

# **BVGer C-8235/2010 vom 15. Juli 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-8235\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8235_2010)

FR: TAF C-8235/2010 du 15 juillet 2013

IT: TAF C-8235/2010 del 15 luglio 2013

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32), le TAF, 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**

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. 2**

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. 3**

En l'espèce, le recourant, ressortissant espagnol, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), 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 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009) sont applicables (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 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

#### **E. 4.1**

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 15 octobre 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. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

#### **E. 4.2**

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. 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. 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. 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).

### **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, 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 352 consid. 3a et les références).

#### **E. 6.4**

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).

#### **E. 7**

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 15 octobre 2010 (OAIE pce 160), à réduire la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er mai 1997 à une demi-rente, au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé d'un point de vue psychique.

#### **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. 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. 8.2**

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. 9**

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

### **E. 9.1**

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. 9.2**

En l'espèce, par décision de révision du 24 juin 1999 (OAIE pce 68), le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 1997 en raison d'insuffisance rénale, de néphropathie hypertensive et de trouble anxio-dépressif. Cette décision a été reconduite par communication du 2 mai 2000 (OAIE pce 74) uniquement sur la base d'un certificat médical du 11 avril 2000 du Dr F.\_\_\_\_\_ (OCAI pce 72), indiquant que l'assuré a récemment subi une arthroplastie bilatérale des hanches. Par communication du 2 avril 2002 (OAIE pce 94), l'OAIE maintient le droit à une rente entière d'invalidité de l'assuré après un examen approfondi de la cause réunissant des rapports médicaux du médecin traitant et de plusieurs spécialistes (OAIE pces 76, 77, 79, 82, 92 et 93). Par communication du 20 avril 2006 (OAIE pce 107), l'OAIE confirme le droit du recourant à une rente entière d'invalidité uniquement sur la base d'un certificat médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_.

### **E. 9.3**

Au vu de ce qui précède, 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 2 avril 2002 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 15 octobre 2010.

## **E. 10**

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en réduisant la rente de l'assuré à une demi-rente par voie de révision avec effet au 1er décembre 2010, au motif d'une amélioration significative de son état de santé d'un point de vue psychique et somatique.

### **E. 10.1**

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. 10.2**

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. 10.3**

En l'espèce, le droit à une rente entière d'invalidité de A. \_\_\_\_\_ a été maintenu par communication du 2 avril 2002, en raison du cumul de ses nombreuses affections somatiques suite à une transplantation rénale et une arthroplastie bilatérale des hanches, ainsi qu'un état dépressif réactionnel à ses problèmes de santé et à un éloignement familial (cf. supra let. F).

### **E. 10.4**

Lors de la présente procédure de révision d'office, l'OAIE retient que l'état de santé de l'assuré s'est globalement amélioré, celui-ci présentant un bon état général. L'administration relève que le trouble anxio-dépressif de l'assuré a pratiquement disparu, se basant principalement sur un rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M. \_\_\_\_\_, qui estime que l'assuré ne présente plus que des symptômes anxio-dépressifs résiduels, entraînant une incapacité légère de 10%. Du point de vue somatique, l'administration reprend les conclusions de la Dresse K. \_\_\_\_\_, laquelle mentionne chez l'assuré un état de santé stabilisé et ne relève aucuns troubles liés à ses différentes affections rénales, gastriques et orthopédiques, à l'exception de crampes intenses dans les extrémités inférieures en lien avec son hyperparathyroïdie (cf. rapport néphrologique du 5 février 2010; OAIE pce 123). L'autorité inférieure retient dès lors que l'assuré, bien qu'incapable de travailler dans son activité habituelle ou toutes autres activités moyennement lourdes ou lourdes pour des raisons orthopédiques a retrouvé une capacité de travail globale de 70% dans des activités légères suite à l'amélioration de son état de santé du point de vue néphrologique et psychologique. En outre, le service médical de l'OAIE soulève que les rapports psychiatriques de la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en cause l'appréciation du Dr

M. \_\_\_\_\_, étant donné leurs caractères succincts; le service médical souligne par ailleurs que le trouble psychique associé justifiait le maintien de la rente après la transplantation (OAIE pces 129, 157, 164, 166, 168 et 170).

#### **E. 10.5**

Quant au recourant, il argue que son état de santé ne s'est aucunement amélioré et notamment qu'il souffre toujours d'un trouble dépressif, nécessitant un suivi psychothérapeutique et la prise d'anxiolytiques. Lors de la procédure d'audition, l'assuré produit deux rapports médicaux des 16 mars 2007 et 23 décembre 2008 (OAIE pces 147 et 148), attestant d'un bon état général et stationnaire; il produit en outre lors de la procédure de recours un nouveau rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2010, ainsi qu'un rapport psychiatrique de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 16 novembre 2010, dont il ressort que l'assuré souffre de troubles psychiques réactionnels à ses problèmes de santé, nécessitant un suivi médicamenteux (TAF pce 1). A ce propos, le Tribunal mentionne que, bien que postérieurs à la décision entreprise, ces deux documents 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. 4.2; ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

