

# **BVGer C-2893/2014 vom 5. April 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-04-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2893\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2893_2014)

FR: TAF C-2893/2014 du 5 avril 2017

IT: TAF C-2893/2014 del 5 aprile 2017

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

### **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. Or, 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. A 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'AI (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), 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**

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable. Compte tenu du fait que le recourant a son domicile en France voisine et qu'il a travaillé en Suisse jusqu'à l'accident d'octobre 1997, il s'agit d'un frontalier, si bien que c'est à bon droit que la révision d'office de sa rente d'invalidité a été entreprise et instruite par l'OAI GE, et que la décision de suppression de la rente a été notifiée par l'OAIE (art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

### **E. 2**

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA) ; il applique en outre le droit d'office. Le Tribunal n'est pas

lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5 ; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c, ATF 119 V 347 consid. 1a ; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd., 2013, p. 25 n. 1.55).

### **E. 3.1**

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la suppression de la rente d'invalidité du recourant ayant été prononcée par décision du 13 avril 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont déterminantes.

### **E. 3.2**

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant, ressortissant français, domicilié en France, Etat membre de la Communauté européenne, a travaillé et a été assuré en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, les parties contractantes appliquaient entre elles, jusqu'au 31 mars 2012, 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 (RO 2004 121), et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909). Une décision du Comité mixte du 31 mars 2012 (décision n° 1/2012 [RO 2012 2345]) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445, ATF 140 V 98 consid. 5.2, ATF 139 V 88 consid. 4, ATF 138 V 533 consid. 2.2). Cela étant, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, la procédure ainsi que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, similaire à l'art. 3 par. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

### **E. 3.3**

S'agissant du droit interne, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **E. 4**

Le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la rente d'invalidité allouée au recourant.

### **E. 5**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'AI suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

### **E. 6.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a néanmoins 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 le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 5).

### **E. 6.2**

Le juge des assurances sociales doit, pour sa part, 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, le Tribunal s'assurera 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 de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351

consid. 3a et les références).

### **E. 6.3**

Lorsqu'une expertise médicale a été réalisée, le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions de cette expertise, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En outre, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. Par ailleurs, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, 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. 3c/cc et les références).

### **E. 7.1**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2).

### **E. 7.2**

Dans le cadre d'une révision de la rente, la question principale est de savoir si une modification de l'état de santé, ayant une influence sur la capacité de travail, est survenue depuis la dernière décision déterminante. La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend ainsi 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, ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

### **E. 8.1**

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_747/2011 du 9 février 2012

consid. 4.1, 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2 et 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

## **E. 8.2**

En l'espèce, la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 27 juillet 2000 octroyant à l'intéressé une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2000 (OAI GE doc 41) et ceux qui ont existé jusqu'au 13 avril 2014, date de la décision litigieuse supprimant la rente, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (OAI GE doc 102 p. 36). En effet, la décision d'octroi de rente du 27 juillet 2000 a été le résultat d'une procédure d'instruction, au cours de laquelle l'OAI GE, après avoir examiné des rapports médicaux des médecins traitants du recourant et du médecin d'arrondissement de la SUVA (voir supra Faits B.a), a accepté la prise en charge et la mise en oeuvre d'un reclassement professionnel, puis d'un stage d'observation professionnelle, lequel a donné lieu à un rapport du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33), de même, notamment, qu'à un examen complémentaire en neuropsychologie (rapport du 23 mai 2000 [OAI GE doc 32]). Ces rapports, aux conclusions claires, en particulier concernant la capacité de travail et de gain du recourant, ont été suivis d'un autre rapport, du 7 juin 2000, de la psychologue de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI GE, laquelle a estimé la capacité de gain de l'intéressé et a proposé l'octroi de la rente entière d'invalidité (OAI GE doc 36). Les deux communications ultérieures, du 18 juillet 2005 et du 15 septembre 2010, rendues suite à deux révisions de la rente entreprises d'office (OAI GE docs 54 et 62) s'avèrent par contre n'être que des confirmations formelles du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, suite au constat, par l'OAI GE, d'une situation demeurée inchangée, constat basé sur des rapports du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, du 20 juin 2005 et de septembre 2010, et un avis du SMR du 13 juillet 2005 (OAI GE docs 52, 53, 61).

