

BVGer C-6663/2011 vom 25. Februar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6663_2011

FR: TAF C-6663/2011 du 25 février 2013

IT: TAF C-6663/2011 del 25 febbraio 2013

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

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. 1.3

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

E. 1.4

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

E. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que

ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

E. 3

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en mars 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

E. 4.1

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. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 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 taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1ter LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. 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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 6.1

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

E. 6.2

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 6.3

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient

plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 6.4

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

E. 7

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIÉ était fondé, par sa décision du 16 novembre 2011 (OCAI pces 86 et 87), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er février 1999 (OCAI pce 23), au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

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. 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 réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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

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 Tribunal fédéral 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. 8.5

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision ou communication entrée en force (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3), 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; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). 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 11 octobre 2000 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 16 novembre 2011. En effet, au vu des pièces au dossier, notamment de l'expertise du 28 août 2000 par les Drs E. _____ et F. _____ (OCAI pce 42), la communication du 11 octobre 2000 (OCAI pce 46) est entrée en force suite à une instruction complète au sens de la jurisprudence précitée.

E. 9

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente entière de l'assuré par voie de révision avec effet au 1er janvier 2012, au motif d'une amélioration significative de son état de santé.

E. 10.1

En l'espèce, le recourant a été reconnu en incapacité totale de travail dans son activité habituelle de cuisinier dès le 28 février 1998 en raison d'un syndrome lombo-radiculaire L5-S1 droit et de status après opérations d'une hernie discale en L4-L5 (cf. let. B). Il ressort

de l'expertise faite initialement par le Dr B. _____, chirurgien orthopédique, que l'assuré, incapable de travailler dans son ancienne activité de cuisinier, pouvait alors travailler au maximum à mi-temps dans une activité adaptée (OCAI pce 18). Par décision du 29 octobre 1999 (OAIE pce 1), l'intéressé est toutefois mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er février 1999, une troisième opération étant intervenue le 15 septembre 1999 pour une spondylolyse de L5. Cette décision a été reconduite par communication du 11 octobre 2000 (OCAI pce 46), à la suite d'une procédure de révision d'office contenant un examen matériel complet de la cause (cf. let. C). L'OCAI maintient alors le droit à une rente entière de l'assuré, au motif que son état de santé est resté inchangé, notamment sur la base de rapports médicaux de ses médecins traitants (OCAI pces 25 à 28, 43) et d'une expertise rhumatologique établie par les Drs E. _____ et F. _____ de l'Hôpital U. _____ (OCAI pce 42). Les experts, reprenant les conclusions du Dr B. _____ susmentionnées, déclarent l'assuré incapable de travailler dans son activité habituelle de cuisinier et retiennent une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, sous réserve d'une amélioration possible suite au retrait de l'appareil ostéosynthèse implanté en septembre 1999 provoquant vraisemblablement une irritation au métal (p. 12 de ladite expertise). Le diagnostic retenu est un syndrome lombo-vertébral chronique avec irritation lombo-radiculaire intermittente en L5 droit et un syndrome de défaillance sensitivomoteur L5 persistant sur une sténose du récessus L5, ainsi qu'un canal spinal étroit sur spondylarthrose et hypertrophie du ligament jaune au niveau L4-L5 et L3-L4.

E. 10.2

Lors de la présente révision entamée d'office en 2010, il ressort que l'assuré présente toujours des lésions discales en L4-L5 avec spondylose et fibrose post-chirurgicale entraînant une mobilité limitée et douloureuse de la colonne vertébrale (OAIE pce 32). Tous les médecins consultés s'accordent pour reconnaître que l'intéressé est empêché de reprendre son ancienne activité de cuisiner. S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, le Dr H. _____, médecin traitant, mentionne que celui-ci - souffrant d'une grave discarthrose L4-L5 - est incapable de travailler (OAIE pce 33). Quant au formulaire E 213 du 6 septembre 2010, il ne livre aucune information sur la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution (OAIE pce 34). Dès lors, l'autorité inférieure requiert une expertise orthopédique auprès du Dr J. _____, chirurgien orthopédique, qui retient le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit modéré, douze ans après les cures chirurgicales successives d'hernie discales L5 gauche et dix après la stabilisation d'une spondylolyse L5 bilatérale avec AMO (OAIE pce 53). L'expert, constatant chez l'assuré une totale stabilisation de son état de santé, malgré la persistance d'un fond douloureux chronique avec quelques épisodes d'exacerbation aigus, confirme que celui-ci est définitivement incapable de travailler en tant que cuisinier ou dans toute activité debout avec ports de charges réguliers, avec des mouvements en porte-à-faux antérieurs. Il est toutefois mentionné une excellente trophicité musculaire des membres inférieurs et supérieurs avec une masse musculaire largement au-dessus de la normale contrastant avec les dires de l'intéressé qui déclare avoir une mobilité très réduite. Par conséquent, considérant l'adaptation excellente de l'assuré à son handicap avec le temps, le médecin déclare celui-ci, au moment de l'expertise effectuée le 11 janvier 2011, apte à travailler à temps plein dans une activité de substitution en position assise ou semi-assise, avec une diminution de rendement de 20%, soulignant que les experts faisaient déjà état d'une capacité résiduelle de travail de 50% en 1998 et 2000 (p. 14 de l'expertise du Dr J. _____) et n'attestaient pas d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée. Ainsi, l'autorité

