

# **BVGer C-2297/2016 vom 23. März 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2297\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2297_2016)

FR: TAF C-2297/2016 du 23 mars 2021

IT: TAF C-2297/2016 del 23 marzo 2021

## **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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE (cf. 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]).

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge expressément 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**

Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA), dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800.- francs a été dûment acquittée le 20 avril 2018 (art. 63 al. 4 PA [TAF pce 10]), de sorte que le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

### **E. 2.2**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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, 138 V 218 consid. 6). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

### **E. 2.3**

Par ailleurs, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui 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 du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'occurrence, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6ème révision de la LAI (premier volet) entrée en vigueur 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) s'appliquent au cas d'espèce.

### **E. 3.2**

En règle générale, le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce jusqu'au 24 février 2016. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

### **E. 4**

Le présent litige porte sur le refus prononcé par décision du 24 février 2016 de l'OAIE d'augmenter par voie de révision le droit à la rente du recourant arrêté à un quart depuis le 1er avril 2012.

### **E. 4.1**

Dans la mesure où l'assuré est un ressortissant italien domicilié en Italie, ayant travaillé et été assuré durant plusieurs années en Suisse, la cause présente un élément d'extranéité. Dans

ces circonstances, sont applicables l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). L'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge dès lors pas de l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; arrêt du TAF C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1). Partant, le recourant ne saurait tirer aucun bénéfice de la décision du 16 mars 2015 des autorités italiennes en matière d'invalidité lui ayant reconnu une invalidité avec réduction permanente de la capacité de travail de 60 % à compter du 26 juin 2013 et de 65 % à compter du 13 février 2015 (AI pce 274), les prestations d'invalidité n'étant pas octroyées sur les mêmes critères en Suisse et en Italie.

#### **E. 4.2**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 4.3**

On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Cela étant, le taux d'invalidité s'évalue en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

##### **E. 4.3.1**

La reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017

consid. 4.5.2, 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, l'autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281). Une expertise psychiatrique est en particulier nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telles 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), la fibromyalgie présentant de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4 et 4.1 ; arrêt du TF 9C\_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12).

#### **E. 4.3.2**

Selon la jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique (consid. 4.3.1 supra) doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient par ailleurs de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent en outre un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

#### **E. 5.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer la maxime inquisitoire (arrêts du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet 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 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Les

données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1, 140 V 193 consid. 3.1 s., 125 V 256 consid. 4 et les références citées). L'appréciation médicale de la capacité de travail constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 s., 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; arrêt du TF 9C\_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.3). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C\_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

## **E. 5.2**

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit., 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, ad art. 57 n° 33). Ainsi, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas, alors que les circonstances sont demeurées inchangées, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss ; Valterio, op. cit., art. 31 n° 11).

## **E. 5.3**

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE (SM/OAIE) ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne

et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2, 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE, mais en de telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (arrêts du TF 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s., 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose également 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 d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire est requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports du service médical de l'OAIE (ATF 139 V 225 consid. 5. 2, 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêts du TF 9C\_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 et ss, 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit., p. 774 ch. 43).

### **E. 6.1**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Pour examiner s'il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74ter let. f et Art. 74quater al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'était intervenue, peut, le cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C\_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision

litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

## **E. 6.2**

Pour déterminer si, en l'espèce, le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable, il convient de comparer les faits prévalant au moment de la décision litigieuse du 24 février 2016 avec ceux pris en compte par l'OAIE dans sa décision du 6 novembre 2014. Dans le cadre de cette dernière procédure, l'autorité inférieure a recueilli l'avis du médecin-conseil de l'organisme de liaison (formulaire E213 du 28 novembre 2013 [AI pce 167]), celui des médecins traitants du recourant (AI pces 170 à 193, 196, 199 à 211, 215 à 219) et celui du Service médical régional Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : SMR [AI pces 213, 222 et 229]). Se fondant essentiellement sur l'avis de son service médical, elle a considéré que l'état de santé ainsi que la capacité de travail respectivement de gain du recourant ne s'étaient pas notablement modifiées depuis l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011. Ce faisant, elle a procédé à une constatation des faits pertinents et à une appréciation des pièces médicales, de sorte que la décision du 6 novembre 2014 constitue la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente du recourant. La question de savoir si le degré d'invalidité de ce dernier a subi depuis lors une modification notable doit ainsi être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à cette date (cf. consid. 7 et ss infra) avec ceux ayant présidé au prononcé de la décision litigieuse du 24 février 2016 (cf. consid. 8 et ss infra).

## **E. 7**

Lors du prononcé du 6 novembre 2014, l'autorité inférieure a confirmé le droit du recourant à un quart de rente. Elle a considéré que l'état de santé de ce dernier ne s'était pas modifié de manière significative, de sorte qu'il présentait une capacité de travail de 50 % dans la dernière activité lucrative exercée respectivement de 80 % dans des activités lucratives médicalement adaptées, l'incapacité de travail étant fondée sur des troubles psychiques. L'autorité inférieure a exposé en particulier que la pathologie rénale, sans incidence sur la fonction rénale, n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail, de même que les IRM réalisées en 2013 ne contenaient aucun élément permettant de conclure à une ostéoporose (AI pce 231).

### **E. 7.1**

À l'appui de ces considérations, l'OAIE s'est fondé sur : - un rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 22 septembre 2011 par les Drs R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie et réhabilitation), S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) et T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) du Service d'examen médical de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, lesquels ont retenu les diagnostics suivants : avec incidences sur la capacité de travail : - syndrome cervico-vertébral sur altérations dégénératives avec ostéochondrose en C5-C6 et C6-C7 avec spondylose, spondylarthrose et uncarthrose avec signes électrophysiologiques de radiculopathie gauche en C5, sans corrélation clinique - syndrome lombo-vertébral spondylogène à droite sur altérations statiques avec scoliose dextro-convexe au passage lombosacré et discopathies plurisegmentaires plus marquées en L3-L4 et surtout L4-L5 avec ostéochondrose et spondylose - status post cure de protrusion discale et discectomie en L4-L5, avec coagulation simultanée d'une importante varicose du plexus vertébral le 13 janvier 1998 - possible compression radiculaire intermittente droite en L5 - signes électrophysiologiques d'une radiculopathie gauche en L4-L5, sans corrélation

clinique - gonarthrose externe droite consécutive à une contusion du genou droit en 1997, avec méniscectomie externe droite le 27 mai 1998 entraînant des douleurs résiduelles et des limitations fonctionnelles (le recourant ne pouvant ni monter ni descendre des escaliers de manière répétée, ni marcher en terrains accidentés, ni s'agenouiller) - dysthymie chronique (F34.1) sans incidences sur la capacité de travail : - gonalgies gauches après résection arthroscopique du ménisque externe gauche le 6 décembre 2000 - dyslipidémie - gastrite chronique ; sur le plan rhumatologique, l'expert n'a observé aucun signe d'instabilité lombaire ni signe de compression ou d'irritation radiculaire, mais il a constaté une douleur à la mobilisation postéro-antérieure du segment lombaire ; le tableau clinique était complété par une gonarthrose latérale initiale du côté droit, avec des douleurs résiduelles, le genou gauche ne présentant aucune atteinte particulière malgré l'intervention pratiquée en 2000 ; au niveau des limitations fonctionnelles, le patient était empêché d'effectuer des activités qui n'étaient pas ergonomiques pour les colonnes cervicale et lombaire, dans des activités répétitives et monotones qui nécessitaient une rotation ou une flexion latérale du tronc ou une flexion vers l'avant des colonnes cervicale et lombaire, le patient était limité dans le port de charges excédant 7,5 kg. ; il pouvait soutenir de manière ininterrompue les positions statiques debout pendant quelques minutes et assise pendant un maximum de 30 minutes ; une activité lucrative favorisant l'alternance des positions et les déplacements était exigible sans restrictions particulières ; en raison de l'atteinte au genou droit, le patient ne pouvait ni monter ni descendre des escaliers de manière répétée, ni marcher sur des terrains accidentés, ni s'agenouiller ; il présentait une incapacité de travail de 50 % au moins dans son ancien emploi de manoeuvre aux B.\_\_\_\_\_, tandis qu'il était pleinement capable d'exercer des activités lucratives adaptées sur le plan rhumatologique ; sur le plan neurologique, l'expert a considéré que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans son métier au service des B.\_\_\_\_\_, l'exercice de celui-ci entraînant la résurgence d'importants troubles radiculaires ; en revanche, l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant (tâches s'exerçant en positions ergonomiques, nécessitant peu d'efforts physiques et favorisant l'alternance régulière des positions) était exigible sans restriction, seules des incapacités de travail intermittentes en cas de douleurs radiculaires persistant ; selon l'expert psychiatre, le patient présentait une amélioration manifeste de son état de santé ; le tableau laissait apparaître une légère symptomatologie dépressive liée à une situation de vie plutôt insatisfaisante, malgré le retour de l'expertisé dans son pays d'origine ; l'expert mandaté en 2001 (recte : 2000) n'avait mis en évidence aucun fonctionnement psycho-typique, ni éléments décrivant un trouble franc de la personnalité paranoïaque ou une dépression endogène, mais avait plutôt révélé un tableau dysthymique chronique avec des éléments de posture psychologique rigide sur les troubles de l'appareil locomoteur ; il était plausible qu'à la suite du retour définitif de l'assuré dans son pays, il se fût produit une adaptation relative à la situation de vie dans le cadre d'un trouble dysthymique chronique n'exerçant plus désormais qu'une légère incidence fonctionnelle constitutive, sur le plan psychiatrique, d'une incapacité résiduelle de travail de 20 % dans toute activité lucrative ; en définitive, la capacité de travail du recourant était entière dans des activités lucratives adaptées sur les plans rhumatologique et neurologique (soit favorisant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 7,5 kg., sans déplacements en terrains accidentés, sans mouvement en porte-à-faux ni rotation du tronc, sans escaliers ni échelles, sans flexion constante de la nuque sur l'avant), seule une incapacité résiduelle de travail de 20 % fondée sur des troubles psychiques perdurant (AI pce 110) ; - un rapport final SMR Q.\_\_\_\_\_ établi le 10 juin 2014 par la Dresse