## **E. 9**

Il ressort du dossier que, en son temps, l'administration a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant en raison d'atteintes tant physiques que neuropsychologiques, séquelles de l'accident d'octobre 1997, rendant impossible une réadaptation dans le circuit économique normal.

### **E. 9.1**

Ainsi, sur le plan physique, une fois réalisés les interventions et soins nécessaires au traitement des fractures et plaies subies lors de l'accident d'octobre 1997, notamment au niveau des membres supérieurs et du genou droit (voir notamment comptes rendus opératoires de 1997 et 1998 [OAI GE doc 8 p. 13, p. 14, p. 23 à 25, p. 28]), les médecins, qu'ils soient médecins traitants du recourant (Dr D. \_\_\_\_\_), médecin de la SUVA (Dr E. \_\_\_\_\_) ou intervenant dans le cadre du stage OSER au CIP (Dr G. \_\_\_\_\_), retenaient principalement le diagnostic de lésion du plexus brachial droit et séquelles de cette lésion ; les diagnostics de status après fracture de l'épiphyse distale du radius gauche traitée par ostéosynthèse et de bursectomie du genou droit étaient également mentionnés (voir OAI GE doc 6, doc 8 p. 12, p. 15 à 20, doc 33 p. 2). Dans son rapport médical à l'AI du 20 juillet 1998 (OAI GE doc 6), le Dr D. \_\_\_\_\_, qui était intervenu chirurgicalement au niveau du plexus brachial, observait à l'examen clinique du membre supérieur droit une perte partielle

de la sensibilité des territoires C6-C8 et D2, un déficit moteur des abducteurs, des fléchisseurs et des rotateurs du bras ainsi qu'une parésie des muscles grand-pectoral, du triceps, des supinateurs et des pronateurs de l'avant-bras, les muscles moteurs du poignet et des doigts étant intacts. Dans un rapport ultérieur, du 30 septembre 1998, à la SUVA (OAI GE doc 8 p. 12), le Dr D.\_\_\_\_\_ relevait un progrès dans la motricité de la ceinture scapulaire, de l'extension du coude et de la pronation de l'avant-bras. Le Dr E.\_\_\_\_\_ notait également, dans son rapport du 24 septembre 1998 (OAI GE doc 8 p. 15 à 20, en particulier p. 18), une hypotrophie importante du membre supérieur droit, côté dominant, et de la ceinture scapulaire à droite, en rapport avec la lésion du plexus, une réduction de la mobilité du poignet, du coude et de l'épaule, un défaut moteur important dans la flexion du coude et la mobilisation de l'épaule à droite ainsi qu'un défaut de pro / supination et un état de parésie important, la force de préhension et la sensibilité de la main étant conservées. Enfin, plus tard, dans un rapport du 10 avril 2000 (OAI GE doc 33 p. 2) rendu dans le cadre du stage du recourant au CIP, le Dr G.\_\_\_\_\_ constatait que les séquelles fonctionnelles graves et irréversibles de la lésion du plexus brachial droit rendaient tous les mouvements de l'épaule droite impossibles et diminuaient la force du membre supérieur droit, les mouvements des doigts de la main droite étant possibles, mais pénibles avec crampes, raideur et douleurs. S'agissant de la capacité de travail, tant le médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, que le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr E.\_\_\_\_\_, estimaient que l'incapacité était totale dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire, mais qu'une reconversion professionnelle, dans une activité adaptée, ne demandant pas l'utilisation du membre supérieur droit, si ce n'est au niveau de la main, pouvait être envisagée. Ont donc été mis en oeuvre un reclassement professionnel, puis un stage d'observation auprès de l'atelier OSER du CIP ayant donné lieu à un rapport du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33 p. 1 et p. 3 à 21). Au niveau physique, ce rapport faisait état en particulier de fortes limitations du bras droit, qui ne pouvait être levé, d'une importante diminution de la mobilité de l'avant-bras droit (p. 8), d'un déficit tonique au quotidien amenant l'intéressé à la limite de l'effondrement en fin de journée (p. 11), ces troubles ne lui permettant que de porter des charges de maximum 5 kg sur des temps brefs (p. 10), d'un usage malhabile et inexploitable professionnellement du membre supérieur gauche, d'une résistance insuffisante, ainsi que d'incapacités fonctionnelles de la maîtrise gestuelle, de la précision, de la coordination (p. 18). Le rapport du CIP concluait que les capacités physiques du recourant ne lui permettaient pas d'avoir une capacité de travail de 100%, les rendements étant de 25% pour des activités sérielles à l'établi et de 33% pour des activités sérielles du secteur secondaire, les résultats étant par ailleurs truffés d'erreurs.

