

# **BVGer C-6811/2013 vom 26. Oktober 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6811\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6811_2013)

FR: TAF C-6811/2013 du 26 octobre 2016

IT: TAF C-6811/2013 del 26 ottobre 2016

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions légales, 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 connaît, en vertu de l'art. 3 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.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le TAF est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurance sociale 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**

En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 ss LPGA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par un assuré directement touché par la décision attaquée (art. 48 LPGA), qui s'est acquitté de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA et art. 20 ss PA), le recours du 4 décembre 2013 est recevable, quant à la forme.

### **E. 2**

L'objet du litige concerne le bien-fondé de la décision du 5 novembre 2013 par laquelle l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité du recourant à compter du 1er janvier 2014 à la suite d'une procédure de révision (pce OAIE 201). L'autorité inférieure motive la suppression de la rente en raison d'une amélioration de l'état psychiatrique du recourant, et d'un statut quo sur le plan somatique. L'OAIE retient ainsi que le recourant peut exercer une activité respectant ses limitations fonctionnelles avec une diminution de sa capacité de gain de 37%. Le recourant soutient que la preuve de l'amélioration de son état de santé n'a pas

été apportée car les rapports médicaux sur lesquels se basent l'OAIE n'ont pas la valeur probante suffisante. En outre, il estime que ces rapports sont contradictoires, manquent de clarté, et que les rapports médicaux qu'il a apportés durant l'instruction doivent être pris en compte.

### **E. 3.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA). Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 132 V 105 consid. 5.2.8 ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, p. 300 ss ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, p. 105 n° 176 ; Frésard-Fellay/Kahil-Wolff/Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 ss n° 27 ss). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4).

### **E. 4.1**

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 à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

### **E. 4.2**

S'agissant du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n°883/21004 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 qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; arrêt du TF 8C\_870/2012 du 8 juillet 2012 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2009, 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 son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art.

8 ALPC ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 4.3**

En l'occurrence, l'intéressé est un ressortissant espagnol résidant en Espagne, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (pces OAIE 170 p. 1 et 11 p. 7). Ainsi, ce sont les dispositions légales suisses qui s'appliquent à la présente cause, dans leur teneur en vigueur au 5 novembre 2013, sauf mention contraire.

### **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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne indépendamment de leur domicile et résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 7 du règlement n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI ; ATF 130 V 253 consid. 2.3).

### **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 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 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

### **E. 6.3**

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 351 consid. 3a et les références citées). Ce qui en définitive constitue 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

#### **E. 6.4**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sauf motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est 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 V 352, consid. 3b ; ATF 118 V 286, consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351, cons. 3b ; ATF 118 V 220, consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant 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). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

#### **E. 6.5**

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de

se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

### **E. 7.1**

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 (arrêts du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées. ; Valterio, op. cit., p. 830 ss n° 3054 ss et p. 833 ss n° 3065 ; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

### **E. 7.2**

L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) 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 (arrêt du TF I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3 ; Valterio, op. cit., p. 837 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. 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 en soi le

même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 125 V 368 consid. 2 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; Valterio, op. cit., p. 832 ss n° 3063). 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 (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; 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 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 287 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36 ; Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

#### **E. 7.4**

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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-630/2013 du 14 décembre 2015, consid. 7.1).

#### **E. 7.5**

L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que celle-ci doit ressortir de la documentation médicale versée au dossier dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale, il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante à laquelle il conviendrait d'accorder la préséance dans le cadre de la détermination initiale du droit à la rente ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid.4.2 et les références citées, également ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et l'arrêt du TF 9C\_51/2015 du 1er juillet 2015).

#### **E. 7.6**

La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du TF 9C\_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2 ; 8C\_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2). En outre, une démarcation crédible entre

changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seule des différences nominatives quant aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles (arrêt du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

### **E. 8.1**

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er mai 2009 en raison d'un taux d'invalidité de 41%, et d'une rente entière dès le 1er août 2009 en raison d'un taux d'invalidité de 100% selon la décision du 14 avril 2011 de l'OAI-VD. La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 14 avril 2011 et ceux qui existaient à la date de la décision litigieuse du 5 novembre 2013. La décision du 14 avril 2011 se basait essentiellement sur l'avis du SMR du 21 octobre 2010 qui retenait comme diagnostics des lombalgies récidivantes et l'aggravation du trouble dépressif récurrent (pce OAIE 23).

### **E. 8.2**

La décision querellée repose, quant à elle, pour l'essentiel sur les documents suivants : (i) le rapport médical E213 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2013 (cf. pce OAIE 181), (ii) le rapport psychiatrique du Dr. K. \_\_\_\_\_ du 27 février 2013 (pce OAIE 182), et (iii) les prises de positions médicales des Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ des 25 avril 2013 (pce OAIE 185) et 24 juin 2013 (pce OAIE 188).