U.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne) qui a retenu les diagnostics : avec répercussions sur la capacité de travail de : - dysthymie chronicisée (F34.1) - syndrome cervico-vertébral en présence de lésions dégénératives en C5-C6 et C6-C7 (M53) - syndrome lombo-vertébral en présence de troubles dégénératifs et statiques et discopathies en L3-L4, L4-L5 (M54.5) - status post opération d'une protrusion discale en L4-L5 - possibles compressions radiculaires intermittentes en L5 sans répercussions sur la capacité de travail de : - vitiligo (2012) - gastrite chronique (2012) - syndrome du tunnel carpien gauche (2012) - dyslipidémie - gonarthrose gauche - gonarthrose droite (M17) - syndrome de la coiffe des rotateurs (M751) ; la Dresse U.\_\_\_\_\_ a souligné que, sur le plan psychique, le recourant invoquait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive consécutive à la grave pathologie vertébrale et qu'il se trouvait sous antidépresseurs (Cymbalta® 60 mg) ; toutefois, les symptômes ainsi décrits ne démontraient aucun changement significatif depuis l'expertise de 2011, cela même si le traitement antidépresseur avait été augmenté ; le trouble dysthymique était toujours présent avec des variations au gré des douleurs vertébrales ; sur le plan somatique, l'abondante documentation médicale incluant des radiographies attestait de cervicobrachialgies et de lombalgies ; l'assuré avait été hospitalisé entre les 28 mars 2013 et le 4 avril 2013 pour des lombosciatalgies droites non déficitaires ; aucune intervention chirurgicale n'avait été programmée ni aucun contrôle ambulatoire préconisé ; une IRM cervico-dorso-lombosacrée effectuée le 8 mars 2013 attestait au niveau cervical des mêmes altérations que celles décrites sur l'IRM cervicale du 28 décembre 2009, à savoir une spondylarthrose étagée avec protrusion discale en C3-C4, C5-C6 et C6-C7 et contact sur le parenchyme médullaire ; il en était de même pour la colonne lombaire qui montrait des troubles dégénératifs étagés des disques vertébraux avec de petites hernies discales médianes et paramédianes avec empreintes sur le sac dural ; les atteintes somatiques dégénératives touchant l'ensemble de la colonne vertébrale, principalement cervicale et lombaire, n'avaient pas évolué de manière significative depuis l'expertise du 22 septembre 2011 ; en effet, les radiographies et les IRM du rachis attestaient des mêmes lésions dégénératives ; il n'y était fait mention d'aucun déficit neurologique ni nouvelle intervention chirurgicale (AI pce 213) ; - un rapport final SMR Q.\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2014 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne) indiquant que la pathologie lithiasique rénale de l'assuré était connue depuis 2012 (cf. avis SMR du 10 octobre 2012) ; cette pathologie aiguë, sans répercussion sur la fonction rénale en l'état du dossier, n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail de l'assuré (AI pce 222) ; - un avis SMR Q.\_\_\_\_\_ établi le 3 novembre 2014 par le Dr W.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) relevant que les IRM réalisées en 2013 ne contenaient aucun élément permettant de conclure à une ostéoporose ; les rapports des radiologues ne mentionnaient pas d'ostéoporose ; la densitométrie osseuse du 20 mars 2014 concluait à une ostéoporose lombaire et à une ostéopénie de la hanche : toutefois, une ostéopénie n'entraînait pas de limitation fonctionnelle, tandis qu'une ostéoporose ne pouvait justifier une incapacité de travail qu'à condition d'avoir entraîné une fracture, une ostéoporose sans complication de fracture ou une ostéopénie n'entraînant pas d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle (AI pce 229).

## **E. 7.2**

Outre la documentation précitée, l'instruction de la procédure de révision achevée par la décision de l'OAIE du 6 novembre 2014 a porté au dossier les pièces médicales suivantes : - deux certificats établis les 6 mai 2013 et 24 avril 2014 aux termes desquels le Dr X.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) a indiqué que l'assuré était suivi par l'Unité de santé mentale de

(...) pour un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et que le tableau clinique était en étroite connexité avec la grave pathologie vertébrale dont il souffrait (AI pces 175 et 176) ; - un rapport du 14 mars 2014 du Dr Y. \_\_\_\_\_ (spécialiste en orthopédie et traumatologie) préconisant, en sus du traitement pharmacologique des genoux, l'indication d'infiltrations à l'acide hyaluronique (AI pce 173) ; - un rapport de densitométrie du 20 mars 2014 du Dr Z. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) mettant en évidence une ostéoporose lombaire avec un T-score à -4.2 DS au niveau des vertèbres L1 à L4 et une ostéopénie fémorale avec un T-score à -1.6 DS au niveau de la hanche gauche (AI pce 170) ; - un rapport du 6 mai 2014 du Dr Aa. \_\_\_\_\_ (spécialiste en hygiène et médecine préventive) qui a indiqué que le patient souffrait de lombosciatalgies et cervicobrachialgies bilatérales avec des discopathies multiples au niveau cervical et lombaire ; il avait présenté un récent épisode aigu de lombosciatalgies droites sur hernie discale droite en L3-L4 ; pour la pathologie du rachis, une nouvelle intervention chirurgicale avec décompression radiculaire était prévue ; les troubles orthopédiques étaient également en aggravation continue et s'étaient empirés au cours des deux dernières années (AI pce 171).

### **E. 8.1**

L'instruction de la présente procédure de révision initiée sur demande du recourant du 26 janvier 2015 a porté au dossier la documentation médicale suivante : - un rapport du 1er décembre 2014 de la Dresse Bb. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) relatif à une IRM de la colonne dorsale et lombo-sacrée effectuée le 27 novembre 2014 qui révèle : - une courbure de l'épine dorsale préservée - une scoliose lombaire droite convexe - un redressement de la lordose physiologique - un aspect de vertèbre sacralisée au niveau du dernier métamère lombaire - des signes spondylarthrosiques, en particulier au niveau du passage dorso-lombaire et du tractus lombaire distal, avec une arthrose interapophysaire - des troubles dégénératifs discaux et ostéochondritiques diffus, plus marqués en L4-L5 avec réduction de l'espace intersomatique, - des hernies discales droites à tous les étages de D7 à L1 foraminale en D12-L1 avec ostéophyte somato-marginal en D10-D11 et D11- D12 - des protrusions discales en L1-L2 et L2-L3 - une petite hernie discale en L3-L4 - une hernie latérale et foraminale droite en L4-L5 avec prolapsus discal postérieur associé à une ostéophytose somato-marginale et une sténose arthrosique foraminale bilatérale - un léger rétrécissement du canal rachidien de D12 à L5 sur troubles dégénératifs - sans altérations évidentes du signal médullaire de la région dorsale ni lombaire (AI pce 232) ; - un rapport du 18 décembre 2014 du Dr Cc. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) qui retient les diagnostics de syndrome d'irritation radiculaire bilatéral en D9-D10-D11 à prédominance droite, de syndrome d'irritation radiculaire déficitaire gauche en L4 et de syndrome d'irritation radiculaire droite en L5, des réflexes myotatiques hypervifs aux quatre membres en relation avec une irritation myéloradiculaire cervicale ; qui constate une détérioration clinique et radiologique par rapport au dernier contrôle clinique de mars 2013, une aggravation de la sténose du canal cervical avec des hernies discales en C3-C4, C5-C6 avec myélopathie en C7, associée à une sténo-instabilité et scoliose de la colonne lombaire ; le tableau est aggravé par des valeurs densitométriques limites en cas de charges de la colonne lombaire et de la tête fémorale avec ostéopénie ; qui préconise un traitement chirurgical par microdissectomie dorsale en D10-D11, laminectomie décompressive avec stabilisation du matériel en L2-L5 et microdissectomie associée en L3-L4 et L4-L5 ; qui ajoute que le patient n'est pas en mesure d'exercer des activités dynamiques et statiques, les premières compte tenu d'une sténose vertébrale à plusieurs niveaux et d'une hernie discale franche toutes deux d'ordre chirurgical - et les secondes en raison d'une instabilité cervicale et