## **E. 9.2**

Sur le plan neuropsychologique, le recourant a été examiné à l'Unité de Neuropsychologie de l'hôpital C.\_\_\_\_\_. Le rapport du 23 mai 2000 qui s'en est suivi (OAI GE doc 32) mentionnait des scores élevés dans une échelle évaluant l'anxiété et la dépression, des troubles langagiers, des déficits dans les tâches évaluant les fonctions exécutives, des difficultés d'apprentissage et des troubles attentionnels. Il concluait que ce tableau mettait en évidence des séquelles importantes du traumatisme crânien caractérisées par des déficits cognitifs et des troubles thymiques. Dans son rapport du 10 avril 2000 (OAI GE doc 33 p. 2), le Dr G.\_\_\_\_\_ indiquait déjà qu'il existait, à la suite du traumatisme initial ayant entraîné une période de coma d'environ 24 heures, des céphalées résiduelles et des difficultés de mémorisation et de concentration. Enfin, le rapport du CIP du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33 p. 1 et p. 3 à 21) faisait état de capacités d'adaptation et d'apprentissage du

recourant ne lui permettant pas, actuellement, de pouvoir apprendre de manière efficace, et de capacités d'attention ne lui permettant de traiter qu'une donnée à la fois et de manière irrégulière, ses capacités mémorielles et de logique, ainsi que l'ensemble de ses capacités intellectuelles vérifiées subissant les effets des pertes d'attention. Il s'avérait que l'intéressé était ainsi dépourvu d'autonomie et d'efficacité pour s'adapter et apprendre dans le circuit économique normal (p. 13). S'agissant de ses capacités d'intégration sociale, elles étaient également jugées incompatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, sa fragilité ne l'autorisant pas même à mobiliser une efficacité dans un milieu protégé. Le rapport du CIP observait à cet égard en particulier que l'intéressé était centré sur lui-même, qu'il subissait au quotidien les effets négatifs des pertes de données qu'il recevait et que l'image qu'il avait de lui-même était déficitaire ; sa capacité d'adaptation aux situations nouvelles était jugée insuffisante car il subissait également les effets d'une isolation sensorielle (écoute partielle, angoisses, isolation de la sensation tactile, difficultés d'intégration des informations qu'il reçoit, etc), bien que le rapport soulignât plusieurs fois l'engagement et les efforts investis par le recourant durant son stage OSER (p. 15).

### **E. 9.3**

Dans son rapport du 7 juin 2000 concernant la réadaptation professionnelle, la psychologue F. \_\_\_\_\_ reprenait les constats des rapports précités, lesquels concordaient également avec les observations faites par l'entreprise B. \_\_\_\_\_ SA pendant la mesure de reclassement et confirmaient qu'à part le sérieux handicap du membre supérieur droit, le recourant présentait des troubles mnésiques, de concentration et d'attention ainsi qu'une fragilité élevée, le tout rendant sa capacité de travail et de gain nulle.

### **E. 10**

La décision litigieuse du 13 avril 2014 supprimant la rente d'invalidité du recourant se base, quant à elle, essentiellement sur le rapport d'expertise orthopédique du 23 août 2013 établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ (OAI GE doc 81) à la demande du Dr L. \_\_\_\_\_, du SMR (avis du 11 juillet 2013 [OAI GE doc 77]), ainsi que sur l'avis médical du Dr L. \_\_\_\_\_ lui-même, du 12 septembre 2013 (OAI GE doc 83, et sur les propos du recourant lors de l'entretien du 18 juin 2013 avec l'OAI GE.

