

BVGer C-4275/2015 vom 21. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4275_2015

FR: TAF C-4275/2015 du 21 novembre 2017

IT: TAF C-4275/2015 del 21 novembre 2017

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 de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 2.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références; voir ég. ATF 139 V 297 consid. 2.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables.

E. 2.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; Fritz. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 1983, p. 212 ; Thomas Häberli, in : B. Waldmann / Ph. Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd. 2016, art. 62 n° 43), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 176; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

E. 2.3

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

E. 3.1

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un « Etat membre » au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 3.2

Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1; ci-après : règlement n° 883/2004). Dans son champ d'application, le règlement n° 883/2004 se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les Etats membres. Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables

entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2). Certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les Etats membres ont conclues avant la date d'application du présent règlement restent applicables, pour autant notamment qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires (art. 8 du règlement n° 883/2004) et que ceux-ci aient exercé leur droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur de l'ALCP (ATF 133 V 329 consid. 8.6).

E. 3.3

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

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit interne suisse. Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). En effet selon l'art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 une décision prise par l'institution d'un Etat membre quant au degré d'invalidité de l'intéressé s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné à condition que la concordance des conditions relatives au degré d'invalidité entre les législations de ces Etats membres soit reconnue à l'annexe VII dudit règlement. Or tel n'est pas le cas entre la Suisse et les autres Etats membres (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009).

E. 4

L'objet du présent litige est le bien-fondé de la suppression de la demi-rente d'invalidité au 1er août 2015 dont bénéficiait l'intéressé au motif d'une amélioration de son état de santé psychiatrique du fait que l'intéressé ne souffrirait plus d'un trouble de conversion en relation avec ses atteintes au poignet gauche et à la main gauche, le rapport psychiatrique établi en date du 21 octobre 2014 n'ayant plus retenu de trouble de conversion et l'incapacité de travail dans une activité adaptée étant de 0% dès cette date fondant une perte de gain de 27% par rapport à son activité antérieure ayant précédé son cas d'invalidité.

E. 5.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale,

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 3.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2060 ss).

E. 6.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.1

Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits

établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. S'agissant de l'assurance-invalidité ces tâches sont de la compétence de l'office de l'assurance-invalidité compétent *ratione loci* (Office AI, art. 54-56 en relation avec l'art. 57 al. 1 let. c-g LAI). S'agissant des données médicales propres à l'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA et art. 28 ss LAI), l'office AI peut s'appuyer - à côté du Service médical régional (SMR ; art. 59 al. 2 et 2bis LAI), des rapports des médecins traitants (art. 28 al. 3 LPGA), des rapports d'experts externes (art. 59 al. 3 LAI) - sur les centres d'observation médicale et professionnelle (COMAI, COPAI ; art. 59 al. 3 LAI ; ATF 136 V 376 consid. 4.1.1 ; voir ég. Valterio, op. cit., n° 2595 ss).

E. 7.1.1

Selon l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596). Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise (cf. arrêts du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 et 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1). Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 7.1.2

La tâche d'un centre d'observation médicale (COMAI) auquel l'Office AI peut recourir en vertu de l'art. 59 al. 3 LAI est d'apprécier, sur mandat de l'office AI, l'état de santé de l'assuré dans son ensemble lorsqu'un tel examen s'avère particulièrement difficile et ne peut être effectué d'une autre manière (Valterio, op. cit., n° 2607). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens (médecins spécialisés) et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. Il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (cf. arrêt du TF I 513/05 du 5 septembre 2006 consid. 5.4 et les références; Valterio, loc. cit.).

E. 7.2

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions

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

E. 7.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3, 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. Valterio, op. cit. n° 2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait

que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 7.4

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

E. 7.5

Dans le domaine des assurances sociales, l'administration, et le cas échéant le Tribunal, fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ainsi que les références).

E. 8.1

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

E. 8.2

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

E. 8.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 8.4

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 125 V 369 consid. 2; 112 V 372 consid. 2).