lombosacrée, pour lesquelles une réponse chirurgicale est également recommandée ; qui conteste les considérations de l'OAIE selon lesquelles l'ostéoporose naissante n'est pas incapacitante à défaut de fracture vertébrale ou fémorale, considérant que ces dernières doivent être évitées à tout prix compte tenu du risque réel de dégradation osseuse due à l'ostéopénie (AI pce 235) ; - une attestation du 19 décembre 2014 aux termes de laquelle le Dr Aa. \_\_\_\_\_ (spécialiste en hygiène et médecine préventive) confirme une détérioration progressive de la colonne vertébrale (AI pce 233) ; - un rapport du 23 décembre 2014 du Dr Dd. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) qui rappelle l'anamnèse médicale de l'assuré (lombosciatalgies et cervicobrachialgies bilatérales sur discopathies multiples, herniectomy lombaire en L4-L5 à droite et méniscectomie bilatérale en 1998, trouble anxio-dépressif réactif sous traitement depuis 2012, hypertrophie de la prostate sous traitement, périarthrite scapulo-humérale avec conflit sous-acromial), puis, sur la base d'une densitométrie osseuse pratiquée le 20 mars 2014, constate un T-score de -4,1 au niveau des lombaires en L1-L4 et de -2,1 au niveau du col du fémur et tient pour vraisemblable que l'ostéoporose soit secondaire à la prise chronique de cortisone (AI pce 234) ; - un rapport d'IRM effectuée le 27 janvier 2015 par le Dr Ee. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) qui observe, au niveau du bassin, une héli-sacralisation droite en L5 avec une probable scoliose lombaire dextro-convexe ; au niveau des genoux, des signes de gonarthrose avec varus des genoux, un épaississement du profil des plateaux tibiaux, les premiers signes d'ostéophytose marginale, une réduction de l'espace articulaire fémoro-tibial (AI pce 249) ; - un avis du 5 février 2015 du Dr Ff. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) qui constate une dégénérescence arthrosique post-traumatique du genou droit avec de constants oedèmes localisés entraînant des douleurs en cas de charges et de mouvements, ainsi qu'une limitation sévère de la marche ; une dégénérescence arthrosique débutante du genou gauche ; une sténo-instabilité du rachis lombaire sous forme d'une scoliose dextro-convexe avec spondylarthrose diffuse et protrusions multiples (cervicales et lombaires) des suites d'une herniectomy droite en L4-L5 effectuée en 1998 ; la pathologie du rachis est sujette à évolution et sa détérioration progressive est attestée par de récents examens radiologiques et cliniques ; une ostéoporose (T-score -4,1) sous traitement pharmacologique ; un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive chronique diagnostiqué en 2012 et toujours sous traitement ; des troubles articulaires scapulo-huméraux bilatéraux dus à un conflit sous-acromial sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs et arthrose acromio-claviculaire ; ces troubles limitent sévèrement la fonction articulaire des épaules ; l'assuré souffre également d'hypertrophie prostatique, d'hypercholestérolémie et de néphrocalcinose ; compte tenu de leur complexité, ces troubles limitent sévèrement l'autonomie et la marche du patient (capacité motrice et déambulatoire) au quotidien et entraînent une invalidité permanente de l'ordre de 85 % (AI pce 248) ; - une prise de position SM/OAIE du 22 février 2015 du Dr Gg. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) aux termes de laquelle les documents produits par l'assuré contiennent des déclarations contradictoires et incomplètes ; en effet, les copies des examens radiologiques sont de mauvaise qualité et ne permettent aucune évaluation, le rapport radiologique de la Dresse Bb. \_\_\_\_\_ du 1er décembre 2014 évoquant des hernies discales dans le cadre de protrusions, ce qui constitue en soi une contradiction, tandis que le rapport du Dr Cc. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2014 est substantiellement identique au précédent rapport du 26 mars 2013 ; la détérioration du status clinique évoquée ne peut être évaluée de cette manière et ses éventuels effets sur l'incapacité de travail sont particulièrement douteux et insuffisamment prouvés ; le médecin AI suggère soit de soumettre le dossier à un

neurochirurgien et à un radiologue en Suisse après avoir recueilli les IRM des deux dernières années et la densitométrie osseuse, soit d'effectuer en Suisse une nouvelle expertise pluridisciplinaire en orthopédie, neurologie et rhumatologie (AI pce 243) ; - une prise de position SM/OAIE du 6 mai 2015 aux termes de laquelle le Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) retient les diagnostics : avec répercussions sur la capacité de travail de : - syndrome lombovertébral en présence de troubles de la statique lombo-sacrée et discopathies étagées, surtout en L3-L4 et L4-L5 (1998) - status après ablation d'une hernie discale droite en L4-L5 avec curage du disque (1998) - syndrome cervico-vertébral en présence de lésions dégénératives en C5-C6 et C6-C7 (2001) - arthrose acromio-claviculaire et tendinopathie de l'épaule droite (2012) - gonarthrose droite débutante (2012) sans répercussions sur la capacité de travail de : - dysthymie chronicisée (F34.1) - anomalie transitionnelle lombo-sacrée (congénitale) - reins en fer à cheval (congénital) - dyslipidémie (1989) - luxation temporo-mandibulaire droite (1992) - status post arthroscopie du genou droit (1998) - lombosciatalgies droites (1999) - status post arthroscopie du genou gauche (2000) - nucalgies sur discopathie en C5-C6 (2001) - ablation d'un fibro-lipome de la nuque (2002) - gastrite chronique superficielle (2010) - syndrome du canal carpien débutant (2010) - vitiligo cutané (2012) - gastrite chronique (2012) - syndrome du tunnel carpien gauche (2012) - colique néphrétique gauche (2012) - hypertrophie de la prostate (2012) - ostéoporose vertébrale et ostéopénie du col fémoral (2014) à l'appui de son évaluation, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé la présence au dossier : de radiographies des genoux du 16 décembre 2013 indiquant, à gauche, un status normal, et à droite, la présence d'un petit pincement externe avec un ostéophyte externe débutant correspondant à un stade ¼ selon la classification de Kellgren et Lawrence et la présence d'un petit ostéophyte à la pointe de la rotule d'une IRM du genou droit du 16 décembre 2013 indiquant l'absence de ménisque externe et des irrégularités cartilagineuses rétro-patellaires de radiographies de la colonne cervicale du 16 décembre 2013 révélant un pincement en C5-C6 et C6-C7 modéré avec une ostéophytose antérieure et postérieure d'une IRM cervicale du 16 décembre 2013 indiquant une protrusion en C5-C6 et C6-C7 de radiographies de la colonne lombaire du 16 décembre 2013 révélant une anomalie transitionnelle en L5-S1, une scoliose dextro-convexe, une discopathie en L3-L4 et L4-L5 avec un pincement marqué de l'espace L4-L5 (suite au curetage discal) associées à une arthrose interapophysaire en L4-L5 d'une IRM lombaire du 16 décembre 2013 révélant des lésions discales ainsi qu'une protrusion foraminale et des reins en fer à cheval d'une IRM lombaire du 27 novembre 2014 confirmant des discopathies étagées et les modifications dégénératives susmentionnées d'une IRM dorsale du 27 novembre 2014 révélant des herniations dorsales moyennes entrant en contact avec la moelle épinière sans modification du signal médullaire d'une IRM de la colonne dorsale et lombaire du 1er décembre 2014 mentionnant des hernies discales à tous les étages de D7 à L1 avec un petit ostéophyte en D12-L1, une protrusion discale en L1-L2 et L2-L3, une petite hernie discale en L3-L4, un pincement discal en L4-L5 avec prolapsus postérieur et ostéophytose réduisant le foramen des deux côtés par des modifications arthrosiques, sans modification du signal médullaire dans la zone tant dorsale que lombaire selon le médecin AI, les nouveaux documents radiologiques du rachis (radiographies et IRM du 16 décembre 2013 et IRM dorsale et lombaire du 27 novembre 2014) ne montrent pas de modifications disco-vertébrales majeures à l'exception de protrusions ou de petites hernies discales dorsales moyennes ; ces documents n'attestent d'aucun élément évoquant une fracture vertébrale ancienne ou récente ; comme il est généralement admis qu'il n'existe pas de corrélation entre l'intensité des

douleurs ostéo-articulaires et les modifications anatomiques observées, il n'y a pas d'aggravation des incapacités de travail établies lors de l'expertise de 2011 ; « il en est de même pour les nouveaux documents présentés pour l'épaule droite (IRM de l'épaule du 16 décembre 2013) ou du bassin (pas de coxarthrose décrite), d'aggravation de la gonarthrose ou d'apparition d'une arthrose des chevilles » ; la minéralométrie effectuée le 20 mars 2014 a mis en évidence une ostéoporose marquée de la colonne lombaire et une ostéopénie du col fémoral ; l'assuré bénéficie d'un traitement anti-ostéoporotique depuis décembre 2014 ; le calcul du FRAX correspondant à la probabilité d'une fracture majeure (vertèbre, col de l'humérus) sur 10 ans pour la population italienne - fait état d'un risque de fracture, dans le cas du recourant, de 7,2 % et pour une fracture de la hanche de 3 %, soit d'un faible risque de fracture ; les limitations fonctionnelles décrites en 2012 [recte : 2011] (port de charges inférieures à 7.5 kg, activité sans risque de chute, pas d'activités en hauteur, pas de marche en terrain inégal, etc., mains au-dessus du plan des épaules de manière régulière) sont considérées comme adaptées aux troubles en cause (AI pce 260) ; - une prise de position SM/OAIE du 5 juin 2015 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) selon laquelle le rapport neurochirurgical du 18 décembre 2014 du Dr Cc. \_\_\_\_\_ décrit des symptômes figurant déjà dans l'expertise pluridisciplinaire de 2011, notamment une lombosciatalgie et une cervicologie ; par contre, alors que l'examen clinique était normal lors de l'expertise de 2011, actuellement le patient présente des signes radiculaires aux niveaux L4 gauche et L5 droite ; les réflexes myotatiques sont hypervifs aux quatre membres en relation avec une irritation myéloradiculaire cervicale, mais aucune faiblesse n'est décrite ; à noter que la souffrance radiculaire en L4 gauche et L5 bilatérale était évoquée dans le rapport ENMG établi lors de l'expertise en 2011 ; il y a lieu d'en conclure que les limitations fonctionnelles en relation avec cette atteinte radiculaire ont déjà été examinées lors de l'expertise 2011 ; l'on peut admettre une aggravation discrète de cette atteinte pour qu'elle soit remarquée cliniquement, mais à défaut de faiblesse, les limitations fonctionnelles demeurent inchangées ; un traitement chirurgical est indiqué, mais aucun document n'atteste la réalisation de ce traitement, 6 mois après qu'il a été préconisé ; concernant l'aggravation clinique au niveau cervical, il n'existe pas de faiblesse mais uniquement une hyper-réflexie des quatre membres ; il existe ainsi une aggravation radiologique avec l'apparition d'une myélopathie à l'IRM cervicale qui n'était pas présente lors de l'IRM du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise de 2011 ; en l'absence de répercussions cliniques significatives (absence de faiblesse des membres), cette aggravation radiologique ne modifie pas de manière significative les limitations fonctionnelles décrites lors de l'expertise de 2011 ; s'agissant de l'IRM lombosacrée et dorsale du 1er décembre 2014, la Dresse L. \_\_\_\_\_ ajoute que celle-ci décrit des hernies discales à tous les étages de D7 à L1 ; ces altérations figuraient également sur le rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 8 mars 2013 (cf. AI pce 199), mais elles sont plus importantes que l'atteinte décrite sur l'IRM lombosacrée du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise de 2011 ; seules les répercussions cliniques de cette aggravation radiologique pourraient aggraver les limitations fonctionnelles décrites lors de l'expertise de 2011 ; or, les répercussions cliniques résultant du rapport neurochirurgical du 18 décembre 2014 se résument à des douleurs et ne constituent pas un critère objectif, aucune faiblesse significative ou hypoesthésie incapacitante n'étant décrites ; en définitive, seule une discrète progression de l'atteinte cervicale, dorsale et lombaire est établie sans toutefois entraîner de modification des limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise de 2011, de sorte que la capacité de travail de l'assuré ne change pas ; à propos des rapports du Dr Aa. \_\_\_\_\_ (spécialiste en hygiène et médecine préventive), la Dresse