### **E. 10.1**

Selon le procès-verbal de cet entretien du 18 juin 2013 (OAI GE doc 72), le recourant a déclaré en particulier qu'il lui arrivait de temps en temps, dans le cadre de la société immobilière fondée avec son associé, K. \_\_\_\_\_, et dont l'activité est la location de 10 appartements, de faire de petits travaux, seul et/ou avec son associé (OAI GE doc 72 p. 5). Il s'agit de petits travaux de plomberie, à propos desquels K. \_\_\_\_\_ a attesté, dans un document du 6 mai 2014 produit en procédure de recours (TAF pce 1), que le recourant ne faisait que l'assister verbalement, n'étant pas capable de faire autre chose, de petits travaux de peinture (repeindre des portes), de nettoyage d'appartements et d'entretien du terrain, tels qu'arracher des mauvaises herbes ou de passer du désherbant. Pour le gros des travaux, l'intéressé a indiqué que son associé et lui-même engageaient des entreprises. Le recourant a en outre mentionné qu'il s'occupait de contrôler les rentrées des loyers des locataires sur le compte de la société immobilière et que son associé se chargeait de la comptabilité et des « papiers » (OAI GE doc 72 p. 5 et p. 6), ce que ce dernier a confirmé dans son attestation du 6 mai 2014, notant que toute la gestion de la société immobilière a toujours été faite par lui-même, si ce n'est le contrôle du paiement des loyers et éventuellement la relance des

locataires en cas de non paiement.

### **E. 10.2**

L'examen physique du recourant effectué par le Dr M. \_\_\_\_\_ l'a conduit à constater en particulier que les lésions séquellaires au membre supérieur droit des blessures du plexus brachial étaient graves et que les seuls mouvements étaient la flexion-extension du coude, mais sur un secteur de 90° seulement, la pince pouce-index étant encore efficace et un modeste contre-appui par le membre supérieur droit étant encore possible. Il a également observé qu'il existe une diminution diffuse de la sensibilité tactile du bras droit, mais pas de l'avant-bras droit, ainsi qu'un syndrome rotulien gauche sur insuffisance du muscle vaste interne droit (OAI GE doc 81 p. 10, p. 12, p. 15). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a dès lors retenu, comme atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, les séquelles des lésions du plexus brachial droit en raison de l'accident du 19 octobre 1997, et divers status post traumatismes, post interventions et post traitements, au niveau des membres droits notamment (OAI GE doc 81 p. 16). S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a noté que l'intéressé devait éviter le port de charges, la mobilisation de l'ensemble du membre supérieur droit et la conduite de machine sauf adaptation du poste de conduite (véhicule équipé d'une boîte automatique, par exemple), mais qu'il pouvait à titre exceptionnel utiliser le membre supérieur droit en tant que contre-appui modeste et la pince pouce-index pour de rares gestes sans charge. Il a encore relevé que le recourant pouvait réaliser seul les activités de la vie quotidienne, mais que le membre supérieur droit était inutilisable pour tout travail manuel (OAI GE doc 81 p. 16, p. 17). Sur la base de ses observations, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'intéressé était inchangé et ne s'était pas amélioré depuis avril 2000 (OAI GE doc 81 p. 18). Il a conclu à une incapacité de travail totale dès le 19 octobre 1997 dans l'ancienne activité d'installateur sanitaire et dans tout métier utilisant le membre supérieur droit, et à une capacité de travail pleine et entière (42 heures et 30 minutes par semaine) dès le 1er décembre 1999 dans une activité adaptée, soit, selon l'expert, l'activité exercée actuellement, à savoir une activité légère consistant en des travaux sans port de charges lourdes, en plomberie, peinture, jardinage et nettoyage d'appartement, ainsi que l'évaluation et la commande de travaux auprès d'entreprises et la surveillance de chantier (OAI GE doc 81 p. 17, p. 18).