E. 8.5

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

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

E. 9

Dans son recours l'intéressé fait valoir un état de santé inchangé, voire aggravé. Il invoque ses atteintes connues au niveau du membre supérieur gauche, souffrir également d'atteintes à la colonne vertébrale et aux genoux, lesquelles se sont considérablement aggravées, note que son activité de 2009 à 2012 avait été exercée dans des conditions privilégiées. Il indique que ce n'était pas parce que le Dr N. _____ n'avait pas évoqué le trouble de conversion en relation avec sa main gauche inutilisable que celui-ci n'existait plus, le Dr N. _____ ayant expressément précisé que son examen avait été établi que sur le plan psychopathologique et non physique et le Dr K. _____ ayant expressément indiqué cette atteinte sous la désignation « distrofia simpatico refleja mano izquierda ». Il souligna que la décision avait été rendue sans examen de son trouble de conversion ni de ses autres atteintes somatiques établies par des certificats médicaux, que dès lors le dossier n'avait pas été instruit correctement. Il conclut pour le cas où le tribunal ne pourrait pas trancher au fond à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, cas échéant rhumatologique et orthopédique. L'OAIE pour sa part invoque une amélioration de l'état de santé de l'intéressé à compter du rapport psychiatrique du 21 octobre 2014 du Dr N. _____ qui ne mentionne plus le trouble de conversion mais retient un trouble d'adaptation ainsi qu'une réaction dépressive de longue durée, qu'en l'occurrence du point de vue psychiatrique il n'y avait plus d'incapacité de travail à retenir pour des activités de substitution. L'OAIE précise retenir comme seule atteinte incapacitante l'atteinte somatique ostéoarticulaire (pseudarthrose du scaphoïde carpien décompensée, ankylose des doigts, arthrose radio-carpienne évolutive) avec une diminution de la capacité de gain de 100% dans la dernière activité exercée en tant qu'ouvrier spécialisé en électricité et 0% dans l'exercice d'une activité de substitution avec une diminution de la capacité de gain de 27% dès le 21 octobre 2014.

E. 10.1

Il appert de l'art. 43 al. 1, 1ère phrase, LPGA qu'il appartient à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin. Il sied de souligner que la loi attribue à l'administration la tâche d'éclaircir la situation de fait juridiquement déterminante selon le principe inquisitoire de façon correcte et complète de sorte que fondée sur les faits établis la décision quant aux prestations à allouer (cf. l'art. 49 LPGA) puisse être prise. Il appartient aux services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2 et 2bis LAI), ce qui suppose d'apprécier les capacités fonctionnelles de l'assuré de pouvoir exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Les médecins d'un service médical régional doivent, comme tout expert, disposer des compétences professionnelles nécessaires (Valterio, op. cit., n° 2596) et recourir à la documentation médicale nécessaire à leurs tâches. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI doit déterminer le droit aux prestations. Ceci présuppose que lesdites données satisfassent aux critères jurisprudentiels de valeurs probantes requises des rapports médicaux (cf. arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3).

E. 10.2

En l'espèce, à la suite des premières données médicales reçues suite à la révision du droit à la rente initiée le 5 août 2014 le Dr M. _____ sur la base de sa connaissance du dossier indiqua à juste titre nécessiter une documentation médicale supplémentaire en la forme d'un rapport E 213 et d'un rapport psychiatrique. L'OAIE ne requit de l'INSS cependant qu'un rapport psychiatrique détaillé et reçut le rapport du Dr N. _____ du 21 octobre 2014 relativement succinct (rapport rappelant l'accident de 2004 ayant lésé le poignet de la main droite [recte : gauche], la reconnaissance d'une invalidité de 60% [recte : 50%] et une activité professionnelle erronée de responsable des achats internationaux dans sa propre entreprise, exposé suivi de 8 lignes sur le status actualisé). Ce rapport a complété celui du Dr K. _____ du 22 août 2014 ayant simplement listé des atteintes à la santé connues et nouvelles et le rapport radiologique du Dr L. _____ du 10 juin 2014. Au nombre des atteintes listées figure une dystrophie sympathique réflexe (aussi appelée « algodystrophie (de type I) » ou « syndrome régional douloureux complexe (SRDC) ») de la main gauche dont le diagnostic peut être rapproché s'agissant de l'intéressé de celui de trouble dissociatif ou trouble de conversion en relation avec le poignet et la main gauches (voir le rapport SMR du 26 juillet 2007 et le rapport du 9 août 2007 du Dr B. _____, supra A.d et A.e). Les troubles de conversion sont « des symptômes neurologiques tels que la paralysie, les troubles sensoriels, la cécité, ou le tremblement, qui peuvent ressembler à une maladie organique connue comme un accident vasculaire, l'épilepsie, ou des symptômes extrapyramidaux mais qui ne peuvent être attribués à une maladie organique neurologique. Leur diagnostic fait partie des diagnostics neurologiques inexplicables qu'un neurologue sait repérer par ses atypies, incohérences et fluctuations. Son intrication avec une maladie neurologique peut compliquer l'exercice » (Arnaud Saj, Les troubles de conversion et les neurosciences cognitives, in : Revue de neuropsychologie, vol. 3, n° 3, 2011, p. 189-193, 189). Le trouble de conversion « comprend un ou plusieurs symptômes ou déficits neurologiques produits inconsciemment et involontairement, touchant habituellement la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles. Les manifestations sont incompatibles avec les mécanismes physiopathologiques ou les voies anatomiques connus. Le début, l'aggravation et le maintien des symptômes du trouble de conversion sont souvent associés à des facteurs psychologiques, tels que le stress. Le diagnostic repose sur l'anamnèse après l'exclusion de troubles physiques » (Joel E. Dimsdale, in Manuel Merck, version prof., ad Trouble de conversion, www.merckmanuals.com, site internet consulté le 12.10. 2017).

