

# **BVGer C-6051/2016 vom 28. November 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6051\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6051_2016)

FR: TAF C-6051/2016 du 28 novembre 2018

IT: TAF C-6051/2016 del 28 novembre 2018

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.4**

En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 29 août 2016 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais, vivant au Portugal - Etat membre de l'Union européenne (UE) - a été assuré en Suisse de novembre 1982 à décembre 2000 (AI pce 24 p.

2). 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1er avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants 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 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C\_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C\_54/2012 du 2 avril 2012).

### **E. 2.2**

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). 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).

### **E. 2.3**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2). En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 21 janvier 2016, date de la première décision (cf. AI pces 140 ; 145), et le 28 juillet 2016, date de la décision attaquée (cf. AI pce 151), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 3**

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision, soit le 28 juillet 2016. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la

décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

#### **E. 4**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneuenbühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

#### **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 2.1), 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 [CE] 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, p. 547 ss 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir ég. 140 V 193 consid. 3.2).

## **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 est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 ; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; Valterio, op. cit., p. 830 ss n° 3054 ss, p. 833 n° 3065).

## **E. 7.2**

Aux termes de l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit alors commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du TF 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2). L'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du TF 9C\_57/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2).

## **E. 7.3**

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 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du TF 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 ; Valterio, op. cit., p. 832 s 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

#### **E. 7.4**

La constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence - en l'occurrence à tirer des rapports médicaux - d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial de prestations (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt en général par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente (cf. arrêt du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

#### **E. 7.5**

Selon l'art. 88a al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

#### **E. 7.6**

L'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée et, s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (cf. art. 88bis al. 1 let. a et c RAI).

#### **E. 8.1**

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3<sup>ème</sup> éd. 2011, p. 255 ; cf. ég. l'art. 69 RAI). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23 ; 114 Ia 114 consid. ch).

#### **E. 8.2**

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 ; 125 V 351 consid. 3a). 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. 3a). 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. p. 797 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 consid. 3b/aa ; 118 V 286 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

### **E. 8.3**

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).

#### **E. 8.3.1**

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 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

#### **E. 8.3.2**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; 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 divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

#### **E. 8.3.3**

Quant aux 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. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même à un médecin non traitant consulté 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

#### **E. 8.4**

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder 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, la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

#### **E. 9.1**

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 28 juillet 2016 (cf. AI pce 151), à maintenir le droit à un quart de rente d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er août 2014 (cf. décision du 21 janvier 2016 ; AI pces 140 ; 145) au motif qu'une activité adaptée à son état de santé restait exigible à 80%.

#### **E. 9.2**

En l'espèce, la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit de l'intéressé à une rente, est celle du 21 janvier 2016, rendue par l'OAIE au terme de l'examen de la première demande de prestations et mettant l'intéressé au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1er août 2014 (cf. AI pces 140 ; 145). C'est donc l'état de fait existant au moment de cette décision du 21 janvier 2016 qui doit être comparé à celui existant au moment de la décision querellée du 28 juillet 2016 (cf. AI pce 151).

#### **E. 9.3**

Dans le cadre de la première demande de prestations AI, la décision du 21 janvier 2016 était principalement fondée sur l'avis du service médical de l'autorité inférieure, soit pour lui le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie et hématologie.

##### **E. 9.3.1**

Leurs prises de position médicales datées des 29 août 2015, 3 novembre 2015 et 12 janvier 2016 (cf. AI pces 121 ; 136 ; 139) sont basées sur divers avis médicaux établis par des médecins portugais (cf. AI pces 8 à 18 ; 28 p. 23 ss ; 30 à 118 ; 131 ; 134) et ont été rendues sur la base d'un seul examen du dossier. Les médecins du service médical de l'OAIE ont retenu les diagnostics principaux de péri-arthropathie des épaules sur altérations dégénératives avec lésions de la coiffe des rotateurs (CIM-10 M75.1) ; status après acromioplastie et bursectomie de l'épaule droite le 19 février 2013 ; syndrome cervico- et lombo-spondylogène sur altérations dégénératives (CIM-10 M47.8). Puis, ils ont mentionné les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail suivants : status après ablation partielle de la prostate en raison d'une hyperplasie le 10 décembre 2013 ;

incontinence urinaire légère ; maladie de Crohn. En outre, ils ont évoqué comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail un goitre.