### **E. 10.3**

Dans son avis du 12 septembre 2013 (OAI GE doc 83), le Dr L. \_\_\_\_\_, se fondant sur l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ et sur les propos du recourant rapportés dans le procès-verbal de juin 2013, a déclaré que l'état de santé de l'intéressé s'était nettement amélioré depuis le rapport d'examen neuropsychologique de mai 2000 et que le recourant ne présentait plus les limitations cognitives qui l'empêchaient d'exercer toute activité lors du stage OSER en 2000. Il a conclu que la capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée depuis le début de l'activité de gestion immobilière. Puis, dans son avis du 10 juillet 2014 joint à la réponse au recours (TAF pce 3), le Dr L. \_\_\_\_\_ a surenchéri en expliquant que si l'état de santé de l'intéressé s'était nettement amélioré depuis le mois de mai 2000, ce n'était pas au niveau ostéo-articulaire, mais bien au niveau cognitif. Le recourant ne présenterait plus les troubles et limitations cognitifs relevés au cours de l'examen neuropsychologique du 23 mai 2000 et qui l'avaient empêché d'exercer toute activité lors du stage d'orientation au CIP, ou du moins seraient-ils beaucoup moins importants ; de plus, ils n'auraient plus les conséquences qu'ils avaient alors. Se référant au rapport du 26 mars 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que le médecin traitant n'y signalait plus que des limitations

ostéo-articulaires, mais aucune limitation en lien avec des troubles cognitifs, et qu'au vu des activités ressortant du procès-verbal de juin 2013, le recourant était à l'évidence capable de gérer des rendez-vous, s'organiser pour la gestion des chantiers, gérer ses affaires personnelles, de sorte qu'on ne pourrait plus retenir les échecs neuropsychologiques évoqués dans le rapport du CIP.

### **E. 11.1**

Le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, quand il considère, sur la base de ses constatations orthopédiques, que la situation est inchangée depuis l'époque de l'octroi de la rente d'invalidité, en avril 2000. En effet, tout comme les Drs D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ observe que l'atteinte principale est la lésion du plexus brachial et les séquelles de cette lésion sur le membre supérieur droit, à savoir une perte partielle de sensibilité et un défaut moteur important, si ce n'est la flexion et l'extension du coude possible sur un secteur de 90° seulement. Ce dernier point semble être l'unique légère amélioration sur le plan physique depuis la décision initiale de rente, dont faisait toutefois déjà état le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport de septembre 2010 (OAI GE doc 61) ; d'ailleurs, le Dr D.\_\_\_\_\_ observait, dans son rapport du 30 septembre 1998 (OAI GE doc 8 p. 12), un progrès de l'extension du coude, signalant ainsi la possibilité d'une évolution à cet égard. Tous les médecins ont également relevé, au moment de la décision initiale comme à celui de la décision litigieuse, que la main droite pouvait, elle, encore être utilisée en partie et que les mouvements des doigts, consistant plus précisément, comme le décrit le Dr M.\_\_\_\_\_, en une pince pouce-index, étaient encore efficaces. Ainsi, auparavant comme actuellement, les limitations fonctionnelles au niveau somatique sont principalement liées à l'impossibilité de mobiliser le membre supérieur droit, lequel est le membre dominant, excepté de rares gestes de la pince pouce-index et d'une utilisation exceptionnelle du membre supérieur droit comme contre-appui, ajoute le Dr M.\_\_\_\_\_ ; le port de charges doit également être évité. L'expert a encore relevé que le recourant pouvait réaliser seul les activités de la vie quotidienne, ce qui était aussi signalé dans le rapport d'observation professionnelle du CIP du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33 p. 7). Enfin, le Tribunal peut suivre le Dr M.\_\_\_\_\_ lorsqu'il conclut à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'installateur sanitaire comme dans tout métier utilisant le membre supérieur droit, puisqu'il s'agissait là de la conclusion des Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ à l'époque de la décision d'octroi de la rente d'invalidité (voir supra consid. 9.1 et OAI GE docs 6 et 8 p. 18) et que l'expert constate que l'état de santé de l'intéressé est inchangé depuis cette époque. On peut également relever dans ce cadre que le rapport d'expertise du 23 août 2013 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel est notamment spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, satisfait pour l'essentiel aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux, dans la mesure où il tient compte des éléments au dossier (OAI GE doc 81 p. 3 à 7), prend en considération les plaintes du recourant (p. 8), contient une anamnèse (p. 3 à 8), se fonde sur des examens circonstanciés (p. 9 à 15), et contient des diagnostics et conclusions claires (p. 16 à 20 ; voir supra consid. 6.2).

