

BVGer C-6368/2010 vom 29. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6368_2010

FR: TAF C-6368/2010 du 29 mars 2012

IT: TAF C-6368/2010 del 29 marzo 2012

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions. C'est donc en application de la législation que l'OCAI-GE a traité la demande de prestations de l'assuré et que l'OAIE lui a notifié la décision contre laquelle il a recouru.

E. 1.2

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2.1

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA

E. 2.2

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. 2.3

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 4.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 4.2

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

E. 5.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1 ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 7 juillet 2010, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause.

E. 5.2

En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Toutefois, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent - pour des raisons d'économie de procédure - aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

E. 6.1

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. 6.2

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. Toutefois, 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). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

E. 7.1

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).

E. 7.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

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 125 V 352 consid. 3a et les références).

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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 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 est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent

- même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 7 juillet 2010 (OCAI pce 151), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er mars 2005 (OCAI pce 117) au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

E. 9.1

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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 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. 9.2

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. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il 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.

E. 10

À titre préliminaire, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans la présente affaire.

E. 10.1

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, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle

décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

E. 10.2

En l'espèce, le recourant a subi une invalidité totale du 1er septembre 1993 au 31 mai 1995 suite à un blocage lombaire important ayant nécessité une nucléorthèse et une nucléotomie percutanée. Par décision du 3 octobre 1995 (OCAI pces 25 et 26), l'intéressé est ainsi mis au bénéfice d'une rente entière jusqu'au 31 mai 1995, puis d'une demi-rente dès le 1er juin 1995. Cette décision a été reconduite par communications des 7 mai 1996, 16 juillet 1997, 17 août 1999 et 5 mars 2002, les quatre fois sans qu'il soit procédé à un examen matériel approfondi, le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité ayant été maintenu sur la base de rapports intermédiaires de son médecin traitant. Par décision du 8 août 2005, au terme d'une nouvelle procédure de révision d'office contenant un examen matériel complet de la cause, l'OAIE remplace la demi-rente d'invalidité de l'assuré par une rente entière depuis le 1er mars 2005, sur la base de plusieurs certificats médicaux du médecin traitant de l'assuré, le Dr B. _____, et d'une expertise rhumatologique du Dr E. _____ daté du 10 juin 2005 (cf. let. D).

E. 10.3

Ainsi, le Tribunal constate que 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 le 8 août 2005 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 7 juillet 2010.

E. 11

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente de l'assuré par voie de révision avec effet au 1er mars 2005, au motif d'une amélioration de son état de santé.

E. 11.1

La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. 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 (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

E. 11.2

Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est

résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. Brunner, N. Birkhäuser, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

E. 11.3

En l'occurrence, il ressort de manière constante des pièces médicales au dossier que l'assuré souffre depuis 1992 de dorso-lombalgies chroniques persistantes de type mécanique avec irradiations mal systématisées dans les membres inférieurs, en relation avec une discopathie L4-L5 protusive, une petite hernie discale L4-L5 postérieure un peu latéralisée à gauche, ainsi que de discrète arthrose inter-apophysaire postérieure étagée. En outre, l'intéressé subit régulièrement des épisodes aigus de dorso-lombalgies entraînant des interruptions de travail fréquentes. Tous les médecins sont unanimes sur le fait que l'assuré est incapable de travailler en tant qu'électricien en raison de ses lombalgies. En effet, les travaux parfois lourds qui lui sont demandés ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles et entraînent des épisodes de lombalgies aigus avec des conséquences importantes sur sa capacité de travail.

E. 11.4

Lors de la dernière révision, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé due à un épisode subaigu de lombalgies suite à des efforts inadaptés sur son lieu de travail. Le Dr E. _____, expert rhumatologique, déclare l'intéressé totalement incapable de travailler en raison de ses limitations fonctionnelles, à savoir que celui-ci ne peut pas rester assis plus de 10 minutes, marcher plus de 20 minutes, se pencher en avant ou porter des charges de plus de 3 à 5 kg. Il mentionne toutefois qu'une évolution favorable devrait intervenir dans les prochains mois (expertise du 10 juin 2005; OCAI pces 105 et 106).

E. 12.1

Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2008, qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'OAIIE a fait procéder à une nouvelle expertise par le Dr E. _____ qui conclut que, bien que le diagnostic déjà posé soit resté identique, l'assuré présente une amélioration significative sur le plan fonctionnel, à savoir qu'il montre une extension peu douloureuse, une meilleure mobilité, une plus longue capacité à la marche (cf. supra let. F; OCAI pce 133). Il mentionne un déconditionnement psychophysique, ainsi qu'un état d'invalidité installé et déclare l'intéressé apte à travailler 3 heures par jour dans une activité adaptée, bien qu'il soit incapable de travailler comme électricien.

E. 12.2

Toutefois, estimant cette expertise peu convaincante et eu égard à la discordance entre l'importance du handicap douloureux et l'examen clinique, l'autorité inférieure demande une seconde expertise SMR rhumato-psychiatrique (OCAI pce 137). Les experts rejoignant en grande partie l'expertise du Dr E. _____, retiennent un diagnostic identique, excluant

également des troubles psychiques ou un syndrome somatoforme douloureux, et constatent une amélioration du point de vue fonctionnel. Par contre, ils estiment que l'assuré, n'ayant pas subi de blocage lombaire durant l'année écoulée, a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 16 octobre 2008 dans des activités adaptées, et de 80% après une reconditionnement au travail. L'OAIE, reprenant les conclusions des médecins SMR (OCAI pce 137), retient que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 50% depuis le 16 octobre 2008 et de 80% dès le 1er mai 2009 et présente ainsi un taux d'invalidité de 22,2%.