inférieure retient que l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées depuis le 11 octobre 2000 (OAIE pce 59).

E. 10.3

De son côté, le recourant invoque être lourdement limité dans sa mobilité et ne pouvoir supporter aucune position prolongée (OAIE pces 75 et 83; TAF pce 3). Il joint plusieurs certificats de médecins traitants le déclarant totalement incapable de travailler (cf. le rapport médical de la Dresse K. _____ du 28 juin 2011; OAIE pce 68) ou incapable d'effectuer des activités requérant robustesse lombaire (cf. le rapport médical du Dr L. _____ du 31 août 2011; OAIE pce 79). En outre, l'assuré mentionne avoir subi en mai 2012 une décompression interlaminaire en L3-L4 et un récessus latéral avec décompression de la racine L5 gauche, ainsi qu'une résection d'une importante hernie discale en L3-L4, sans influence significative sur ses douleurs algiques (TAF pces 15 et 17; OAIE pces 94, 95 et 98). Finalement, il apparaît que l'assuré a été hospitalisé au mois d'août 2012 en raison d'une nouvelle crise hyperalgique sans déficit neurologique; celle-ci est traitée conservativement en raison de la récente opération de l'intéressé (TAF pces 20 et 22) De plus, A. _____ verse en cause une expertise privée du Dr P. _____, chirurgien orthopédique, qui, sur dossier, contredit les constatations du Dr J. _____ qu'il déclare "entachées d'inadéquations", notamment concernant le diagnostic de canal étroit modéré et la musculature de l'assuré (TAF pce 17, PJ 23).

E. 10.4

Finalement, après avoir soumis à son service médical les nouveaux éléments amenés par l'assuré (OAIE pce 106), l'OAIE propose l'admission partielle du recours et le renvoi de la cause à son Office, afin que le Dr J. _____ prenne position de manière circonstanciée sur les remarques ressortant de l'expertise privée effectuée par le Dr P. _____ allant à l'encontre de ses constatations (TAF pce 18 et 24). Quant à la nouvelle intervention chirurgicale subie par l'assuré en mai 2012, le médecin SMR estime, au vu des rapports produits, qu'elle ne permet de déduire ni une modification de l'état clinique tel que décrit par le Dr J. _____, ni une incapacité de travail durable (OAIE pce 104).

E. 11.1

Tout d'abord, il apparaît au Tribunal que l'expertise du Dr J. _____ a toute valeur probante au sens de la jurisprudence (consid. 6.2). En effet, celle-ci arrive à des conclusions claires et cohérentes sur la base d'une anamnèse et d'un examen clinique objectif complet. Bien que certains médecins traitants déclarent l'assuré totalement incapable de travailler, les rapports médicaux en question, par trop succincts et imprécis quant à la capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées, ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. les rapports médicaux des Drs L. _____ et K. _____; OAIE pces 68 et 79). En effet, la jurisprudence du TF pose que le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.), d'autant que celui-ci doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 11.2

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 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Or, le recourant a versé en procédure de recours une expertise privée du Dr P._____ présentant également valeur probante au sens de la jurisprudence, bien qu'elle ne concerne que quelques points particuliers et ne prenne pas position sur la capacité de travail du recourant (TAF pce 17, PJ 23); celle-ci, si elle a été effectuée sur dossier, met clairement en doute une partie des diagnostics et constatations du Dr J._____ (OAIE pce 53), par une interprétation très différentes de diverses radiographies. Le principal grief se situe au niveau de la qualification de "modéré" lors du diagnostic du canal lombaire étroit (OAIE pce 53, p. 10) et de l'appréciation de la musculature du rachis dorsal/lombaire et des membres supérieurs/inférieurs de l'assuré, qui avait conduit l'expert à retenir une très bonne adaptation de l'assuré à son handicap, ainsi qu'une capacité de travail entière dans des activités adaptées (avec 20% de diminution de rendement; pp. 6 et 13). Dès lors, étant donné les critiques émises par le Dr P._____ et les différences d'appréciation importantes concernant les diagnostics retenus, il sied de suivre l'avis ressortant du rapport SMR du 13 août 2012 et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin que le Dr J._____ réponde de manière complète aux constatations du Dr P._____ et précise son expertise sur les points critiqués. De plus, étant donné le renvoi de la cause et malgré le fait que les deux dernières hospitalisations soient postérieures à la décision entreprise, l'autorité inférieure transmettra également au Dr J._____ tous les documents concernant les nouveaux épisodes algiques subis en mai et août 2012 par l'assuré, afin qu'il se prononce à cet égard et notamment qu'il se détermine sur leur influence sur la capacité de travail de l'assuré. Finalement, l'OAIE, avant de prendre une nouvelle décision, ordonnera si nécessaire toute autre mesure d'instruction nécessaire à l'éclaircissement de l'état de santé au niveau orthopédique, notamment quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution.