### **E. 11.2**

En revanche, le Tribunal ne peut pas suivre le Dr M.\_\_\_\_\_ quand celui-ci estime, en se rapportant aux activités décrites dans le procès-verbal d'entretien du 18 juin 2013 avec l'OAI GE, que le recourant présente une pleine capacité de travail dès le 1er décembre 1999 dans une activité adaptée et qu'il peut donc réaliser, à raison de 42 heures et 30 minutes par

semaine, l'activité exercée actuellement, à savoir une activité légère consistant en des travaux sans port de charges lourdes, en plomberie, peinture, jardinage et nettoyage d'appartement, ainsi que l'évaluation et la commande de travaux auprès d'entreprises et la surveillance de chantier (OAI GE doc 81 p. 17, p. 18). Si le recourant déclare effectivement, selon le procès-verbal d'entretien du 18 juin 2013, qu'il lui arrive de temps en temps de faire de petits travaux dans le cadre de la société immobilière, on ne saurait cependant inférer de ces propos rapportés, comme du reste du dossier, que l'intéressé exerce ou peut exercer les activités précitées à temps complet, pendant 42 heures et 30 minutes par semaine ; le recourant répond d'ailleurs à ce sujet qu'il ne sait pas quel pourrait être son taux d'activité, que ce travail n'est jamais régulier et que certaines périodes sont plus actives que d'autres (OAI GE doc 72 p. 6). De son côté, le Dr M. \_\_\_\_\_ ne dit pas, dans son rapport d'expertise du 23 août 2013, quels sont les éléments sur lesquels il se fonde pour conclure à une capacité de travail entière du recourant dans cette activité adaptée, n'ayant d'autre motivation que la référence au procès-verbal d'entretien du 18 juin 2013 et le constat d'un état de santé inchangé par rapport à l'époque de la décision initiale. Or, à cette époque, les médecins estimaient certes, au vu de l'état de santé du recourant, qu'une reconversion professionnelle était nécessaire (Dr D. \_\_\_\_\_ ; OAI GE doc 6, doc 8 p. 12) et qu'une activité adaptée pourrait être envisagée (Dr E. \_\_\_\_\_ ; OAI GE doc 8 p. 18). Mais ils n'ont toutefois jamais conclu à une pleine capacité de travail dans une telle activité. D'ailleurs, les mesures mises en place aux fins de reconversion professionnelle par le CIP ont révélé une totale incapacité du recourant à reprendre une activité professionnelle, non seulement en raison d'incapacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration sociale, mais également en raison d'incapacités physiques. En effet, selon le CIP, les fortes limitations touchant le membre supérieur droit, côté dominant, font de l'intéressé un monomanuel d'un point de vue professionnel, l'usage du bras gauche étant malhabile et inexploitable dans un cadre professionnel (OAI GE doc 33 p. 11 et 18). Il convient de souligner de surcroît que le CIP est arrivé à cette conclusion alors même que, comme cela ressort de son rapport du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33 p. 7), le recourant avait indiqué déjà à l'époque qu'il bricolait un peu dans sa maison, faisant de la peinture et des petits travaux d'entretien (voir également TAF pce 1 p. 22). Enfin, s'agissant de l'évaluation et la commande de travaux auprès d'entreprises et de la surveillance de chantier, il semble ressortir du procès-verbal de juin 2013 que l'intéressé agit à cet égard tantôt seul, tantôt avec son associé, sans qu'on puisse déterminer quelle part véritable il prend dans ce type de démarche (OAI GE doc 72 p. 5) ; quant à la surveillance de chantier, le recourant n'en fait mention que dans le cadre du projet de construction de sa maison, notant qu'il « gère les entreprises présentes sur [son] chantier » (OAI GE doc 72 p. 2). Le rapport d'expertise du 23 août 2013 n'apparaît donc pas suffisamment motivé pour qu'on puisse en conclure que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui plus est dès le 1er décembre 1999.

### **E. 11.3**

Il sied en effet d'ajouter que ce rapport d'expertise, qui constitue une appréciation médicale ultérieure, ne suffit pas pour faire apparaître comme erronés les constats et appréciations des médecins et de l'administration au moment de la décision initiale du 27 juillet 2000, laquelle était fondée sur une appréciation des faits tout à fait admissible et documentée compte tenu de la situation de faits et de droit de l'époque. Le Tribunal peut en effet, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (reconsidération ; ATF 125 V 368 consid. 2, ATF 127 V 466 consid. 2c

; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 3125, 3139 ; voir art. 53 LPGA). Par le biais de la reconsidération, on corrige alors une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c). En l'espèce toutefois, au vu des éléments au dossier, il n'apparaît pas que les conditions de l'octroi de la rente entière d'invalidité au recourant n'étaient pas remplies à l'époque.