#### **E. 8.2.1**

S'agissant du volet somatique, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de la dépendance à l'alcool en rémission, une dysthymie, et une spondylodiscarthrose lombaire (pce OAIE 181 p. 8). En substance, elle estime que l'assuré ne peut plus reprendre son activité habituelle de maçon, mais qu'il peut reprendre à temps complet un travail moyen semi-sédentaire adapté à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux nécessitant de travailler au froid, ni des travaux obligeant fréquemment l'assuré à se courber, à élever ou à transporter des objets, ni des travaux nécessitant l'utilisation de rampes, d'escaliers, ou d'échelles. Elle évalue le degré de l'invalidité à 45% pour tout type de travaux en vertu des aptitudes de l'assuré et de la législation du pays de résidence (pce OAIE 181 p. 8 ss). Le rapport détaillé E213 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2013 se base sur l'examen de l'assuré effectué le 8 mars 2013, sur les radiographies de la colonne faites en 2001 en Suisse, ainsi que sur le rapport de la Clinique J. \_\_\_\_\_ établi le 15 novembre 2007 (pce OAIE 181 p. 2 et 6). L'on constate que ce rapport détaillé E213 se base sur des éléments très anciens. Certes, un examen clinique a été mené sur l'assuré mais une nouvelle radiographie de la colonne aurait dû être effectuée par ce médecin afin de confirmer les limitations fonctionnelles physiques de l'assuré du point de vue somatique (pce OAIE 181 p. 2 et 6). De plus, cette experte ne prend nullement position quant à l'évolution de l'état de santé du recourant depuis 2011, et ne motive aucunement ses conclusions quand elle estime que l'assuré peut exercer un travail moyen semi-sédentaire adapté à ses limitations fonctionnelles. Partant, ce document ne satisfait pas aux conditions permettant de lui reconnaître une quelconque valeur probante (cf. supra consid. 6.4).

### **E. 8.2.2**

S'agissant du volet psychiatrique, le rapport psychiatrique du Dr. K. \_\_\_\_\_ du 27 février 2013 mentionne une exploration psychopathologique, de laquelle il ressort que l'assuré présente une dépendance à l'alcool, en phase de rémission depuis des années, et une dysthymie pour laquelle l'assuré continue de prendre un traitement d'antidépresseurs à faible dosage avec une évolution clinique favorable. Pour ce médecin, l'assuré ne présente pas de pathologie psychiatrique incapacitante sur le plan de l'activité lucrative (pce OAIE 182). Le rapport psychiatrique du Dr. K. \_\_\_\_\_ est sommaire et ne tient d'ailleurs que sur une seule page. Les antécédents personnels de l'assuré sont décrits de manière lacunaire et imprécise et les précédents diagnostics retenus sont simplement listés sans expliquer d'où ils sont tirés. Le psychiatre précise avoir procédé à une exploration psychopathologique dont on ne connaît ni la teneur, ni la durée ni la portée. Les signes objectifs psychiatriques sont également cités sans aucune forme explication. Ce médecin conclut que le patient souffre de dépendance à l'alcool en rémission et de dysthymie et relève l'absence de pathologie psychiatrique invalidante du point de vue du travail sans que l'on puisse comprendre ce qui a permis à l'expert de retenir de tels diagnostics (pce OAIE 182). Au vu de ce qui précède, le rapport psychiatrique de ce médecin ne permet pas de conclure qu'une étude circonstanciée a été menée auprès de l'assuré tant il est bref, dépourvu de structure, et sans motivation véritable (pce OAIE 182). A l'évidence, ce rapport psychiatrique ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une quelconque valeur probante (cf. supra consid. 6.4).

### **E. 8.2.3**

A l'occasion de sa prise de position médicale du 25 avril 2013, le Dr. L. \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'OAIE, a en substance confirmé les conclusions de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Toutefois, et contrairement à ce qu'a retenu cette experte, le Dr. L. \_\_\_\_\_ ne retient pas sous le point "Restrictions spéciales qui doivent être pris en considération", le fait qu'un travail au froid doit être évité, sans justifier pourquoi il s'écarte de l'avis du médecin espagnol. Sur le plan psychique, ce médecin explique que l'assuré souffre encore d'une dysthymie, soit d'une humeur dépressive chronique, qui ne remplit pas les critères pour retenir un léger ou moyen trouble dépressif. Le Dr. L. \_\_\_\_\_ ajoute également sans aucune motivation idoine que les patients souffrant de dysthymie sont en règle générale capable de faire face aux rigueurs de la vie sans indiquer en quoi cette affirmation serait pertinente dans le cas d'espèce. Il conclut, sans plus de motivation, que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et que des activités légères à moyennes sont possibles à plein temps selon le rapport E213 (pce OAIE 185 p. 2).