L.\_\_\_\_\_ indique que celui du 19 décembre 2014 ne livre pas d'informations particulières (AI pce 233); celui du 6 mai 2014 (AI pce 171) répète des informations déjà connues, informe de l'apparition d'une lombosciatalgie aiguë sur la hernie discale droite en L3-L4 ; le Dr Aa.\_\_\_\_\_ décrit une aggravation progressive de l'état de santé au cours des deux dernières années, aggravation attestée par l'ensemble des nouveaux documents, mais insuffisante pour justifier une aggravation des limitations fonctionnelles ; la Dresse L.\_\_\_\_\_ souligne enfin que le rapport orthopédique du 5 février 2015 du Dr Ff.\_\_\_\_\_ ne contient pas de nouvelles informations déterminantes sur le plan neurologique ; la Dresse L.\_\_\_\_\_ en conclut que les nouveaux documents médicaux décrivent une discrète progression de l'atteinte cervicale, dorsale et lombaire au niveau des images radiologiques ; sur la base des plaintes de l'assuré et de l'examen clinique, les limitations fonctionnelles ne sont pas différentes de celles décrites lors de l'expertise 2011, de sorte que la nouvelle documentation médicale ne modifie pas l'incapacité de travail de l'assuré (AI pce 262) ; - un rapport du 28 juillet 2015 aux termes duquel la Dresse I.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie) indique que l'assuré est suivi par l'Unité de santé mentale de (...) depuis 2012 pour un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un syndrome fibromyalgique sévère et résistant à la thérapie ; le cortège symptomatologique est étroitement lié aux limitations fonctionnelles et aux douleurs dues à la pathologie ostéoarticulaire sous-jacente ; le patient s'astreint scrupuleusement tant au traitement pharmacologique qu'aux contrôles psychiatriques auprès du service précité (AI pce 266) ; - une prise de position SM/OAIE du 26 août 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) qui indique que le rapport du 28 juillet 2015 de la Dresse I.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau sur le plan musculo-squelettique ; le rhumatologue écarte le diagnostic de fibromyalgie expliquant qu'il n'existe pas de syndrome fibromyalgique grave ou léger ; la fibromyalgie est présente ou pas selon des critères de diagnostic précis (11/18 points gâchette) ; en outre, la fibromyalgie résiste à tout traitement anti-inflammatoire y compris la cortisone ou antalgique y compris la morphine , raison pour laquelle elle est chronique ; en l'occurrence, le diagnostic de fibromyalgie évoqué ne justifie pas d'incapacité de travail à défaut de modification clairement objectivable du point de vue musculo-squelettique ; les répercussions des douleurs chroniques sur l'état de santé psychique de l'assuré doivent faire l'objet d'une évaluation psychiatrique (AI pce 269) ; - une prise de position SM/OAIE du 17 septembre 2015 aux termes de laquelle le Dr M.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) indique que l'assuré ne présente pas d'aggravation psychique depuis l'expertise 2011 ; le Dr M.\_\_\_\_\_ explique en particulier que le Dr X.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) retient un trouble dépressif puis un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive chronique sans analyse ni fondement, de sorte que les diagnostics posés n'apparaissent pas fondés; le trouble de l'adaptation est strictement lié aux souffrances physiques; le fait que celles-ci subsistent depuis des années rend le diagnostic posé erroné, attendu que celui-ci ne peut être diagnostiqué que pour une durée de deux ans au plus (AI pce 270) ; - un rapport du 18 novembre 2015 aux termes duquel la Dresse I.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie) rappelle l'anamnèse (aggravation de la douleur, instabilité sur le plan thymique, sensations de relâchement après la prise du Lyrica), pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un syndrome fibromyalgique grave et résistant à la thérapie, prescrit un traitement (Venlafaxina [Zarelis] et Pregabalin [Lyrica]) et prévoit un prochain contrôle pour le mois de janvier 2016 (AI pce 272) ; - une prise de position SM/OAIE du 12 février 2016 aux termes de laquelle la Dresse L.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) indique que les rapports

des 28 juillet 2015 et 18 novembre 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne contiennent aucun nouvel élément permettant de déduire la présence d'une atteinte neurologique ; la fatigue peut être un effet secondaire au traitement de Lyrica, mais en règle générale, la sensation de fatigue diminue voire disparaît en cas de prise régulière de ce traitement ; les rapports médicaux précités nouvellement produits au dossier n'apportent aucune information modifiant les conclusions de sa prise de position du 5 juin 2015 (AI pce 276);

## **E. 8.2**

Après le prononcé de la décision litigieuse survenu le 24 février 2016, la documentation médicale suivante a été ajoutée au dossier : - un rapport du 15 mars 2016 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie) aux termes duquel l'assuré est suivi par l'Unité de santé mentale de (...) depuis 2012 en raison d'un trouble de l'adaptation avec dépression majeure grave et chronique associé à un syndrome fibromyalgique grave et résistant au traitement ; le cortège symptomatique est lié en partie aux limitations fonctionnelles et aux douleurs dues à la maladie ostéo-articulaire dégénérative et progressivement invalidante sous-jacente, aggravant continuellement le cadre thymique ; des événements familiaux ont entraîné l'apparition d'idées suicidaires nécessitant la prise d'antipsychotiques à doses moyennes voire élevées, bien que contre-indiqués en raison de leurs répercussions sur la pathologie de base ; le patient respecte scrupuleusement le suivi thérapeutique pharmacologique ainsi que les visites de contrôle auprès du service susmentionné (TAF pce 1, annexe) ; - un rapport du 21 mars 2016 aux termes duquel le Dr J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine du travail, hygiène et médecine préventive) critique la prise de position du SM/OAIE qui procéderait à une présentation générique de la dépression majeure, de la sténose lombaire (primaire ou secondaire), de la discopathie lombo-sacrée, puis considère, sur la base de la documentation médicale, que l'état de santé de l'assuré fonde un degré d'invalidité de 80 % (TAF pce 1, annexe) ; - un rapport d'IRM du 21 mai 2016 de la Dresse Bb. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) selon lequel le genou droit présente un status post ménissectomie sélective médiane avec un ménisque résiduel et un aspect de pseudo-kyste antérieur ; des signes de remaniement du cartilage articulaire fémoro-tibial et une diminution de l'espace articulaire sur la partie externe ; une cicatrice au niveau du ligament croisé antérieur ; une formation kystique au niveau du sac sur le muscle gastrocnémien semi-membraneux ; des signes d'ostéochondropathie au niveau de la rotule ; le genou gauche présente un status post ménissectomie sélective médiane ; des signes de remaniement du cartilage articulaire fémoro-tibial avec une petite lésion ostéochondrale au niveau de l'épicondyle fémorale ; présence d'un petit corps libre calcifié au niveau du sac du muscle gastrocnémien semi-membraneux (TAF pce 13 annexe) ; - une prise de position SM/OAIE du 29 juin 2016 aux termes de laquelle le Dr M. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) considère que dans son rapport du 18 novembre 2015, la Dresse I. \_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi consiste l'aggravation de l'état de santé psychique qu'elle évoque, et renvoie à sa précédente prise de position du 17 septembre 2015 s'agissant du diagnostic de trouble de l'adaptation ; le Dr M. \_\_\_\_\_ ajoute que dans son rapport du 15 mars 2016, la Dresse I. \_\_\_\_\_ ne livre derechef aucune motivation à l'appui du diagnostic de dépression majeure qu'elle retient ; il ajoute que ce rapport, qui fait mention d'idées suicidaires consécutives à des difficultés familiales contre lesquelles a été prescrite la prise d'un neuroleptique, ne fait l'objet d'aucune précision (nom du médicament et dosage prescrit) ; le Dr M. \_\_\_\_\_ infère de ces considérations que la documentation médicale récente produite en marge du recours se révèle redondante et n'apporte aucun élément nouveau fondé sur des constats médicaux clairement motivés ; ni les troubles de