### **E. 9.3.2**

A l'époque de la première demande de prestations AI, il a été également fait état de poly-arthralgies intenses, principalement situées au niveau de la colonne vertébrale, des épaules et des membres inférieurs (cf. rapport médical E 213 [P] du 15 avril 2015 du Dr Dd.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue ; AI pce 8, p. 2 s nos 3.2, 4.8.1 ss). Puis, plusieurs médecins traitants ont attesté chez l'intéressé une spondyl-arthropathie avec des rachialgies dans le contexte de la maladie de Crohn (cf. rapports médicaux des 16 janvier 2014 et 24 mars 2014 de la Dre Ii.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation [AI pces 15 ; 41], ainsi que le rapport médical du 6 août 2015 de la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin généraliste [AI pce 108]), respectivement une maladie de Crohn avec arthrite (cf. rapport médical E 213 [P] du 15 avril 2015 du Dr Dd.\_\_\_\_\_ ; AI pce 8), alors que le Dr Ee.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a retenu en date du 28 janvier 2015 que, compte tenu de la clinique et des examens complémentaires présentés, une spondylarthrite associée à une maladie inflammatoire chronique intestinale pouvait être exclue, recommandant à l'intéressé de suivre un traitement pour soulager les douleurs de nature mécanique (cf. AI pce 48). Le service médical de l'OAIE s'est rallié à l'avis dudit rhumatologue en ce sens qu'une maladie inflammatoire chronique (spondylarthrite) liée à la maladie de Crohn avait été exclue comme cause des douleurs ostéo-articulaires (cf. AI pce 121 p. 2). En outre, le médecin traitant de l'intéressé, la Dre P.\_\_\_\_\_, notait, dans un rapport médical du 6 août 2015, que l'intéressé avait développé depuis quelques mois une dépression réactive associée à une anxiété généralisée nécessitant un traitement antidépresseur régulier (cf. AI pce 108). A ce propos, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que ledit trouble ne constituait à ce moment-là pas une entrave majeure et ne l'a, par conséquent, pas retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. AI pce 121 p. 4).

### **E. 9.3.3**

S'agissant des conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'intéressé, les médecins du service médical de l'autorité inférieure ont relevé qu'il fallait éviter des travaux lourds, le port de charges de plus de 5 kg, le mouvement répétitif des épaules, une activité avec les bras au-dessus du niveau des épaules, une posture debout prolongée, l'exposition au froid ou à l'humidité et qu'il fallait tenir compte d'une résistance au stress diminuée. Ils ont conclu sur cette base à une incapacité de travail de 100% dans la dernière activité habituelle dès le 29 août 2012 et à une incapacité de travail de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès la même date.

### **E. 9.4**

Si, dans le cadre de la demande de révision présentée par l'assuré en date du 16 mars 2016, l'autorité inférieure et son service médical ont considéré que les documents médicaux produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une incapacité de travail supplémentaire que celle d'ores et déjà retenue auparavant (cf. AI pces 149 ; 150), tant l'autorité que son service médical ont revu leur position dans un second temps, suite à la production, en procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux (cf. TAF pce 19 ; annexe à TAF pce 19).

### **E. 9.4.1**

Ainsi, dans son avis médical du 18 mai 2017 (annexe à TAF pce 19), le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que même si la nouvelle documentation médicale produite par le recourant dans le cadre du recours ne permettait pas d'augmenter son incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à ce moment-là, le dossier médical de ce dernier était lacunaire, en ce sens qu'il manquait des examens rhumatologiques et psychiatriques récents et détaillés, à savoir notamment une description du status clinique et des limitations fonctionnelles, et a dès lors recommandé de solliciter de tels examens. Dans sa réponse du 31 mai 2017, l'OAIE, suivant l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, a proposé l'admission du recours et le renvoi du dossier à son Office pour complément d'instruction.

#### **E. 9.4.2**

Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_ et des conclusions de l'autorité inférieure, pour les raisons suivantes.