E. 10.3

Sur la base de la nouvelle documentation reçue le Dr M. _____, médecine interne, en charge de l'appréciation somatique de l'état de santé de l'intéressé, ne requit pas de l'OAIE, comme il aurait dû le faire, la production du rapport E 213 pourtant requis et essentiel à son appréciation du status de l'intéressé et de ses limitations fonctionnelles éventuelles alors qu'il avait eu connaissance par le rapport médical du Dr K. _____ d'un certain nombre d'atteintes à la santé simplement listées mentionnant une stéatose hépatique, un trouble de l'adaptation, une discopathie C4-C7, une pseudarthrose du scaphoïde gauche, une dystrophie sympathique réflexe de la main gauche, un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, une chondropathie rotulienne de grade IV de la rotule droite avec tendinite rotulienne et du quadriceps, une chondropathie rotulienne de grade III de la rotule gauche avec champs chirurgicaux et possible réaction, une granulomatose à corps externe, atteintes aux genoux documentées par un rapport radiologique. Ce n'est en effet que par le rapport E 213 manquant au dossier que le Dr M. _____ aurait pu par une appréciation des limitations fonctionnelles normalement y relatives estimer, par un premier examen, la portée des

atteintes listées dans le rapport du Dr K. _____ et cas échéant solliciter un complément de rapports médicaux. Dans son rapport à finalité somatique du 4 décembre 2014 le Dr M. _____, médecine interne, ne s'est prononcé que et uniquement que sur l'absence de trouble de conversion non repris dans les 8 lignes consacrées au status psychiatrique actualisé de l'assuré, relevant de son appréciation, vu cette absence de diagnostic, une amélioration de l'état de santé de l'intéressé devant être confirmée par un médecin psychiatre du SMR. Certes le Dr M. _____ a dans son rapport suivant du 23 février 2015 relevé que l'important handicap non contesté du poignet gauche (« die unbestrittene starke Behinderung des linken Handgelenkes ») ne s'était pas amélioré (énoncé en discordance avec la constatation qu'un trouble de conversion n'était plus présent vu la nature même de cette atteinte touchant la motricité volontaire dans un contexte d'affection psychoneurologique indéterminée) et repris les limitations fonctionnelles déterminées en 2006 par le SMR et a aussi évoqué les autres atteintes à la santé de l'intéressé indiquant qu'elles n'avaient pas d'incidence pour une activité adaptée, mais cette appréciation ne s'est pas fondée sur une nouvelle documentation médicale complétant les atteintes simplement listées par le Dr K. _____. Manifestement le status somatique de l'assuré, dont il y a lieu de relever que le diagnostic de trouble de conversion nécessite un examen approfondi et spécialisé multidisciplinaire (Saj, op. cit., p. 193) n'a pas été correctement établi conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA, ne serait-ce au moins par un complément au rapport du Dr K. _____ trop sommaire qu'un rapport E 213 aurait permis de relativiser ou de motiver des investigations complémentaires.

