que le traumatisme de 1984-1985 avait changé à tout jamais l'intéressé qui en relatait l'événement avec une grande précision et émotion, notant le développement depuis lors d'une vulnérabilité, de manifestations somatiques de plus en plus invalidantes, relevant une modification de la personnalité due à un traumatisme avec comme conséquence une souffrance personnelle, une modification du fonctionnement, une fragilisation de l'estime de soi, indiquant que le diagnostic de dysthymie était probablement insuffisant. Elle retint de son appréciation le diagnostic d'Autres modifications durables de la personnalité (F62.8), Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33). Si en soi il est patent que le décès de l'enfant rapporté dans l'anamnèse de l'intéressé est un grave événement non seulement pouvant marquer mais marquant profondément à vie toute personne, force est de relever que lors de la consultation auprès du Dr O. _____ cet événement dramatique a été situé sans grande précision dans le temps « entre 1982 et 1989

», qu'il n'apparaît pas à lecture de son rapport que cet événement ait été plus qu'évoqué, contrairement à ce qu'il ressort du rapport de la Dre R. _____ établi de l'initiative du recourant, de sorte que l'on ne peut reprocher au Dr O. _____ de ne pas l'avoir mis en relief dans son examen si l'assuré lui-même ne l'a pas plus qu'évoqué. Par ailleurs il n'apparaît pas au dossier de suivi psychiatrique en lien avec cet événement même si l'intéressé a évoqué cet événement (sans indication de date) dans un entretien de situation personnelle économique du 4 février 1997 à l'OAI-GE, comme étant à l'origine de son sentiment de difficultés (pce 12 p. 3). En soi le rapport de la Dre R. _____ n'est pas de nature à mettre fondamentalement en question le rapport médical psychiatrique du Dr O. _____ du fait même qu'il conclut à l'interrogation du bien-fondé du diagnostic du Dr O. _____ de son avis insuffisamment étayé et au final réducteur tout en retenant une capacité de travail actuelle semblant nulle sans discuter et motiver cette appréciation ne s'imposant pas du diagnostic psychiatrique retenu. En soi les diagnostics de Autres modifications de la personnalité (F62.8) et de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33) ne peuvent fonder une incapacité de travail totale. Il sied de relever que si ces diagnostics et l'incapacité de travail retenue avaient été tels en 1990, soit quelque 5 ans après l'événement dramatique, l'intéressé n'aurait pas eu l'énergie de se mettre à son compte en 1990 et d'engager du personnel auxiliaire quittant un emploi salarié pour lequel il s'est beaucoup investi (cf. pce 12 p. 1).

E. 16.4

Vu ce qui précède il peut être confirmé une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée sur la base des rapports précités au jour de l'expertise du Dr N. _____, le 13 avril 2011, le Dr O. _____ n'ayant pas retenu d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique dans son rapport du 2 mars 2012. Mais il doit être relevé que le rapport du Dr N. _____ n'était plus actuel à la date de la décision du 13 octobre 2014 dont est recours et que les derniers rapports médicaux somatiques nécessiteraient un complément d'instruction contrairement à l'avis du Dr P. _____ du SMR de l'OAI-GE. Aussi il y a lieu de relever que le rapport médical de la Dre R. _____, psychiatre, n'a fait l'objet que d'une appréciation du Dr P. _____ dont la spécialisation n'est pas connue. Ce mode de procéder de la part du SMR relativement au rapport de la Dre R. _____ n'est pas correcte et devrait lui aussi justifier en lui-même un renvoi du dossier à l'autorité inférieure vu le défaut d'une prise de position sur le rapport de la Dre R. _____ conforme à la charge d'un SMR, ce que l'OAI-GE n'a par ailleurs à tort pas relevé.

E. 17.1

Tant matériellement sur le plan somatique que dans une certaine mesure sur le plan psychiatrique, mais sous ce dernier angle pour des motifs plus procéduraux, le dossier devrait être retourné à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Un tel renvoi s'imposerait également, de surcroît, pour le motif qu'avant de réduire ou supprimer une rente par voie de révision (art. 17 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) l'office AI a l'obligation d'examiner la capacité de réinsertion par lui-même d'un assuré de plus de 55 ans ou ayant été au bénéfice d'une rente pendant 15 ans au moins (cf. infra consid. 17.2), question à tort non examinée par l'autorité inférieure vu la durée de rente de plus de 15 ans, respectivement de l'âge de l'assuré de plus de 55 ans. L'âge avancé de l'assuré de plus de 61 ans au moment de la décision dont est recours nécessitait d'ailleurs également à ce titre un tel examen (cf. infra consid. 17.3), ce que l'autorité inférieure a également omis de faire bien que le recourant l'ait rendu attentif à la nécessité de cet

examen.

