

# **BVGer C-2398/2010 vom 6. Februar 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2398\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2398_2010)

FR: TAF C-2398/2010 du 6 février 2012

IT: TAF C-2398/2010 del 6 febbraio 2012

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de

la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

### **E. 2.2**

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

### **E. 2.3**

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 3**

L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables mais il est également fait référence aux dispositions en vigueur antérieures s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2007. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **E. 4.1**

Le recourant a présenté sa demande de rente le 11 octobre 2006. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 11 octobre 2005 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 février 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

## **E. 4.2**

La prise en compte de rapports médicaux ultérieurs à la décision attaquée ne peut avoir lieu que dans la mesure où ceux-ci permettent une meilleure compréhension de l'état de santé avant la décision dont est recours.

## **E. 5**

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations en vigueur au jour du dépôt de sa demande. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

## **E. 6.1**

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

## **E. 6.2**

Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## **E. 6.3**

Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

## **E. 6.4**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

### **E. 6.5**

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

### **E. 7.1**

Le recourant a travaillé en dernier lieu à plein temps en Suisse comme livreur-chauffeur jusqu'au 16 décembre 2005. Il n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

### **E. 7.2**

En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode dite général).

### **E. 7.3**

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **E. 8**

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre notamment de douleurs au dos qui ne lui permettent plus d'exercer son ancienne activité de livreur-chauffeur mais, du point de vue somatique, une activité adaptée à 80%, et de troubles psychologiques dont l'intensité et l'incidence sur la capacité de travail est controversée. Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

### **E. 9.1**

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

### **E. 9.2**

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 9.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge

des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

#### **E. 9.4**

Le Tribunal fédéral s'est à réitérées reprises prononcé sur certains types d'atteintes à la santé peu objectivées à l'étiologie incertaine telles le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Pour que ces maladies soient considérées comme invalidantes, il est nécessaire que les douleurs ressenties par l'assuré soient en corrélation avec une comorbidité psychiatrique importante. Elle sera reconnue telle par sa gravité, son acuité et sa durée liée à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, en raison d'affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. A défaut de ces caractéristiques l'atteinte à la santé d'origine étiologique non déterminée n'est pas considérée comme propre à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au contraire il est présumé que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.3).

#### **E. 10.1**

En l'espèce il n'est pas contesté que l'intéressé en raison de ses atteintes à la santé somatiques, notamment de ses dorsalgies, ne peut plus exercer son ancienne activité de livreur-chauffeur et que du seul point de vue rhumatologique il serait en mesure d'exercer une activité adaptée à 80% tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées tant par le Dr B. \_\_\_\_\_ que le Dr J. \_\_\_\_\_, à savoir notamment une activité simple et répétitive dans l'industrie légère, requérant une rapide formation initiale prodiguée au plus généralement en quelques jours voire quelques semaines, permettant des changements de position relativement fréquents dans un cadre sédentaire sans fréquents soulèvements et ports de charges de plus de 5-8 kg. Est par contre controversée la possibilité pour l'intéressé sous l'angle de ses troubles psychologiques, de se réintégrer dans le monde du travail à 80% dans une activité adaptée. Alors que pour l'autorité inférieure, respectivement le service médical de l'OAI-VD lequel se fonde sur l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique limitant sa capacité de travail, il y aurait, selon les médecins soignant l'intéressé ou l'ayant examiné à sa demande, un syndrome dépressif

grave avec somatisation des douleurs l'empêchant d'exercer une activité professionnelle ou alors tout au plus à 50 %.

### **E. 10.2**

Il appert du dossier que les troubles d'ordre psychiatrique n'ont dans un premier temps pas été pris en considération dans l'examen des atteintes à la santé de l'intéressé à la suite de sa demande de prestations d'invalidité. Ce n'est que dans les motifs de l'interruption des mesures d'ordre professionnel cessées après 2 jours que des troubles d'ordre psychiatrique ont été évoqués dans le cadre d'une décompensation et de troubles cachés. Il appert également du dossier, en particulier de la documentation médicale, qu'un ensemble de facteurs tels les douleurs dorsales ne s'estompant pas malgré l'opération subie au début de 2006, la séparation puis le divorce de l'intéressé d'avec sa femme, le fait que l'assurance-accident n'ait pas couvert les conséquences économique de son arrêt d'activité, son licenciement, la résurgence d'une agression subie en 2004 qui a été suivie d'une thérapie ont favorisé le développement d'un syndrome dépressif chez une personne à la structure fragile dont une évolution négative réelle entre le rapport psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2008 et la décision attaquée du 24 février 2010 n'est pas exclue.