#### **E. 9.4.3**

S'agissant des nouveaux documents médicaux envoyés par l'intéressé à l'appui de sa demande de révision en date du 16 mars 2016 à l'OAIE (cf. AI pces 146 ; 147), qui font état d'une thyroïdectomie totale sous anesthésie générale ayant eu lieu le 3 mars 2016, le Tribunal se rallie à l'avis du 1er mai 2016 du service médical de l'autorité inférieure, soit pour lui le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, retenant que cette opération ne justifiait pas d'incapacités de travail supplémentaires durant plus de trois mois que celles retenues dans le cadre de la première décision de l'OAIE du 21 janvier 2016. En effet, d'une part, l'atteinte située au niveau de la glande thyroïde, à savoir un goitre thyroïdien multi-nodulaire, était déjà documentée lors de la première demande de prestations AI et qualifiée de diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. AI pces 109 ; 39 ; 40 ; 108 ; 121). Par ailleurs, déjà à l'époque, l'oncologue du service médical de l'autorité inférieure avait expressément retenu qu'en l'absence de complications durables, une éventuelle thyroïdectomie future n'occasionnerait pas d'incapacités de travail durables (cf. prise de position médicale du 12 janvier 2016 de la Dre F.\_\_\_\_\_ ; AI pce 139). D'autre part, les nouveaux documents produits à l'appui de la demande de révision attestent que la thyroïdectomie totale s'était déroulée sans complications opératoires et post-opératoires. De plus, aucune incapacité de travail n'a été retenue par les médecins suite à cette intervention et aucun document médical produit ultérieurement par l'intéressé ne fait état d'une aggravation de cette atteinte jusqu'au moment de la décision litigieuse (cf. AI pce 153).

#### **E. 9.4.4**

En procédure de recours, le recourant a produit différents nouveaux documents médicaux (cf. AI pces 153 à 159 ; annexes à TAF pce 1 ; 4 ; 6 ; 13 ; 16 ; 21 ; 24 ; 26 ; 29 ; 31). Du point de vue somatique, il a fait valoir que son état de santé s'était encore aggravé « suite à des complications au niveau chronique », invoquant que son « incapacité physique, psychologique et mentale est devenue très compliquée », en raison notamment de problèmes intestinaux, de douleurs aux genoux, aux mains, aux épaules, au dos (cervicales) et à la tête (cf. TAF pce 1).

##### **E. 9.4.4.1**

En premier lieu, le Tribunal constate que certains des nouveaux documents envoyés au stade du recours, à savoir notamment un rapport d'hospitalisation du service de gastroentérologie et hépatologie de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...), soit pour lui le Dr

L.\_\_\_\_\_, établi en octobre 2015 (cf. AI pce 159 p. 1 = annexes à TAF pces 1 ; 4) et les rapports d'examens de laboratoire de l'hôpital K.\_\_\_\_\_ de (...) rédigés entre le 23 et le 29 octobre 2015 (cf. AI pce 160 = annexes à TAF pces 1 ; 4) sont antérieurs à la première décision entrée en force (21 janvier 2016), de sorte que ces états de faits ne doivent pas être pris en considération au stade de la présente demande de révision de la rente d'invalidité (cf. consid. 3). Ainsi, dans la mesure où le recourant se rapporte à des documents médicaux antérieurs à la décision de l'OAIE du 21 janvier 2016, le recours est irrecevable (cf. consid. 7.1 ss ; 9.2).

#### **E. 9.4.4.2**

En deuxième lieu, le Tribunal tiendra compte des nouveaux rapports médicaux établis entre la période après première décision du 21 janvier 2016 et la décision litigieuse du 28 juillet 2016 (cf. AI pces 154 à 158 ; consid. 3) ainsi que d'un rapport médical rédigé par la Dre P.\_\_\_\_\_ peu de temps après la décision querellée, à savoir le 17 août 2016, dès lors que ledit document résume les conclusions de divers examens médicaux effectués avant la décision litigieuse et qu'il se réfère pour le reste essentiellement à des atteintes durables à la santé ayant débutées avant la décision querellée (cf. AI pce 153 ; consid. 3).

#### **E. 9.4.4.3**

A la lecture de ces nouveaux documents et en accord avec le médecin du service médical de l'autorité inférieure (cf. AI pces 153 à 158 ; annexe à TAF pce 19), il appert que le recourant souffre en sus des troubles d'ores et déjà présents lors de la première demande de prestations (à savoir des altérations dégénératives des épaules, des altérations dégénératives de la colonne cervicale et lombaire ainsi que des atteintes situées aux niveaux de la prostate, de l'intestin et de la glande thyroïde ; cf. AI pces 8 à 18 ; 28 p. 23 ss ; 30 à 118 ; 121 ; 128 à 134 ; 139 ; 147 cf. également consid. 9.4.3) de nouvelles atteintes situées notamment au niveau du genou droit, des mains, de la tête ainsi que des voies respiratoires.