l'adaptation mentionnés à réitérées reprises ni la dysthymie ne fondent médicalement d'incapacité de travail de longue durée ; aucune mesure d'instruction complémentaire n'est nécessaire, la situation médicale étant suffisamment clarifiée (TAF pce 5, annexe); - un rapport du 1er décembre 2016 de N. \_\_\_\_\_ (psychologue clinique spécialisée en psychothérapie cognitivo-comportementale et perfectionnée en neuropsychologie clinique) qui prend acte, à l'anamnèse, d'un syndrome fibromyalgique grave, résistant au traitement et à caractère dégénératif progressif et invalidant ; qui dresse l'évaluation psychologique d'un sujet dont l'état de santé est caractérisé par des troubles somatiques considérables dus à des douleurs chroniques, qui est extrêmement préoccupé par sa santé et ses fonctions corporelles, qui est anxieux, tendu, agité, dysphorique, sujet à des ruminations, d'humeur principalement déprimée, qui vit dans l'isolement et le retrait social, qui subit un stress somatique intense et présente une affectivité éteinte, des sensations chroniques d'insécurité et d'incapacité décisionnelle ainsi que des pensées improductives et désorganisées ; la psychologue constate des symptômes anxieux-dépressifs modérés (DSM-V), une qualité de vie pauvre et caractérisée par une diminution des interactions affectives et relationnelles, un retrait social et une humeur essentiellement dysphorique ; la sphère comportementale est caractérisée par un syndrome apathique, des ruminations mentales chroniques, une diminution d'intérêts marquée ; compte tenu de la consistance effective des souffrances physiques et mentales, les symptômes susmentionnés entraînent un malaise cliniquement important et compromet le fonctionnement social, le travail et d'autres aspects importants (TAF pce 7 annexe) ; - un rapport d'électroneuromyographie (ci-après : ENMG) du 9 mars 2017 de la Dresse Hh. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) qui décrit une souffrance neurogène chronique modérée gauche en C5-C6, une souffrance neurogène chronique plus légère droite en C5 et une souffrance de degré léger du nerf médian gauche similaire à un syndrome de compression au niveau du carpe (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport d'échographie de l'abdomen du 22 août 2017 du Dr Aa. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine préventive) qui décrit une discrète augmentation de la taille du foie avec une échostructure dyshomogène et hyperéchogène de type stéatose avec, au niveau du segment V dans la zone périvésiculaire, deux zones hypoéchogènes de 24 x 11 mm et 35 x 11 mm, ainsi qu'un kyste de 12 mm entre les segments VII et VIII ; la vésicule biliaire présente des parois épaissies contenant un calcul de 17 mm au niveau fundique ; les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont pas dilatées ; le pancréas est de dimension et de structure normales, sans dilatation du canal pancréatique ; la rate est homogène et de taille normale ; les reins sont en forme de fer à cheval avec une épaisseur corticale préservée ; un kyste cortical polaire supérieur droit de 12 mm, sans signe d'uropathie obstructive ; la vessie ne présente pas d'atteinte de la paroi ni endoluminale ; la prostate est de dimension augmentée avec hypertrophie du lobe III qui appuie sur le plancher de la vessie et des calcifications périurétrales, à corrélérer avec les valeurs de PSA ; pas de liquide libre dans l'abdomen et le pelvis, pas de résidu vésical post-miction (TAF pce 13 annexe) ; - un CT de l'abdomen complet du 19 octobre 2017 du Dr Ii. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) qui observe un foie à la limite supérieure de la norme, avec des bords réguliers, sans dilatation des voies biliaires ; une formation hypodense compatible avec un kyste biliaire de 12 mm au niveau du segment VII ; de multiples petites formations hypodenses compatibles avec des angiomes capillaires au niveau des segments II, IV et VII ; une vésicule biliaire à parois irrégulières avec une lithiase endoluminale ; le pancréas, la rate et les surrénales sont d'aspect normal ; les reins en fer à cheval avec quelques formations kystiques corticales, la plus grande de 15 mm à droite ; les uretères et la vessie sont d'aspect normal ; une

hypertrophie de la prostate ; pas de liquide libre intra-péritonéal ni d'adénopathie (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport d'IRM lombosacrée du 11 décembre 2017 du Dr Jj. \_\_\_\_\_ (spécialisation non spécifiée) qui décrit une déviation scoliothique dextro-convexe de la colonne lombaire et une spondylarthrose; des protrusions discales aux niveaux L1-L2 avec appui sur le sac dural et diminution bilatérale des foramens de conjugaison à prédominance gauche; une protrusion intraforaminale gauche avec diminution du foramen de la conjugaison aux niveaux L2-L3 ; une protrusion circonférentielle avec discret appui médian sur le sac dural et réduction bilatérale des foramens de conjugaison à prédominance droite aux niveaux L3-L4 ; une réduction de l'espace intersomatique avec des altérations de type Modic 1, des troubles dégénératifs et une protrusion médiane-paramédiane gauche avec appui sur le sac dural et une restriction des foramens de conjugaison à gauche aux niveaux L4-L5 ; aux niveaux L5-S1, pas d'anomalie présente (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 12 décembre 2017 relatif à une oesophago-gastro-duodénoscopie (ci-après: OGD) pratiquée en raison de dyspepsie et de douleurs abdominales, révélant une hernie hiatale de glissement, un reflux gastrique avec des érosions de la muqueuse oesophagienne distale avec trois érosions profondes à la jonction oesogastrique, une muqueuse gastrique sinon sans lésion, des petites érosions bulbaires superficielles ; diagnostiquant une hernie hiatale de glissement, une oesophagite de reflux gastrique et une duodénite (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport d'ENMG du 22 janvier 2018 de la Dresse Hh. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) aux termes duquel l'assuré présente une légère souffrance neurogène chronique au niveau L4 à droite et modérée en L5 à gauche (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 25 janvier 2018 de la Dresse Kk. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) aux termes duquel l'assuré présente des rachialgies cervico-dorso-lombaires avec contracture des muscles para-vertébraux et dégénérescence multi-étagée ; sur la base de l'ENMG des membres supérieurs du 9 mars 2017 et inférieurs du 22 janvier 2018, aucune indication chirurgicale n'est retenue (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 12 février 2018 aux termes duquel le Dr Ll. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie), après un bref rappel anamnestique, observe, à l'examen, une dysphagie occasionnelle, une hyposmie, une légère pronation au Mingazzini à gauche ; conclut, sans autre anomalie, aux diagnostics de céphalées, dysphagie occasionnelle aux liquides en cours d'évaluation chez un patient qui présente une probable fibromyalgie et discopathie multiple ; prescrit une IRM cérébrale (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport établi le 17 février 2018 par un médecin - dont ni l'identité ni la spécialisation ne sont spécifiées de manière lisible de l'Hôpital Mm. \_\_\_\_\_ (...) qui indique, pour l'essentiel, que le recourant présente 16 points gâchettes sur 18 pour le diagnostic de fibromyalgie, se trouve déjà sous traitement pour ce dernier trouble de même que pour un syndrome anxio-dépressif (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport de psychiatrie du 22 février 2018 qui rappelle que l'assuré souffre d'un syndrome dépressif, de fibromyalgie et d'oesophagite de reflux ; le diagnostic retenu est celui de rachialgie chronique, une spondylarthrose avec discopathies multiples et fibromyalgie, avec prescription d'un traitement conservatif et d'exercices (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 5 mars 2018 relatif à une IRM cérébrale pratiquée le 28 février 2018 par le Dr Nn. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) qui décrit de multiples zones d'altérations de signal aux niveaux frontal sous-cortical bilatéral périvertriculaire à droite et pariétal sous-cortical gauche, ainsi qu'une zone avec un signal semi-liquide hyper-intense au niveau cortico-sous-corticale frontale para-sagittale droite (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 19 mars 2018 aux termes duquel le Dr Ll. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) rappelle les résultats de l'IRM cérébrale du 28 février 2018, confirme la nécessité d'un complément d'IRM, décline les traitements en cours

et préconise un suivi régulier par le médecin de famille et le psychiatre (TAF pce 13 annexe) ; - un certificat du 3 avril 2018 du Département de santé mentale de (...) attestant suivre le recourant depuis le 24 juillet 2012 pour un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, en cours de traitement (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 18 avril 2018 relatif à une IRM cérébrale pratiquée le 16 avril 2018 par le Dr Oo.\_\_\_\_\_ (spécialiste en radiologie) qui observe, sans modification après l'administration de produit de contraste, une altération du signal avec une hémosidérose compatible avec une lésion vasculaire hémorragique au niveau frontal droit, ainsi que des lésions punctiformes sporadiques glottiques, probablement vasculaires, au niveau fronto-pariétal périventriculaire (TAF pce 13 annexe) ; - un rapport du 30 avril 2018 aux termes duquel le Dr Ll.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) rappelle les résultats de l'IRM cérébrale du 28 février 2018, exclut toute urgence neurologique (TAF pce 13 annexe) ; - une prise de position SM/OAIE du 3 mai 2018 aux termes de laquelle la Dresse O.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) considère que le rapport du 1er décembre 2016 de N.\_\_\_\_\_ constitue une évaluation de nature psychologique et non médicale, qu'il ne comporte pas de diagnostic CIM-10 motivé et ne fait aucunement mention d'un suivi psychothérapeutique ni d'une médication psychotrope, de sorte qu'il ne permet pas de se prononcer sur le plan psychiatrique ; s'agissant de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, le médecin AI ajoute que le dossier psychiatrique ne permet pas en l'état de prendre position en regard des nouveaux indicateurs standard (TAF pce 11, annexe) ; - une prise de position SM/OAIE du 30 août 2018 établie sur la base de la nouvelle documentation médicale produite par le recourant (soit tous les rapports médicaux susmentionnés établis du 21 mai 2016 au 30 avril 2018, exception faite du rapport du 1er décembre 2016 de N.\_\_\_\_\_ ) aux termes de laquelle la Dresse L.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) constate que - l'IRM cérébrale complémentaire du 16 avril 2018 décrit une nouvelle lésion cérébrale ainsi que de petites lésions périventriculaires d'origine vasculaire ne nécessitant pas de traitement d'urgence, mais un contrôle à distance - l'IRM lombosacrée du 11 décembre 2017 révèle des protrusions discales à plusieurs niveaux - l'ENMG du 9 mars 2017 atteste d'une souffrance neurogène gauche modérée chronique en C5-C6, d'une souffrance neurogène droite plus légère en C5, ainsi que d'une souffrance au niveau du nerf médian gauche - l'ENMG du 22 janvier 2018 révèle une légère souffrance neurogène chronique en L4 droite et modérée en L5 gauche ; selon la Dresse L.\_\_\_\_\_, ces documents attestent qu'il s'agit de l'atteinte connue et mentionnée dans l'expertise de 2011, raison pour laquelle l'ENMG atteste d'altérations compatibles avec une atteinte radiculaire chronique et non aiguë ; en outre, le rapport neurochirurgical du 25 janvier 2018 ne retient pas d'indication pour une intervention ce qui confirme qu'il s'agit d'une atteinte chronique sans compression radiculaire significative ; dans ces circonstances, l'état neurologique de l'assuré est inchangé depuis l'expertise de 2011 ; les nouvelles lésions observées à l'IRM cérébrale du 16 avril 2018 ne sont pas corrélées à une atteinte clinique significative, à la lecture du rapport neurologique du 12 février 2018 décrivant les troubles ayant motivé ladite IRM cérébrale complémentaire ; dans ce contexte, ces lésions ne justifient pas de limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues lors de l'expertise de 2011 ; cela étant, l'incapacité de travail reste inchangée et peut toujours être considérée comme totale dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité lucrative de substitution depuis la date de l'expertise de 2011 (TAF pce 17) ; - une prise de position SM/OAIE du 17 septembre 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne) aux termes de laquelle - le rapport d'échographie abdominale du 22 août 2017 du Dr