E. 10.4

Dans son rapport du 19 décembre 2014 le Dr O. _____, psychiatre, releva les diagnostics somatiques de l'intéressé tels que relatés par le rapport du 22 août 2014 du Dr K. _____ sans se prononcer à leur sujet et nota que d'un point de vue purement psychiatrique l'intéressé ne présentait pas de limitations à compter de l'examen du Dr N. _____. En ce faisant le Dr O. _____ a réservé à l'attention du Dr M. _____ et de l'office AI une appréciation du point de vue somatique n'ayant pas été faite. Dans son rapport le Dr O. _____ a retenu avec le Dr N. _____ sur la base de son rapport un trouble actuel de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F43.21) sans trouble de conversion et indiqua que d'un point de vue psychiatrique il y avait une amélioration de l'état de santé de l'intéressé et plus d'incapacité de travail, relevant que l'intéressé avait été traité avec des antidépresseurs jusqu'en 2009 et qu'il ne prenait plus que des tranquillisants. Le rapport du Dr O. _____ se fonde en fait sur les 8 lignes consacrées au status psychiatrique actualisé de l'intéressé qui sont, il est vrai, claires, précisant que la symptomatologie psychique actuelle limitait modérément la capacité de travail de l'intéressé. La question de sa qualité probante vu son caractère succinct et vu la composante psychiatrique antérieure importante dont l'appréciation a été nuancée par le SMR en 2007 à la suite de l'hospitalisation de l'intéressé à la CRR (cf. supra A.d), que le Tribunal fédéral a d'ailleurs relevé dans son arrêt du 8 novembre 2011 (cf. supra C), se pose néanmoins (voir supra 10.3 et la réf. à Saj, loc. cit.). Dans ses écritures le recourant fait valoir que ce n'est pas parce que le Dr N. _____ n'avait pas mentionné ni abordé la question d'un trouble de conversion, diagnostic retenu par le Dr K. _____ sous la désignation de dystrophie sympathique réflexe, qu'il était possible de retenir qu'il ne souffrait plus d'un tel trouble. A l'appui de son assertion l'intéressé fit établir par le Dr N. _____ une note du 7 avril 2015 selon lequel celui-ci indiqua que son avis reposait sur la base de l'examen psychopathologique et non physique (main gauche). En soi cette note du 7 avril 2015 émanant d'un psychiatre n'est pas sans

poser de problèmes d'interprétation car elle paraît a priori ne pas intégrer l'atteinte en question à un examen psychopathologique. En tous les cas les 8 lignes sur le status psychiatrique actuel de l'intéressé du Dr N. _____ complétées de sa note du 7 avril 2015 indiquant que la question d'un trouble de conversion n'a pas été examinée ne sauraient fonder un diagnostic psychiatrique propre à mettre un terme au versement d'une demi-rente d'invalidité allouée initialement pour une atteinte principalement psychiatrique en relation à un trouble de conversion. Il n'appert pas du dossier que le Dr N. _____ avait connaissance des rapports médicaux déjà existants et qu'il devait répondre à des questions spécifiques p.ex. concernant l'existence ou non d'un trouble de conversion (cf. pce 64). Son rapport psychiatrique (pce 66) indique avoir été établi sur la base de la consultation du 21 octobre 2014, soit sur la base de ce que l'intéressé lui aura communiqué de son passé.

E. 11

En résumé, compte tenu que la décision attaquée ne s'est fondée que sur une liste d'atteintes somatiques du Dr K. _____ du 22 août 2014 non complétée au moins, ne serait-ce, par un rapport E 213 s'étant prononcé sur les répercussions fonctionnelles des atteintes sur la mobilité de l'intéressé, et que le rapport psychiatrique déterminant au dossier du Dr N. _____ du 21 octobre 2014, complété de sa note du 7 avril 2015, ne pouvaient permettre au service médical de l'AI, sur cette seule base, outre le rapport radiologique du Dr L. _____ du 10 juin 2014 attestant d'atteintes aux rotules, d'effectuer une appréciation complète de l'état de santé actuel de l'intéressé selon les réquisits propres aux rapports médicaux sur dossier, lesquels nécessitent un complément d'instruction s'il subsiste des doutes mêmes minimales (cf. supra consid. 7.1.1. et 7.4 et la jurisprudence citée), il sied d'annuler la décision attaquée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle ordonne une expertise psychiatrique, rhumatologique respectivement orthopédique, éventuellement avec un complément neurologique, en Suisse et rende une nouvelle décision sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé. La coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Il sied de relever qu'en l'occurrence l'examen notamment du trouble de conversion nécessite une approche pluridisciplinaire (Saj, op. cit., p. 193) dont il apert manifestement qu'elle n'a pas été effectuée à la lecture même des rapports à la base des appréciations des Drs M. _____ et O. _____. Le Dr N. _____ a expressément indiqué n'avoir pas examiné l'intéressé sous l'angle d'un trouble de conversion en lien avec le membre supérieur gauche. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

E. 12.1

Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales 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. 5.6).

E. 12.2

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

E. 12.3

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. En matière d'assurances sociales a obtenu gain de cause la partie dont l'issue de la procédure de recours l'a placée dans une situation de droit préférable à celle résultant de la fin de la procédure administrative ou dont l'issue du recours est un renvoi à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (ATF 117 V 401 consid. 2c, ATF 132 V 215 consid. 6.2 ; voir aussi TF 9C_846/2015 consid. 3 et 9C_654/2009 consid. 5.2). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit au dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). En l'espèce, le recourant ayant agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires, il est alloué à la partie recourante une indemnité de dépens de 2'800.- francs non soumises à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure tenant compte de l'issue du recours, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant. (Le dispositif figure sur la page suivante)

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