#### **E. 9.4.4.4**

En effet, le Dr O.\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, a diagnostiqué dans son rapport d'échographie des parties molles du genou droit du 27 juin 2016 (cf. AI pce 155 = annexes à TAF pces 1 ; 4) une enthésopathie inflammatoire de l'insertion inférieure du tendon quadricipital et du tendon rotulien, une bursite retro-quadricipitale, des protrusions des corps postérieurs latéraux et médians des ménisques avec compression extrinsèque des collatéraux et des kystes de Baker. Des signes d'enthésopathie du système extenseur ont également été observés à l'occasion d'une radiographie du genou droit effectuée par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin radiologue, en date du 9 juin 2016 (cf. AI pce 157 = annexes à TAF pces 1 ; 4). Puis, il appert que l'intéressé s'est plaint à plusieurs reprises de douleurs aux mains, respectivement que ses mains s'endormaient quand il écrivait (cf. notamment AI pces 146 p. 1 ; 153). En date du 9 juin 2016, se basant sur une radiographie de la main droite, le Dr N.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rhizarthrose et une arthrose digitale inter-phalangienne distale, principalement de l'index et du majeur (cf. AI pce 157 = annexes à TAF pces 1 ; 4). En outre, la Dre P.\_\_\_\_\_ a expliqué dans son rapport médical du 17 août 2016 que l'intéressé était en train d'attendre la consultation et la chirurgie d'un spécialiste en orthopédie en raison d'un probable syndrome du tunnel carpien et de doigts à ressaut (cf. AI pce 153). Dans sa demande de révision du 16 mars 2016 (AI pce 146) le recourant s'est également plaint de « douleurs de tête de plus en plus graves ». A ce sujet, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin neuroradiologue, a, dans son rapport de tomographie

crânio-encéphalique du 11 mai 2016, diagnostiqué une légère sinusite ethmoïdale (cf. AI pce 158 = annexes à TAF pces 1 ; 4). La Dre P.\_\_\_\_\_ a fait état le 17 août 2016 d'une aggravation de céphalées présentes depuis plus de dix ans, dues à un accident de la route, « aggravées également par une pathologie de la colonne cervicale » (cf. AI pce 153 p. 2). Finalement, la Dre P.\_\_\_\_\_ a attesté qu'il avait souffert d'infections respiratoires plus fréquentes, qui ont conduit à son hospitalisation (cf. AI pce 153 p. 2).

#### **E. 9.4.4.5**

Le Tribunal constate que les nouvelles atteintes pouvant potentiellement avoir une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée dès lors qu'il manque des examens décrivant son status clinique et les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes (en particulier les conséquences des atteintes des mains sur l'exercice de travaux manuels). Au demeurant, il manque notamment les rapports d'hospitalisation faisant état des infections respiratoires et le rapport de rhumatologie, attestant que le diagnostic d'une spondylarthropathie avec des rachialgies dans un contexte de la maladie de Crohn avait été exclu, auxquels la Dre P.\_\_\_\_\_ se réfère dans sa prise de position du 17 août 2016 (cf. AI pce 153). Quand bien même les nouveaux rapports produits par l'intéressé dans le cadre du recours jouissent d'une valeur probante limitée compte tenu de leur degré de motivation et leur précision eu égard à la jurisprudence précitée, il faut considérer qu'il subsiste des doutes quant à l'état de santé somatique du recourant au moment de la décision litigieuse et que les médecins ne se sont pas prononcés de façon suffisante quant à son aggravation éventuelle depuis la première décision de l'OAIE.

#### **E. 9.4.4.6**

En dernier lieu, en ce qui concerne les nouveaux documents médicaux datant d'après la décision litigieuse (cf. annexes à TAF pce 1 ; 4 ; 13 ; 16 ; 21 ; 24 ; 26), qui ne permettent pas une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée, et compte tenu de la limitation du pouvoir d'examen de ce Tribunal (cf. consid. 3), ces faits ne sont pas pris en considération dans le cadre de la présente procédure.