Aa.\_\_\_\_\_ objective principalement une lithiase biliaire non compliquée qui peut être opérée si elle devient symptomatique et qui n'a pas d'incidence sur la capacité de travail, des formations kystiques sans signification pathologique au niveau hépatique et rénal et par conséquent sans répercussion sur la capacité de travail, une prostate augmentée de taille sans répercussion fonctionnelle au niveau de la vessie laquelle est de dimension normale et sans résidu post-mictionnel et sans répercussion sur la capacité de travail - le rapport de CT abdominal du 19 octobre 2017 du Dr Ii.\_\_\_\_\_ retrouve les atteintes décrites au niveau de l'échographie abdominale du 22 août 2017 et sans répercussion sur la capacité de travail, soit une lithiase biliaire non compliquée, des formations kystiques hépatiques et rénales, une prostate augmentée de taille, ainsi que des angiomes capillaires sans indication pathologique; - le rapport d'OGD du 12 décembre 2017 objective une hernie hiatale de glissement et une oesophagite de reflux avec des érosions de la muqueuse oesophagienne distale ainsi qu'une duodénite, sans lésion suspecte de néoplasie ; l'atteinte d'oesophagite de reflux et bulbite est traitable avec des médicaments antiacides par voie orale pour calmer les symptômes et n'est pas invalidante ; le Dr P.\_\_\_\_\_ déduit des nouvelles pièces médicales produites en procédure de recours par l'assuré que celui-ci présente, sur le plan de la médecine interne générale, une lithiase biliaire non compliquée traitable par cholécystectomie si elle devenait symptomatique, des kystes bénins sans signification pathologique aux niveaux hépatique et rénal, une hypertrophie prostatique sans trouble de la vidange de la vessie, une oesophagite de reflux sur hernie hiatale ainsi qu'une bulbite traitables par antiacides ; ces pathologies sont sans répercussion significative sur la capacité de travail ; la nouvelle documentation n'amène pas d'élément médical significatif de nature à modifier la capacité de travail telle qu'évaluée dans les prises de position médicales antérieures rhumatologique, psychiatrique ou neurologique (TAF pce 17).

### **E. 9.1**

D'emblée, le Tribunal indique que seuls les troubles de la santé et les rapports médicaux existant au moment de la décision attaquée seront pris en considération dans la présente procédure de recours ; les avis médicaux établis ultérieurement ne le seront qu'à la condition de favoriser une bonne compréhension de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant jusqu'au prononcé litigieux du 24 février 2016 (cf. consid. 3.2 supra).

### **E. 9.2**

Aux termes de ce prononcé, l'OAIE a considéré que les rapports médicaux établis le 1er décembre 2014 par la Dresse Bb.\_\_\_\_\_, le 18 décembre 2014 par le Dr Cc.\_\_\_\_\_, le 19 décembre 2014 par le Dr Aa.\_\_\_\_\_, le 23 décembre 2014 par le Dr Dd.\_\_\_\_\_, le 27 janvier 2015 par le Dr Ee.\_\_\_\_\_, le 5 février 2015 par le Dr Ff.\_\_\_\_\_ et le 28 juillet 2015 par la Dresse I.\_\_\_\_\_ brossaient un état de santé de l'assuré quasi-identique à celui décrit dans l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 et n'établissaient pas que celui-là se fût modifié dans une mesure décisive pour le droit à la rente. En effet, la documentation neurologique n'établissait pas de nouveaux troubles susceptibles de modifier les conclusions précédemment émises par le neurologue du service médical de l'OAIE. Sur le plan psychiatrique, il ne subsistait aucun diagnostic spécifique attestant d'une condition invalidante majeure. Sur les plans rhumatologique et orthopédique, le service médical de l'OAIE n'avait relevé aucune aggravation importante ni éléments nouveaux susceptibles de modifier l'incapacité de travail déjà reconnue. Ainsi, malgré les nouvelles atteintes ostéo-articulaires et neurologiques, la péjoration de l'état de santé demeurait discrète et les limitations fonctionnelles ne se distinguaient pas de celles reconnues en 2011. L'incapacité

de travail demeurait de 50 % dans l'ancien métier de l'assuré et de 20 % dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé entraînant une perte de gain de 45 % (AI pce 278).

### **E. 9.3**

À l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur les prises de position de son service médical.

#### **E. 9.3.1**

Dans une première prise de position SM/OAIE datée du 6 mai 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) a indiqué que, sur le plan rhumatologique, les radiographies et IRM du 16 décembre 2013, ainsi que les IRM dorsale et lombaire du 27 novembre 2014 ne révélaient pas de modifications disco-vertébrales majeures à l'exception de protrusions ou de petites hernies discales dorsales moyennes et n'attestaient d'aucun élément évoquant une fracture vertébrale ancienne ou récente. Etant généralement admis qu'il n'existait pas de corrélation entre l'intensité des douleurs ostéo-articulaires et les modifications anatomiques observées, il n'y avait pas d'aggravation des incapacités de travail établies lors de l'expertise du 22 septembre 2011 (AI pce 260).

#### **E. 9.3.2**

Dans une seconde prise de position SM/OAIE du 5 juin 2015, la Dresse L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) a constaté sur le plan neurologique que l'examen clinique effectué lors de l'expertise du 22 septembre 2011 s'était révélé normal, alors que désormais le patient présentait des signes radiculaires aux niveaux L4 gauche et L5 droit. Les réflexes myotatiques étaient hypervifs aux quatre membres en relation avec une irritation myéloradiculaire cervicale, mais aucune faiblesse n'était rapportée. L'on pouvait admettre une aggravation discrète de l'atteinte radiculaire dès lors qu'elle était cliniquement remarquée. Toutefois, aucune faiblesse n'était décrite. La souffrance radiculaire en L4 gauche et L5 ayant été déjà évoquée dans le rapport ENMG établi lors de l'expertise du 22 septembre 2011, les limitations fonctionnelles corrélatives avaient par conséquent été déjà examinées lors de l'expertise du 22 septembre 2011 et demeuraient inchangées à défaut de faiblesse. Concernant l'aggravation clinique au niveau cervical, il n'existait pas de faiblesse mais uniquement une hyper-réflexie des quatre membres. Il existait par conséquent une aggravation radiologique avec l'apparition d'une myélopathie à l'IRM cervicale, laquelle n'était pas présente à l'IRM du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise du 22 septembre 2011. Toutefois, en l'absence de répercussions cliniques significatives (absence de faiblesse des membres), cette aggravation radiologique ne modifiait pas de manière significative les limitations fonctionnelles décrites lors de ladite expertise. Quant à l'IRM lombosacrée et dorsale du 1er décembre 2014 décrivant des hernies discales à tous les étages de D7 à L1, ces altérations figuraient également sur le rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 8 mars 2013 (AI pce 199), mais elles étaient plus importantes que l'atteinte décrite sur l'IRM lombosacrée du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise du 22 septembre 2011. Seules les répercussions cliniques de cette détérioration radiologique pouvaient aggraver les limitations fonctionnelles décrites lors de l'expertise du 22 septembre 2011. Or, les répercussions cliniques résultant du rapport neurochirurgical du 18 décembre 2014 se résumaient à des douleurs et ne constituaient pas un critère objectif, aucune faiblesse significative ou hypoesthésie incapacitantes n'étant décrites. Seule une discrète progression de l'atteinte cervicale, dorsale et lombaire était établie au niveau des images radiologiques. Sur la base des plaintes de l'assuré et de l'examen clinique, les

limitations fonctionnelles ne se distinguaient pas de celles décrites lors de l'expertise du 22 septembre 2011, de sorte que la nouvelle documentation médicale ne modifiait pas l'incapacité de travail de l'assuré (AI pce 262).

## **E. 10**

Contrairement à ce qui précède, le Tribunal considère que l'OAIE ne pouvait pas se fonder sur les prises de position de son service médical, pas plus que sur le rapport d'expertise du 22 septembre 2011, pour statuer dans la présente procédure de révision sur l'état de santé respectivement les limitations fonctionnelles présentées sur le plan somatique par le recourant.