### **E. 8.2.4**

A l'occasion de sa prise de position médicale du 24 juin 2013, le Dr. M. \_\_\_\_\_ (psychiatre et psychothérapeute) a pour l'essentiel confirmé, s'agissant du volet psychiatrique, les conclusions du Dr. K. \_\_\_\_\_ (pce OAIE 188 p. 1). Dans son appréciation, le Dr. M. \_\_\_\_\_ discute le diagnostic établi par l'expert espagnol retenant celui de status post dysthymie, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent. Pour effectuer la comparaison de l'état de santé de l'assuré, le Dr. M. \_\_\_\_\_ reprend l'expertise datée du 30 mars 2010 du Dr. B. \_\_\_\_\_ et la Dresse C. \_\_\_\_\_ faite durant la procédure d'octroi de la rente (pce OAIE 31) pour conclure que l'état de santé de l'assuré s'est très clairement amélioré car aucun symptôme dépressif n'est actuellement mis en évidence chez l'assuré selon le rapport actuel du Dr. K. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, le Tribunal constate, au

vu de l'absence de valeur probante du rapport d'expertise du Dr. K.\_\_\_\_\_, que le Dr. M.\_\_\_\_\_ ne pouvait fonder sa prise de position médicale sur ce document.

### **E. 8.3**

Il s'ensuit que les rapports médicaux des Drs I.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne présentent aucune valeur probante en raison principalement de leur absence de motivation et ne pouvaient être retenus par les Drs L.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ du SMR pour établir un diagnostic actualisé et une appréciation médicale sur dossier du status médical et de la capacité de travail de l'assuré dans le cadre de la procédure de révision. Partant, l'OAIE ne pouvait se fonder sur ces documents médicaux afin de rendre la décision attaquée. Au contraire, un complément d'instruction aurait été nécessaire avant que l'OAIE ne statue sur le maintien (ou non) du droit à la rente du recourant.

### **E. 8.4**

Lors de la procédure d'opposition, le recourant a produit deux certificats médicaux établis par le Dr. N.\_\_\_\_\_ (psychiatre) le 17 juillet 2013 (pce OAIE 194) et le 19 août 2013 (pce OAIE 196). Ceux-ci mentionnent que l'assuré est déprimé depuis des années avec des idées suicidaires, qu'il présente une symptomatologie avec idées d'autodestruction, et qu'il essaie de stopper sa consommation d'alcool. Ce médecin précise que l'état de santé du recourant s'est empiré à la réception du projet de décision de l'OAIE lui retirant sa rente d'invalidité. Ce médecin relève que le recourant est actuellement suivi en centre hospitalier pour soigner sa dépression et ses problèmes de dépendance à l'alcool. La Cour constate que ces deux certificats médicaux sont très brefs et ne fournissent pas d'explications plus étayées sur l'état psychiatrique actuel de l'assuré. Appelé à se prononcer sur cette nouvelle documentation médicale, le Dr. M.\_\_\_\_\_ a pris position le 19 octobre 2013 (pce OAIE 199) et a maintenu sa précédente prise de position qui se base sur le rapport psychiatrique du Dr. K.\_\_\_\_\_ lequel fournit, selon ses dires "un status psychiatrique complet mettant clairement en évidence que l'assuré ne présente aucun trouble psychiatrique".

### **E. 8.5**

Le Tribunal rappelle qu'en principe, les troubles psychiatriques en lien avec la dépendance à l'alcool ne sont pas invalidants en droit suisse (cf. ATF 124 V 265, consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_582/2008 du 14 janvier 2009, consid. 2 et les références citées). Ainsi, et sur la base des considérations qui précèdent, le Tribunal est d'avis que l'objet de la preuve, à savoir une amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPG, ne ressort pas clairement des pièces figurant à la procédure. L'OAIE aurait dû mener de plus amples investigations avant de se prononcer sur l'amélioration de l'état de santé du recourant. Par conséquent le recours doit être admis et la décision du 5 novembre 2013 doit être annulée. Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité du recourant, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction complémentaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédures introduites par l'ATF 137 V 210. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et rhumatologique remplissant les conditions tirées de la jurisprudence pour avoir valeur probante (cf. supra consid. 6.4). Cette expertise devra établir s'il existe une amélioration de la santé du recourant. Pour ce faire, l'expertise devra déterminer la nature et la sévérité des troubles dépressifs et somatiques du recourant ainsi que leurs incidences sur

sa capacité de travail. L'ensemble du dossier devra, par la suite, être soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise. Dans ce contexte, il est utile de rappeler que le retrait de l'effet suspensif au recours, continue en principe à être valable jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui fera suite à l'instruction complémentaire ordonnée par le présent jugement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.3).

### **E. 9.1**

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). Partant, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour ce dernier de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir. Aucun frais de procédure n'est par ailleurs mis à la charge de l'OAIE conformément à l'art. 63 al. 2 PA.

### **E. 9.2**

L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Le Tribunal rappelle qu'il s'agit d'une procédure ordinaire en assurance invalidité laquelle est gouvernée par la maxime inquisitoire et la maxime d'office, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). En l'espèce, le recourant est considéré comme ayant obtenu entièrement gain de cause, son affaire étant renvoyée à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Eu égard à ce qui précède, il se justifie d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'500.- à charge de l'OAIE, tenant compte du travail de la mandataire de la recourante, à savoir la consultation d'une importante documentation médicale, la rédaction d'un mémoire de 7 pages (pce TAF 1) et de deux courriers (pces TAF 11 et 19). S'agissant d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 1ter et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TF 5A\_504/2015 du 22 octobre 2015 consid. 3.2.2 a contrario, ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario).

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