#### **E. 11.4**

Même si l'on devait reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ et le suivre quand il affirme que le recourant peut exercer à 100% une activité adaptée, le SMR et l'autorité inférieure ne pouvaient en aucun cas s'en contenter et en déduire, sans autre investigation, une amélioration générale, soit également au niveau neuropsychologique. D'une part, le Dr M. \_\_\_\_\_ est spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et a effectué une expertise de chirurgie orthopédique, comme il l'indique d'ailleurs en titre de son rapport du 23 août 2013 (OAI GE doc 81). On ne saurait donc inférer de ses conclusions une amélioration des troubles cognitifs que présentait l'intéressé à l'époque de la décision initiale. D'autre part, un entretien comme celui du 18 juin 2013, entre le recourant et des collaborateurs de l'OAI GE dont rien n'indique qu'ils possèdent des compétences en neuropsychologie ou même médicales, entretien, qui plus est, rapporté sous la seule forme d'un procès-verbal de questions et réponses, ne contenant aucune analyse, ni discussion, ne peut pas tenir lieu d'examen neuropsychologique ou l'équivaloir. On ne saurait notamment conclure du fait que l'intéressé vérifie l'entrée de loyers sur un compte bancaire qu'il ne présente plus de difficultés d'apprentissage et d'attention. Ni du fait qu'il réalise de petits travaux de peinture, nettoyage, entretien dans les appartements de la société immobilière qu'il ne souffre plus de déficits cognitifs et de troubles thymiques puisque déjà à l'époque de la décision initiale, quand ces déficits et troubles avaient été reconnus, il effectuait de telles tâches, à tout le moins dans sa maison. Par ailleurs, le recourant n'est pas seul à « gérer » les appartements de la société immobilière ; il a un associé dont l'implication paraît importante, de sorte qu'il est difficile, en l'état du dossier, de déterminer précisément ce que fait et est capable de faire véritablement le recourant. Le rapport médical intermédiaire du Dr H. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2013 (OAI GE doc 69), très succinct, non motivé et émanant du médecin traitant du recourant (voir supra consid. 6.3), n'est d'aucune aide à cet égard, de même que ses attestations des 12 mai 2014 et 8 septembre 2014 versées en procédure de recours (TAF pce 1 et 9). En indiquant essentiellement que l'état de santé est stationnaire, que l'invalidité du membre supérieur droit est totale et que l'intéressé ne peut se servir de sa main droite que comme une pince, il rejoint les constats du Dr M. \_\_\_\_\_, mais s'en éloigne concernant la capacité de travail, puisque le Dr H. \_\_\_\_\_ estime que la reprise du travail n'est pas possible. Par ailleurs, le fait que, comme le relève le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son avis du 10 juillet 2014 (TAF pce 3), le Dr H. \_\_\_\_\_ ne signale aucune limitation en lien avec des troubles cognitifs dans son rapport du 26 mars 2013 ne suffit pas à démontrer que ces troubles ont disparu. Car le Dr H. \_\_\_\_\_ notait des troubles mnésiques, des déficits cognitifs et des troubles thymiques dans son rapport de septembre 2010 (OAI GE doc 61) produit dans le cadre de la deuxième révision d'office de la rente, alors qu'il n'en faisait pas état dans son rapport, pourtant antérieur, du 20 juin 2005 (OAI GE doc 52) transmis à l'occasion de la première révision d'office de la rente. Puis, dans ses attestations des 12 mai 2014 et 8 septembre 2014, elles aussi extrêmement succinctes et de surcroît postérieures à la

décision litigieuse, le Dr H. \_\_\_\_\_ fait à nouveau référence au fait que « psychologiquement, [le recourant] a du mal à accepter son état » et que l'état de son patient est identique depuis l'an 2000, aussi bien au niveau ostéo-articulaire qu'au niveau cognitif ». Notons à ce propos de ces attestations que le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