#### **E. 9.4.5**

Du point de vue psychiatrique, le recourant se plaint dans le cadre du recours à plusieurs reprises d'une détérioration notable de son état de santé psychique et a produit un rapport médical succinct établi en date du 17 août 2016 par la Dre P.\_\_\_\_\_ (cf. AI pce 153 = annexe à TAF pce 1), évoquant que l'intéressé avait développé depuis quelques mois une dépression réactive associée à une anxiété généralisée nécessitant un traitement antidépresseur (Mirtazapine) journalier. Le Tribunal constate que ce rapport médical a été établi après la décision querellée (28 juillet 2016). Toutefois, dès lors que cette atteinte psychiatrique avait d'ores et déjà été évoquée par le même médecin le 6 août 2015 (cf. AI pce 108), qu'il est fait état d'une atteinte psychiatrique qui durait depuis plusieurs mois et que le rapport médical du 17 août 2016 permet ainsi une meilleure compréhension de l'état de santé psychique du recourant antérieur à la décision attaquée, ces éléments de fait doivent être pris en considération. Le Tribunal de céans constate qu'aucun médecin traitant ne s'est prononcé au sujet d'une éventuelle incapacité de travail engendrée par l'atteinte psychiatrique et que ledit rapport médical du 17 août 2016 n'a pas été soumis par l'autorité inférieure à son psychiatre pour prise de position.

#### **E. 9.4.5.1**

Suite au récent changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral, toutes les affections psychiatriques doivent, en règle générale, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 s). Cette jurisprudence est applicable à tous les cas pendants au moment du changement de pratique et dès lors également au cas d'espèce (cf. arrêt du TF 9C\_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

#### **E. 9.4.5.2**

En l'occurrence, les indicateurs standards n'ont pas été analysés par l'administration. Or, le Tribunal relève qu'en l'état actuel, un tel examen n'est pas possible dès lors que la documentation psychiatrique se trouvant au dossier est trop succincte et de ce fait, elle ne permet pas d'évaluer précisément la capacité de travail et la capacité fonctionnelle du recourant dans la période après la première décision de l'OAIE du 21 janvier 2016. Il s'ensuit que le Tribunal ne peut pas évaluer s'il y a eu un changement de l'état de santé psychique eu égard à la nouvelle jurisprudence.

#### **E. 9.5**

Il convient par conséquent, ainsi qu'en concluent tant le recourant que l'autorité inférieure, d'admettre le recours dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 9.4.4.1), d'annuler la décision du 28 juillet 2016 et de procéder à un complément d'instruction, en particulier, comme l'a recommandé le service médical de l'autorité inférieure, au niveau psychiatrique et rhumatologique, par la mise en oeuvre d'une expertise médicale. En outre, le Tribunal retient que cette dernière devra être complétée, en raison du syndrome du tunnel carpien ainsi que des céphalées, par une expertise neurologique, et, eu égard aux infections respiratoires récurrentes, par une expertise pneumologique. Au besoin, l'autorité inférieure fera appel à des spécialistes d'autres disciplines médicales.

#### **E. 10.1**

En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé somatique ainsi que psychique du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 al. 1 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 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). En l'espèce, il ressort du dossier que la question liée à l'état de santé somatique ainsi que psychique du recourant n'a pas été instruite à satisfaction par l'autorité inférieure et mérite un éclaircissement.

#### **E. 10.2**

Pour sa nouvelle décision portant sur la question d'une éventuelle augmentation de la rente d'invalidité de l'intéressé, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assuré et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique ainsi que psychique après le 21 janvier 2016 afin de pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. consid. 9.4.4.5). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire en Suisse comprenant une évaluation rhumatologique, neurologique, pneumologique et psychiatrique ainsi que d'autres disciplines si nécessaire, qui devra établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant après le 21 janvier 2016. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

### **E. 10.3**

Il sied de préciser que l'expertise qui sera mise en place par l'autorité inférieure devra respecter la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 qui modifie sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

### **E. 11.1**

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1ère phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

### **E. 11.2**

Le recours étant admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Par décision incidente du 7 mars 2017 (cf. TAF pce 15), le Tribunal avait octroyé au recourant l'assistance judiciaire partielle en ce sens que ce dernier était dispensé du paiement des frais de procédure.

### **E. 11.3**

Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF). (le dispositif se trouve à la page suivante)