### **E. 10.1**

En effet, l'instruction de la cause jusqu'au prononcé litigieux du 24 février 2016 a mis au jour une aggravation des atteintes au niveau des épaules qui était inexistante lors de la décision du 6 novembre 2014. Un syndrome de la coiffe des rotateurs (M75.1) sans incidence sur la capacité de travail du recourant avait été alors diagnostiqué (cf. rapport final SMR Q.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2014 de la Dresse U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne [AI pce 213]). Aux termes d'une prise de position SM/OAIE établie le 6 mai 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) a retenu une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire et une tendinopathie de l'épaule droite (2012) - visible à l'IRM de l'épaule droite du 16 décembre 2013 entraînant des répercussions sur la capacité de travail (AI pce 260). En outre, le Dr Ff.\_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) a fait état dans un rapport du 5 février 2015 de troubles articulaires scapulo-huméraux bilatéraux dus à un conflit sous-acromial sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs et arthrose acromio-claviculaire, limitant sévèrement la fonction articulaire des épaules (AI pce 248). Cela étant, il apparaît que depuis la décision du 6 novembre 2014, le recourant a développé au niveau des épaules une atteinte susceptible d'entraîner des répercussions sur sa capacité de travail respectivement sur son degré d'invalidité.

#### **E. 10.2.1**

Au niveau des genoux, l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 avait retenu une gonarthrose externe droite entraînant des douleurs résiduelles et des limitations fonctionnelles, l'expertisé ne pouvant ni monter ni descendre des escaliers de manière répétée, ni marcher en terrains accidentés, ni s'agenouiller. Le genou gauche ne présentait aucune atteinte particulière malgré l'intervention chirurgicale pratiquée en 2000 (cf. consid. 7.1 supra).

#### **E. 10.2.2**

Dans le cadre de la présente procédure de révision, l'instruction a porté au dossier un rapport d'IRM effectuée le 27 janvier 2015 par le Dr Ee.\_\_\_\_\_ mettant en évidence des signes de gonarthrose avec varus des genoux, un épaississement du profil des plateaux tibiaux, les premiers signes d'ostéophytose marginale, une réduction de l'espace articulaire fémoro-tibial (AI pce 249), ainsi qu'un rapport du 5 février 2015 du Dr Ff.\_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) indiquant que le recourant présentait, au niveau du genou droit, une dégénérescence arthrosique post-traumatique associée à de constants oedèmes localisés entraînant des douleurs en cas de charges et de mouvements ainsi qu'une limitation sévère de la marche, et au niveau du genou gauche, une dégénérescence arthrosique débutante (AI pce 248).

### **E. 10.2.3**

Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, le rapport radiologique du 27 janvier 2015 objectivait une gonarthrose sur genua vara avec ostéophytose débutante et pincement de l'espace fémoro-tibial, tandis que le rapport du 5 février 2015 du Dr Ff.\_\_\_\_\_ rappelait l'anamnèse, la description des IRM des genoux et des interventions pratiquées en 1998 / 2000 et signalait que les douleurs étaient restées par la suite très intenses, limitant la marche et la mobilité articulaire. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a ajouté que le recourant rapportait au niveau des genoux des douleurs qui avaient été évaluées en détails dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 et attribuées à une gonarthrose légère à modérée à droite. Les nouveaux documents radiologiques produits n'attestaient d'aucune aggravation de la gonarthrose respectivement des incapacités de travail établies lors de l'expertise de 2011 (cf. prise de position SM/OAIE du Dr K.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2015 [AI pce 260 p. 3 ch. 10 et 11] ; cf. consid. 8.1 p. 23 et ss supra).

### **E. 10.2.4**

Cela étant, le Tribunal observe que la documentation médicale produite dans le cadre de la présente procédure de révision met en évidence des constats médicaux nouveaux (gonarthrose sur genua vara avec ostéophytose débutante et pincement de l'espace fémoro-tibial selon le Dr K.\_\_\_\_\_ ; dégénérescence arthrosique post-traumatique associée à de constants oedèmes localisés au niveau du genou droit et dégénérescence arthrosique débutante au niveau du genou gauche, selon le Dr Ff.\_\_\_\_\_) en comparaison de ceux retenus dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 et la décision du 6 novembre 2014 (cf. consid. 10.2.1 supra). Contrairement à ce que soutient le Dr K.\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles (activités sans montée ni descente répétées d'escaliers, sans marche en terrains accidentés, sans position agenouillée) et les douleurs (qualifiées de résiduelles et attribuées à une gonarthrose légère à modérée à droite) retenues en 2014 se distinguent également de celles attribuées par le Dr Ff.\_\_\_\_\_ en 2015 à une dégénérescence arthrosique post-traumatique associée à de constants oedèmes localisés entraînant, au niveau du genou droit, des douleurs en cas de charges et de mouvements ainsi qu'une limitation sévère de la marche. En outre, les examens radiologiques pratiqués les 16 décembre 2013 et 27 janvier 2015 ont révélé des altérations qui n'existaient pas lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011, de sorte que les conclusions de celle-ci n'étaient plus actuelles lors du prononcé de la décision litigieuse du 24 février 2016. Dans ces circonstances, les considérations du Dr K.\_\_\_\_\_ selon lesquelles les nouveaux documents radiologiques n'attesteraient d'aucune aggravation de la gonarthrose respectivement des incapacités de travail établies lors de l'expertise de 2011 paraissent infirmées par le dossier. Elles semblent en outre contradictoires dans la mesure où le rhumatologue retient de nouveaux constats médicaux (gonarthrose sur genua vara avec ostéophytose débutante et pincement de l'espace fémoro-tibial) ou à tout le moins contestables, dès lors que le médecin AI n'expose pas les raisons pour lesquels ces nouveaux constats seraient sans incidence sur la fonction articulaire respectivement les limitations fonctionnelles des genoux, nonobstant l'avis contraire du Dr Ff.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique. Force est dès lors de constater que le tableau clinique au niveau des genoux présenté en 2016 par le recourant se distinguait de celui ayant prévalu lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011, de sorte que celle-ci ne pouvait pas fonder la décision litigieuse. En outre, il ne s'est pas agi d'apprécier un état de santé non contesté et établi de manière concordante par les médecins, de sorte que

l'OAIE ne pouvait pas se fonder sur les seules prises de position internes au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI établies par son service médical pour statuer sur le caractère invalidant des atteintes au niveau des genoux présentées en 2016 par le recourant (cf. consid. 5.3 supra).

### **E. 10.3**

Au niveau du rachis, l'OAIE s'est fondé sur l'avis de son service médical et a considéré que malgré les nouvelles atteintes ostéo-articulaires et neurologiques, la péjoration de l'état de santé du recourant demeurait discrète et les limitations fonctionnelles ne se distinguaient pas de celles retenues par l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011.

#### **E. 10.3.1**

Cependant, l'instruction de la présente procédure de révision a porté au dossier un rapport établi le 18 décembre 2014 par le Dr Cc. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) qui a retenu, sur le plan cervical, une aggravation de la sténose du canal cervical causée par des hernies discales en C3-C4, C5-C6 avec myélopathie en C7 entraînant des réflexes myotatiques hypervifs aux quatre membres, aggravation associée à une sténo-instabilité et à une scoliose de la colonne lombaire (AI pce 235). La neurologue du service médical de l'OAIE a confirmé le constat d'une aggravation radiologique avec l'apparition d'une myélopathie à l'IRM cervicale, laquelle n'était pas présente à l'IRM du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise du 22 septembre 2011. Toutefois, elle a considéré qu'en l'absence de répercussions cliniques significatives (absence de faiblesse des membres), cette aggravation radiologique ne modifiait pas de manière importante les limitations fonctionnelles décrites lors de l'expertise du 22 septembre 2011 (cf. prise de position SM/OAIE du 5 juin 2015 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 262]).

#### **E. 10.3.2**

Aux niveaux dorsal et lombosacré, le Dr Cc. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome d'irritation radiculaire bilatéral en D9-D10-D11 à prédominance droite, un syndrome d'irritation radiculaire déficitaire gauche en L4 et un syndrome d'irritation radiculaire droite en L5 et préconisé un traitement chirurgical par microdiscectomie dorsale en D10-D11 et laminectomie décompressive avec stabilisation instrumentale en L2-L5 associée à une microdiscectomie en L3-L4 et L4-L5. Le tableau dorso-lombaire était aggravé par des valeurs densitométriques limites en cas de charges de la colonne lombaire et de la tête fémorale. Ces aggravations empêchaient le recourant d'exercer des activités dynamiques et statiques, les premières en raison d'une sténose vertébrale à plusieurs niveaux et d'une hernie discale franche toutes deux d'ordre chirurgical et les secondes en raison d'une instabilité cervicale et lombosacrée pour lesquelles une réponse chirurgicale était également recommandée (cf. rapport du 18 décembre 2014 [AI pce 235]). Pour sa part, le service médical de l'OAIE a considéré que l'IRM lombosacrée et dorsale du 1er décembre 2014 décrivait des hernies discales à tous les étages de D7 à L1. Ces altérations figuraient déjà sur le rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 8 mars 2013 (AI pce 199), mais elles étaient plus importantes que l'atteinte décrite sur l'IRM lombosacrée du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise du 22 septembre 2011. Cependant, les répercussions cliniques résultant du rapport neurochirurgical du 18 décembre 2014 se résumaient à des douleurs, lesquelles ne constituaient pas un critère objectif, aucune faiblesse significative ni hypoesthésie incapacitante n'étant décrites. Seule une discrète progression de l'atteinte dorsale et lombaire était établie au niveau des images radiologiques. Sur la base des plaintes de l'assuré et de l'examen clinique, les limitations fonctionnelles ne se distinguaient pas de

celles décrites lors de l'expertise du 22 septembre 2011, de sorte que la nouvelle documentation médicale ne modifiait pas l'incapacité de travail de l'assuré (cf. prise de position SM/OAIE du 5 juin 2015 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 262]).