## **E. 12**

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans constate que si les propos du recourant rapportés dans le procès-verbal d'entretien du 18 juin 2013 concernant les travaux qu'il effectue dans le cadre de la société immobilière, qu'il n'a démentis ni devant le Dr M. \_\_\_\_\_ ni en procédure de recours, constituent, avec le rapport d'expertise orthopédique, les indices d'une possible amélioration, à tout le moins de la capacité de travail dans une activité adaptée sur un plan somatique, et si une rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a), la documentation au dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un tel changement a véritablement eu lieu et qu'une activité professionnelle adaptée est devenue exigible à 100%, avec un rendement de 100%. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur les pièces au dossier et sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours, la suppression de la rente d'invalidité octroyée au recourant, et aurait dû procéder à une instruction supplémentaire avant de statuer. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, lorsque l'administration doit se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle doit appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves a été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C\_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

## **E. 13**

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (art. 61 al. 1 PA). Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références ; Michel Valterio, op. cit., n. m. 2870). Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA, et en accord avec la jurisprudence en la matière vu l'importance des lacunes constatées, en particulier dans le domaine neuropsychologique qui n'a pas fait l'objet d'un examen de la part de l'autorité inférieure (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 13 avril 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIIE qui rendra une nouvelle décision après avoir

complété l'instruction du dossier. Dans ce cadre, il s'agira pour l'OAIIE de déterminer, par un avis médical motivé, si véritablement, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est entière, avec un rendement de 100%. En outre, l'autorité inférieure soumettra le recourant à une expertise médicale et entreprendra auprès de services spécialisés les mesures nécessaires, propres à établir ce qu'il en est actuellement des troubles mis en évidence par l'Unité de Neuropsychologie de l'hôpital C. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen neuropsychologique du 23 mai 2000 (OAI GE doc 32), ainsi que ce qu'il en est notamment de la fragilité de l'intéressé et de son insuffisance tonique au quotidien que mentionnait le rapport d'observation professionnelle du CIP du 24 mai 2000 (OAI GE doc 33 p. 1 et p. 3 à 21). Cette expertise et ces mesures permettront de mettre en évidence les limitations fonctionnelles liées à ces troubles et la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée sur un marché économique normal, tenant compte de sa capacité de résistance. L'expertise neuropsychologique sera également soumise au médecin qui se sera prononcé sur le plan somatique afin que l'instruction complémentaire entreprise ait un aspect interdisciplinaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_168/2008 du 11 août 2008 consid. 6.2.2). Enfin, une nouvelle décision sera prise.

#### **E. 14.1**

Au vu de l'issue du litige, la question de la violation du droit d'être entendu invoquée par le recourant contre l'Office AI, qui ne lui aurait pas transmis, avant la fin du délai d'opposition, une copie de son dossier AI, peut rester ouverte. On peut tout de même signaler à cet égard que si l'OAI GE a effectivement tardé à envoyer son dossier au recourant, l'envoi datant du 25 février 2014 alors que le projet de décision avait été rendu le 24 janvier 2014 (OAI GE docs 87, 90), il lui a accordé dans le même temps un délai supplémentaire jusqu'au 25 mars 2014 pour lui faire part de ses objections. Or, le recourant n'a pas tiré parti de ce délai supplémentaire, bien que son représentant se soit à nouveau adressé à l'OAI GE le 3 mars 2014 (OAI GE doc 93), non pas pour critiquer le projet de décision du 24 janvier 2014, mais pour obtenir des informations en lien avec la somme qui aurait été versée à l'Office AI par le responsable de l'accident d'octobre 1997 au terme d'une procédure devant les tribunaux français.

#### **E. 14.2**

Par ailleurs, s'agissant précisément des griefs du recourant fondés sur le dédommagement reçu par l'AI et la SUVA dans le cadre de la procédure judiciaire qui s'est déroulée en France suite à l'accident de la circulation d'octobre 1997 (voir TAF pces 1 et 9 ; voir supra Faits E.a), il convient de relever que le fait que l'AI ait reçu un tel dédommagement ne saurait justifier le maintien de la rente d'invalidité versée au recourant, les conditions du maintien au droit à une rente AI n'y étant en aucun cas liées.

#### **E. 15**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, 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 peut allouer 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. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire du recourant, qui a consisté en la rédaction d'un recours de trente-deux pages, d'une réplique de sept pages et de deux courriers d'une page chacun, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 3'000.-, à la charge de l'autorité inférieure.

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