E. 12.1

S'agissant de l'état de santé psychique de A._____, celui-ci invoque souffrir d'une grave dépression (OCAI pce 75). Il verse en cause un bref rapport médical du 28 juin 2011 de la Dresse K._____, médecin vraisemblablement non spécialisée, qui indique que l'intéressé - totalement incapable de travailler - suit un traitement médicamenteux pour des lombalgies multiples, une dyslipidémie et une dépression réactionnelle (OAIE pce 68). Le SMR considère toutefois qu'aucun élément au dossier ne permet de suspecter une quelconque atteinte à la santé psychique, ce dernier certificat médical étant trop vague, l'assuré n'ayant pas fait valoir être suivi par un psychiatre ou être sous antidépresseurs. Le traitement médicamenteux que l'assuré invoque prendre est sujet à caution s'agissant de la prise effective de celui-ci. Le médecin SMR ajoute qu'étant donné l'absence d'indice d'une atteinte psychique significative invalidante, ordonner une expertise psychiatrique serait disproportionné. En effet, selon le Tribunal fédéral, une dépression réactionnelle n'est en règle générale pas invalidante, car pouvant être en principe atténuée rapidement par un traitement psychothérapeutique, elle est réputée ne pas entraîner une incapacité de travail durable (ATF 127 V 294, consid. 4).

E. 12.2

Certes, les éléments de preuve amenés par l'assuré sont succincts et imprécis. Reste que l'état de santé psychique de l'assuré n'est pas instruit à satisfaction et mérite clarification (cf. consid. 6.3). Le diagnostic de dépression est posé pour la première fois lors de la procédure d'audition par le biais du médecin traitant de l'assuré, la Dresse K._____, sans que

celle-ci mentionne depuis quand l'assuré souffre de symptômes dépressifs, s'il est suivi régulièrement à ce titre ou encore sans prendre position sur la gravité de ceux-ci. Toutefois, malgré l'absence de diagnostic correspondant dans le cadre de cette procédure, le Tribunal remarque qu'il ressort des deux expertises faites en 1998 et 2000 qu'une approche pluridisciplinaire, incluant un volet psychiatrique, serait utile pour apprécier la capacité de travail de l'intéressé (OCAI pce 18, p. 5 in fine; OCAI pce 42, p. 12). Le Prof. C. _____ mentionnait également une tendance de l'assuré au stress et à la dépression dans un courrier du 6 septembre 2000 (OCAI pce 43). Par ailleurs, le Tribunal remarque que l'assuré déclare prendre des médicaments contre l'anxiété (V. _____ ®, W. _____ ® et X. _____ ®; cf. l'expertise du Dr J. _____ du 11 janvier 2011, OAIE pce 53, p. 9), sans qu'il soit possible de déterminer si l'assuré prend effectivement les médicaments prescrits.

E. 12.3

Ainsi, au vu des éléments susmentionnés tendant à démontrer l'existence d'un terrain dépressif de l'assuré, l'autorité inférieure ne pouvait se contenter de déclarer la dépression réactionnelle de l'assuré non invalidante, sans requérir des informations complémentaires. Ainsi, l'OAIE devra également requérir dans le cadre du renvoi de la cause des informations supplémentaires concernant l'existence chez l'assuré d'une dépression réactionnelle, sa gravité, les traitements entrepris, le pronostic et son point de départ; tout d'abord auprès des médecins traitants de celui-ci, puis si besoin est, l'autorité inférieure ordonnera une expertise psychiatrique.

E. 13

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). Il sied ici de préciser que le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour nouvel examen, au lieu que soit mise en place une expertise judiciaire par le Tribunal de céans, se justifie dès lors que l'instruction était manifestement insuffisante en ce qui concerne l'état de santé psychique de l'assuré et que l'expertise du Dr J. _____ doit être précisée concernant les points soulevés par le Dr P. _____ et complétée par rapport aux deux dernières hospitalisations de l'assurée en mai et août 2012.

E. 14

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 31 mars 2011 par le recourant sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt. Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.-- à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

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