E. 12.3

Quant au recourant, il conteste que son état de santé se soit amélioré au point de pouvoir reprendre une activité à 80% et estime qu'il pourrait éventuellement reprendre une activité à 50% si un poste adapté à son handicap lui était proposé suite à des mesures de réadaptation. Il déclare être dans l'impossibilité de rester assis ou debout trop longtemps et devoir changer de position toutes les quinze minutes. Il produit plusieurs certificats médicaux de son médecin traitant, le Dr B. _____, dont il ressort que son état est resté au mieux stationnaire depuis la dernière révision, voire qu'il s'est aggravé. Il ressort notamment que l'intéressé a présenté un nouvel épisode hyperalgique en mars 2010 après avoir fait de légers travaux de jardinage. Le Dr B. _____ estime notamment dans un certificat médical du 16 août 2010 que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et pourrait éventuellement reprendre progressivement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle (OCAI pces 140 et 146; TAF pce 1, PJ 14 et 15). Par ailleurs, le recourant verse encore en cause une expertise privée du 18 août 2010 (TAF pce 1, PJ 13), établie par le Dr L. _____, qui estime que l'assuré est totalement incapable de travailler dans des activités manuelles lourdes, mais reste apte à réaliser un travail adapté à l'état de son rachis lombaire. Il considère qu'une telle activité est exigible à 50% d'un point de vue médico-social, eu égard notamment à son âge (50 ans). A ce propos, le Tribunal mentionne que, bien que postérieurs à la décision entreprise, les rapports médicaux des 22 juillet 2010 et 16 août 2010 du Dr B. _____, ainsi que l'expertise privée du 18 août 2010 du Dr L. _____ doivent être pris en considération pour des raisons d'économie de procédure, eu égard au fait qu'ils sont établis de manière suffisamment précise et qu'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (cf. supra consid. 5.2; ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

E. 13.1

Au vu de ce qui précède, il sied de relever que l'assuré présente sans conteste une amélioration notable de son état de santé du point de vue fonctionnel, permettant la révision de son droit à une rente d'invalidité (cf. supra consid. 11.2). En effet, tous les médecins consultés et le recourant lui-même, dans son mémoire de recours (page 5) reconnaissent que ce dernier serait sûrement apte à reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au minimum à 50%. Les experts SMR estiment par ailleurs qu'après une période de six mois de reconditionnement au travail, l'assuré retrouverait même une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées. Cette approche n'est pas suivie par le Dr E. _____, expert rhumatologue, qui considère que l'assuré est apte à reprendre une activité adaptée à 30% d'un point de vue purement médical, bien que ces mesures puissent être difficiles à mettre en pratique en raison d'un déconditionnement psychophysique et d'un état d'invalidité probablement installé. Le service SMR a certes considéré que les conclusions de l'expertise, n'étant pas clairement expliquées par les observations cliniques, n'étaient pas convaincantes, cependant, le Tribunal de céans relève que les experts SMR

reprennent presque entièrement les conclusions du Dr E. _____ (amélioration fonctionnelle, signe de non-organicité de Wadell, déconditionnement au travail, état d'invalidité installé et kinésiophobie), bien qu'ils fassent une appréciation différente des conséquences du déconditionnement au travail de l'assuré sur sa capacité résiduelle de travail. On ne saurait dès lors dénier toute valeur probante à l'expertise du Dr E. _____, qui remplit également les conditions jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 7.3).

E. 13.2

Par ailleurs, contrairement aux experts SMR ayant estimé que le recourant n'a pas présenté de gros blocages lombaires durant l'année 2010 (OCAI pce 137, page 8), le Dr B. _____, en tant que médecin traitant, signale chez l'assuré la présence de douleurs lombaires aiguës régulières, dont le dernier épisode hyperalgique, intervenu en mars 2010, après avoir ratissé des graviers pendant une heure, a duré dix jours et a nécessité la prise de morphine. Le Dr B. _____ considère ainsi que l'état de santé de A. _____ ne s'est pas amélioré et indique en outre avoir dû augmenter la posologie du traitement médicamenteux de celui-ci (TAF pce 1, PJ 14). Le médecin n'exclut toutefois pas une reprise progressive du travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (TAF pce 1, PJ 15). Quant à l'expert privé mandaté par le recourant, le Dr L. _____, il considère dans un rapport complet et bien étayé que l'assuré, âgé de 50 ans, est apte à travailler à 50% dans une activité adaptée d'un point de vue médico-social, signalant que son état de santé ne semble pas différent de l'époque où celui-ci recevait une demi-rente d'invalidité.

E. 13.3

Dès lors, au vu des divergences qui subsistent entre les différents experts concernant le taux d'activité exigible en l'espèce, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre appréciation et considère qu'une expertise complémentaire, conduite par un nouvel expert en rhumatologie est nécessaire afin de clarifier le taux de capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées suite à l'amélioration de son état de santé d'un point de vue fonctionnel.

E. 14

Partant, le Tribunal, faisant droit à la conclusion préalable du recourant, admet partiellement le recours et annule la décision litigieuse. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 61 PA et prenne ensuite une nouvelle décision (ATF 137 V 219, consid. 4.4.1.4). Un troisième expert en rhumatologie se déterminera uniquement sur l'étendue de la capacité de travail du recourant dans des activités adaptées suite à l'amélioration de son état de santé, notamment en se prononçant précisément sur l'étendue du déconditionnement au travail de l'intéressé et sur son influence sur sa capacité de travail résiduelle.

E. 15

Selon 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.). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 17 décembre 2010 par le recourant sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt. L'art. 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) permet

cependant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'espèce, le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas fait valoir de frais indispensables et relativement élevés, de sorte qu'il ne lui est pas attribué de dépens.

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