E. 17.2

Selon une jurisprudence constante (cf. arrêts du TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique recouvrée médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réadaptation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 1]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation, à moins que le défaut de volonté ou de capacité subjective de s'auto-insérer ne fasse objectivement défaut (cf. arrêt du TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les références). 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'office pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité, et le cas échéant supprimer le droit à la rente (arrêt du TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.5 i.f. et la référence). Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86; RSAS 2011 p. 71]). Le Tribunal fédéral a cependant précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de 15 ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux sans autre examen en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011

consid. 3.3 et 3.5, 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7, 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4). En l'espèce, ces deux conditions alternatives sont même cumulativement remplies: le recourant était âgée de plus de 55 ans et bénéficiait d'une rente entière depuis plus de 15 ans lors de la décision de suppression de rente. Dès lors que le recourant a bénéficié d'une rente d'invalidité durant plus de 15 ans (début du droit à la rente : 1er mai 1995) et de plus qu'il avait plus de 55 ans lors de la décision de suppression de rente il appartient à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Or il ressort du dossier que l'office intimé, respectivement l'OAI-GE, n'a pas examiné la question de la possibilité d'une réintégration par lui-même de l'assuré dans le monde du travail. Pour le cas d'un renvoi un tel examen s'imposerait donc.

E. 17.3

Au jour de la décision dont est recours l'intéressé était âgé de plus de 61 ans. Le recourant a soulevé ce fait dans son recours comme l'empêchant de retrouver un emploi et l'a largement développé en ce sens que l'autorité intimée ne pouvait ne pas avoir été rendue attentive à sa pertinence et nécessité de le traiter dans sa réponse au recours. Or elle n'a absolument pas traité du grief de l'âge avancé soulevé par le recourant. Lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander, si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA; arrêt du TF I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3); en effet, l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Lorsqu'un assuré est proche de l'âge de la retraite, cela revient à déterminer, dans un cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne assurée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. à titre d'exemple : arrêts du TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et références; arrêt du TAF C-108/2014 du 30 avril 2015 consid. 10.3). Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). L'âge avancé fait en effet partie des critères qui, bien que ne constituant pas une atteinte à la santé, doivent être pris en considération au moment d'évaluer l'exigibilité d'une activité adaptée sur un marché équilibré du travail. Le Tribunal fédéral a confirmé dans son arrêt du 4 septembre 2013 (9C_88/2013) sa jurisprudence selon laquelle on peut considérer qu'à partir de 60/61 ans les possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré sont maigres sans cependant être inexistantes, une appréciation dans chaque cas d'espèce s'imposant (arrêts du TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009; 9C_437/2008 du 19 mars 2009; I 819/04 du 27 mai 2005; voir ég. 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 et U 218/96 12 juin 1997 s'agissant d'assurés de près de 60 ans). Il sied donc de relever que l'intéressé, âgé de plus de 61 ans au 13 octobre 2014, date de la décision de suppression de rente, a été tenu présentant un état de santé permettant théoriquement une activité lucrative dans une activité légère adaptée sans toutefois qu'une appréciation de

l'effectivité de la mise en valeur de cette capacité de travail théorique ait été effectuée contrairement à l'obligation d'effectuer une appréciation concrète de mise en valeur de la capacité de travail résiduelle. Pour ce motif la décision de suppression de rente est contraire au droit et devrait être annulée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

E. 18

Vu ce qui précède la décision du 13 octobre 2014 de suppression de rente par voie de reconsidération dont est recours doit être annulée au motif d'un état de fait relatif à l'état de santé de l'intéressé non établi à la date de la décision dont est recours, soit notamment sur le plan somatique à compter de la date du rapport du Dr N. _____ du 15 avril 2011, d'une appréciation de la capacité de réintégration par soi-même non effectuée, tant à raison de la durée de la rente servie supérieure à 15 ans que de l'âge de 55 ans et plus ainsi qu'en raison de l'âge avancé de l'assuré, plus de 61 ans, au moment de la décision rendue, en résumé au motif d'une instruction incomplète. Compte tenu de l'âge actuel du recourant en 2017, soit plus de 64 ans, un arrêt de renvoi du dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA pour complément d'instruction notamment médical et examen de la capacité de réinsertion par soi-même et en raison de l'âge avancé de l'assuré (cf. l'ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 et supra consid. 17.3) ne se justifie cependant pas car il est manifeste qu'à la suite du complément d'instruction médical effectué la possibilité de réintégration de l'assuré dans le monde du travail jusqu'à ses 65 ans sera inexistante. Le présent arrêt met ainsi un terme à la procédure de reconsidération qui a été la seule suivie par l'autorité inférieure. Il s'ensuit que la décision dont est recours étant annulée la rente de l'intéressé doit lui être versée rétroactivement et par reconduction du droit à la rente entière.

E. 19

Il reste à examiner la question des frais de procédure et des dépens.

E. 19.1

Conformément à l'art. 63 al. 1 PA il n'est pas mis de frais de procédure à la partie qui a obtenu gain de cause. Vu l'issue du recours l'avance de frais de 400.- francs fournie par le recourant en cours de procédure lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Selon l'art. 63 al. 2 PA aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure.

E. 19.2

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 - comme c'est le cas en l'espèce - le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). Le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un avocat il lui est alloué une indemnité de dépens de 2'800.- francs (frais et débours compris) 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.

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