### **E. 10.3**

Dans son rapport le Dr H. \_\_\_\_\_ relève notamment les plaintes de douleurs dorsales récurrentes, une auto-dépréciation de l'assuré, une personnalité plaintives algi-démonstrative ancrée dans le concret et le factuel sans capacité d'introspection mais aussi une humeur modérément déprimée, un discours négatif sans perte de l'élan vital avec mimique, gestuelle et modulation de la voix, la conservation des facultés d'attention, de concentration et mnésiques, un discours structuré, informatif sans tendance à la digression, l'absence de retrait social et des activités journalières conservées, soit un ensemble de traits permettant de qualifier le syndrome affectant l'assuré d'épisode dépressif léger. Il indiqua que si l'assuré présentait une certaine fragilité psychique et une souffrance psychique indéniable, la fragilité ne constituait pas un diagnostic psychiatrique limitant l'aptitude au travail et les éléments composant la souffrance étaient insuffisamment prononcés. Au final il ne retint aucune atteinte à la santé limitant la capacité de travail malgré le diagnostic d'épisode dépressif léger qu'il apprécia sans syndrome somatique. Le motif qu'un syndrome somatique n'ait pas été retenu a été précisé par le Dr I. \_\_\_\_\_ qui a indiqué que la personnalité démonstrative de l'assuré permettait de ne pas retenir de syndrome de somatisation des douleurs. Il sied toutefois de relever qu'entre le rapport du 23 octobre 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_ et la décision attaquée du 24 février 2010 près de 14 mois se sont écoulés de sorte que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ ne pouvait plus être invoqué par l'OAI-VD pour être opposé aux rapports médicaux du Dr K. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2009 et surtout de la Dresse L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, des 20 avril 2009 et 17 mars 2010 évoquant, s'agissant de ce dernier, un status actuel et antérieur à la décision attaquée nécessitant d'être pris en considération. Selon le Dr K. \_\_\_\_\_ la capacité de travail sous l'angle psychiatrique ne serait au plus que de 50%. L'appréciation de ce médecin, expert auprès des tribunaux en France, n'est certes pas déterminante car sa spécialisation n'est pas connue. Mais elle est n'est pas à écarter sans motivation de la documentation médicale. Par contre l'appréciation de la Dresse L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 20 avril 2009, indiquant un suivi depuis mai 2008, retenant avec un certain nombre d'indications le diagnostic de symptomatologie anxio-dépressive chronique sévère avec évolution depuis 2007 et état psychique non stabilisé paraissant incompatible avec une activité professionnelle, corroboré

en date du 17 mars par le diagnostic de cadre probable de trouble somatoforme invalidant et incapacité d'exercer une activité lucrative est de nature à remettre en question l'actualité des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr H.\_\_\_\_\_. Il se justifie dès lors d'annuler la décision attaquée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin qu'elle procède à une nouvelle expertise psychiatrique établissant l'évolution de la symptomatologie psychiatrique depuis le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_. (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

### **E. 11**

Vu ce qui précède la question du bien-fondé de la comparaison de revenus effectuée par l'OAI-VD peut ne pas être examinée de même que peut ne pas être examiné le bien-fondé de l'abattement de 5 % retenu. Il sied toutefois de relever que les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer quel aurait été le salaire de l'assuré en 2006 au sein du groupe X.\_\_\_\_\_ s'il n'avait dû cesser son activité fin 2005 pour raison de santé. Par ailleurs, l'OAIE, respectivement l'OAI-VD, ne s'étant pas prononcé contre l'octroi de mesures d'ordre professionnel mais ayant simplement indiqué que celles-ci pouvaient être sollicitées par écrit, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le refus allégué de celles-ci, l'assuré n'ayant pas été demandeur de mesures d'ordre professionnel avant (cf. l'entretien du 3 février 2009, supra D) et au moment de la décision rendue. Il a certes évoqué dans son acte du 23 juin 2009 désirer effectuer un stage de recyclage afin d'établir la possibilité d'une activité à temps partiel mais cette demande formulée dans le cadre de l'opposition succincte au projet de décision n'a pas été confirmée dans l'opposition détaillée établie par son mandataire le 22 octobre 2009 et il apparaît du dossier que de telles mesures auraient été vouées à l'échec faute de la motivation nécessaire à une reprise active de travail.

### **E. 12.1**

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

### **E. 12.2**

Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de 1'500 francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant.

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