### **E. 10.3.3**

Il ressort de ce qui précède qu'au moment du prononcé litigieux, le recourant présentait une aggravation cervicale qui n'était pas présente à l'IRM cervicale du 28 décembre 2009 examinée lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011, ainsi que des altérations dorso-lombaires plus importantes que l'atteinte constatée à l'IRM lombosacrée du 28 décembre 2009 examinée également lors de l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 (cf. prise de position SM/OAIE du 5 juin 2015 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 262]). Compte tenu de ces aggravations ainsi que de l'ostéoporose constatée dans le rapport du 23 décembre 2014 du Dr Dd. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie), le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011, fondé sur des considérations médicales qui n'étaient plus actuelles en 2016, ne pouvait servir ni de référence aux prises de position internes du service médical de l'OAIE ni à la décision litigieuse prononcée le 24 février 2016. Au vu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr Cc. \_\_\_\_\_ et des interventions chirurgicales préconisées par ce dernier (cf. consid. 10.3.2 supra), il s'est agi d'apprécier un état de santé cervico-dorso-lombosacré et des limitations fonctionnelles corrélatives qui n'étaient pas stabilisés et qui n'étaient pas établis de manière concordante par les médecins. Partant, l'OAIE ne pouvait pas se fonder sur les seules prises de position internes au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI établies par son service médical pour considérer, de manière approximative, qu'en l'absence de répercussions cliniques significatives (absence de faiblesse ou hypoesthésie incapacitantes), les progressions radiologiques ne modifiaient pas de manière importante les limitations fonctionnelles décrites lors de l'expertise du 22 septembre 2011 et dénier à l'assuré, sans investigation médicale complémentaire, toute aggravation notable de son état de santé respectivement de gain.

### **E. 11**

Il reste à examiner si l'état de santé du recourant a subi une modification notable sur le plan psychosomatique depuis la décision du 6 novembre 2014.

#### **E. 11.1**

À l'appui de cette dernière décision, l'OAIE s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011. Selon le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie), le recourant présentait alors une légère symptomatologie dépressive liée à une situation de vie plutôt insatisfaisante. L'expert mandaté en 2001 (recte : 2000) n'avait mis en évidence aucun fonctionnement psycho-typique, ni éléments décrivant un trouble franc de la personnalité paranoïaque ou une dépression endogène, mais avait plutôt décrit un tableau dysthymique chronique avec des éléments de posture psychologique rigides sur les troubles de l'appareil locomoteur. Il était plausible qu'à la suite de son retour définitif dans son pays d'origine, l'expertisé se soit relativement adapté à sa nouvelle vie, cela dans le cadre d'un trouble dysthymique chronique n'exerçant plus désormais qu'une légère incidence fonctionnelle. Le diagnostic de dysthymie chronique (F34.1) entraînant une incapacité de travail de 20 % dans toute activité lucrative avait été retenu.

#### **E. 11.2.1**

Dans le cadre de la présente procédure de révision, la Dresse I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie) a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé

à un syndrome fibromyalgique sévère et résistant au traitement prescrit de Venlafaxina (Zarelis) et Pregabalin (Lyrica) (cf. rapports des 28 juillet et 18 novembre 2015 [AI pces 266 et 272]). Le spécialiste en rhumatologie du service médical de l'OAIE a écarté le diagnostic de fibromyalgie pour le motif que celui-ci ne justifiait aucune incapacité de travail en l'espèce, à défaut de modification clairement objectivable du point de vue musculo-squelettique (cf. prise de position SM/OAIE du 26 août 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_ [AI pce 269]). Ce faisant, le rhumatologue s'est fondé sur une prémisse erronée dès lors que des aggravations de l'état de santé du recourant ont été constatées au niveau des épaules (cf. consid. 10.1 supra), des genoux (cf. consid. 10.2.4 supra) et du rachis (cf. consid. 10.3.3 supra), de sorte que cette argumentation ne suffit pas à infirmer de manière convaincante le diagnostic de fibromyalgie, cela d'autant moins que le recourant souffre de longue date de troubles et de douleurs ostéo-articulaires persistants et résistants aux traitements administrés.

### **E. 11.2.2**

Sur le plan strictement psychique, le Tribunal observe que l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 avait retenu une dysthymie chronique (F34.1) invalidante (cf. consid. 7.1 supra), alors que le rhumatologue de l'OAIE a écarté ce diagnostic, le considérant sans incidences sur la capacité de travail du recourant (cf. prise de position SM/OAIE du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 mai 2015 [AI pce 260]). Ce faisant, le rhumatologue a retenu une amélioration de l'état de santé psychique du recourant sans disposer des compétences spécialisées idoines ni livrer de motivation répondant aux exigences jurisprudentielles correspondantes (cf. consid. 4.3.1 et 4.3.2 supra) et affirme de manière contradictoire que le recourant présente les mêmes atteintes que celles diagnostiquées dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011. En outre, l'état de santé psychique du recourant a été diagnostiqué de manière différenciée par la Dresse I. \_\_\_\_\_ qui a retenu un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un syndrome fibromyalgique sévère et résistant au traitement prescrit (cf. rapports des 28 juillet et 18 novembre 2015 [AI pces 266 et 272]), tandis que le psychiatre du service médical de l'OAIE a écarté le trouble de l'adaptation, considérant que la Dresse I. \_\_\_\_\_ avait retenu un diagnostic psychiatrique non spécifique, sans analyse, ni fondement, et que le diagnostic ainsi posé, strictement circonscrit à des souffrances physiques perdurant depuis des années, l'avait été de manière erronée, un trouble de l'adaptation ne pouvant être retenu que pour une durée limitée à deux ans au plus (cf. prise de position SM/OAIE du 17 septembre 2015 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie [AI pce 270]). Ce faisant, le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est limité à contester l'avis de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Pour autant, il n'a pas indiqué s'il confirmait le diagnostic de dysthymie chronique invalidante posé dans l'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011 ni motivé son appréciation, la seule mention selon laquelle il estimait que le recourant ne présentait pas d'aggravation psychique ne suffisant pas à livrer une appréciation fondée sur l'état de santé psychique de l'assuré, compte tenu de l'avis divergent de la Dresse I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie), du suivi certes à distance mais néanmoins constant de l'assuré depuis 2012 par l'Unité de santé mentale de (...) ainsi que des traitements notamment médicamenteux (Venlafaxina [Zarelis] et Pregabalin [Lyrica]) - administrés (cf. rapports des 28 juillet et 18 novembre 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ [AI pces 266 et 272]).

### **E. 11.2.3**

Cela étant, il apparaît que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un syndrome fibromyalgique sévère posé par la Dresse I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neuropsychiatrie) a été écarté sur la base d'une appréciation erronée du rhumatologue de l'OAIE (cf. consid. 11.2.1 supra). Le diagnostic de dysthymie chronique (F 34.1) posé en 2011 par le Dr T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie) n'a pas été dûment confirmé par le Dr M. \_\_\_\_\_. Dans ces circonstances et compte tenu du suivi psychothérapeutique et médicamenteux de l'assuré depuis 2012, l'état de santé psychique présenté par le recourant au moment de la décision litigieuse n'a pas été dûment instruit. En particulier, l'OAIE ne pouvait s'abstenir de mettre en oeuvre une procédure d'établissement des faits structurée (cf. consid. 4.3.1 et 4.3.2 supra). En effet, la jurisprudence permet de ne pas recourir à une telle procédure lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante, à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Tel n'étant pas le cas en l'espèce, l'OAIE devait ordonner la mise en oeuvre d'une procédure d'établissement des faits structurée.

## **E. 12**

Sur le vu de ce qui précède, l'instruction du dossier ne permettait pas de statuer en connaissance de cause sur la capacité de travail respectivement les limitations fonctionnelles correspondantes à l'état de santé somatique et psychosomatique présenté par le recourant au moment de la décision litigieuse. En statuant sur la base des prises de position internes à son service médical ainsi que sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 septembre 2011, l'OAIE n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur la demande de révision du recourant, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Dans ces circonstances, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en oeuvre d'une procédure probatoire structurée ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, orthopédie, neurologie et psychiatrie auprès d'experts indépendants (art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur la capacité de travail de l'assuré dans son métier ainsi que dans une activité lucrative raisonnablement exigible en considération de l'état de santé tel que celui-ci se sera développé jusqu'au jour de l'expertise (arrêt du TAF C-2039/2017 du 6 mars 2019 consid. 10.4), le cas échéant, en y incluant les troubles apparus postérieurement à la décision litigieuse (cf. consid. 8.2 supra). Si d'autres évaluations que celles initialement retenues dans les disciplines précitées se révèlent nécessaires, les experts en ordonneront la mise en oeuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C\_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Bien que le renvoi doive

rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst.), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit des questions déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du F 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en Italie, l'on ne voit de surcroît pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

## **E. 13**

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

### **E. 13.1**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF pces 3, 8 et 12) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA).

### **E. 13.2**

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 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal. À défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2ème phr. FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel qui n'a pas produit de décompte, de sorte qu'il convient de déterminer les honoraires sur la base du dossier, en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer (arrêts du TF 2C\_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4, 2C\_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2). Compte tenu de l'issue de la présente procédure, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué et du temps investi par le mandataire, le Tribunal alloue au recourant, à charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de 1'000.- francs, non soumise à la TVA (cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]). (Le dispositif figure à la page suivante)

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