#### **E. 10.6**

Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant produit encore plusieurs rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise, notamment des résultats d'IRM du 17 avril 2012, un rapport neurophysiologique du 1er mars 2012 de la Dresse S. \_\_\_\_\_, faisant état chez l'assuré de neuropathie d'intensité légère à modérée, ainsi qu'un rapport médical du 6 août 2012 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, qui indique que l'assuré est incapable de travailler en raison de néphropathie chronique, d'hyperparathyroïdie iatrogène entraînant des troubles musculaires et neurologiques (cf. réplique du 25 août 2012; TAF pce 17). A cet égard, le Tribunal remarque que ces pièces sont toutes largement postérieures à la décision entreprise et concernent de nouvelles affections; dès lors, elles ne sauraient être prises en compte dans le cadre de la présente procédure et pourront éventuellement être invoqués dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b, ATF 116 V 248).

#### **E. 11**

En premier lieu, le Tribunal de céans remarque que d'un point de vue somatique, en particulier néphrologique, les diagnostics retenus en 2002 sont restés inchangés. En effet, tant la Dresse K. \_\_\_\_\_ que la Dresse N. \_\_\_\_\_, relève chez l'assuré une pathologie rénale chronique traitée par transplantation rénale et immunosuppression, ainsi qu'un status après arthroplastie totale des hanches avec évolution favorable permettant une mobilité complète des hanches. Malgré des diagnostics unanimes, les médecins ne s'accordent pas sur la capacité de travail du recourant dans des activités plus légères, bien que tous reconnaissent au recourant une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide-mécanicien. En effet, la Dresse N. \_\_\_\_\_ conclut dans le formulaire E 213 que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toutes activités en raison de ses pathologies et de ses limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de travailler dans des activités physiques qui nécessitent la position debout prolongée ou les positions créant des surcharges au niveau des hanches (OAIE pce 125). Le service médical de l'OAIE quant à lui, estime que le bon état général de l'assuré reconnu par la Dresse K. \_\_\_\_\_ démontre

une amélioration de l'état de santé du recourant, qui retrouve une capacité de travail globale de 70% dans des activités adaptées en tenant compte de sa longue période d'inactivité professionnelle et de son trouble psychique en rémission (OAIE pces 129, 157, 164, 166, 168 et 170). Le Tribunal constate que les conclusions du formulaire E 213 ne correspondent pas à l'examen objectif effectué à cette occasion, dont il ressort que l'assuré présente un état psychologique normal, malgré une anxiété légère, ainsi qu'une mobilité complète des deux hanches et une greffe rénale ne présentant pas d'altérations (E 213, p. 5). Ces constatations concordent précisément avec celles de la Dresse K. \_\_\_\_\_ lorsqu'elle indique chez l'assuré un état de santé stabilisé et une évolution favorable des diverses affections du recourant (OAIE pces 123, 147 et 148). Dès lors, le Tribunal estime, à l'instar du service médical de l'OAIE, que l'état de santé du recourant s'est nettement amélioré du point de vue fonctionnel et somatique, bien que les diagnostics soient restés les mêmes (cf. supra consid. 10.2). Il n'y a dès lors aucune raison de s'éloigner des conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_ lequel retient une capacité de travail de 70% du recourant dans des activités légères adaptées dès le 30 mars 2010 (OAIE pce 129).

### **E. 12.1**

S'agissant de la santé psychique de l'assuré, l'autorité inférieure retient que le trouble dépressif de celui-ci s'est nettement amélioré par rapport à la dernière révision déterminante (OAIE pces 129 et 157) en se basant sur le formulaire E 213 du 14 avril 2010 et le rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M. \_\_\_\_\_ (OAIE pces 124 et 125), dont il ressort que l'assuré présente uniquement un trouble dépressif léger entraînant une incapacité de travail de 10%. L'assuré déclare au contraire souffrir d'une dépression réactionnelle chronique avec épisodes d'aggravation devant des situations de stress, ainsi que d'un niveau d'angoisse élevé accompagné de pensées obsessionnelles et phobiques nécessitant un traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Il se base sur plusieurs certificats psychiatriques de la Dresse P. \_\_\_\_\_ (cf. les rapports des 16 novembre 2010, 27 septembre 2012 et 22 février 2013; TAF pces 1, 19 et 26), ainsi que sur un rapport du 10 novembre 2010 de son médecin traitant (TAF pce 1).

### **E. 12.2**

En l'espèce, lors de la dernière révision déterminante (cf. supra let. F.), le droit à une rente entière d'invalidité avait été maintenu par communication du 2 avril 2002 (OAIE pce 94) à la suite d'un examen approfondi du droit à la rente de l'intéressé. D'un point de vue psychique, il ressort clairement que l'assuré souffre d'état dépressif réactionnel avec suivi psychiatrique et thérapie d'antidépresseurs et présente des difficultés psychologiques en relation avec l'éloignement familial, ainsi qu'une personnalité anxieuse évitante (cf. le rapport médical du 19 juillet 2000 des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ et le rapport psychiatrique du 9 novembre 2000 de la Dresse D. \_\_\_\_\_; OAIE pces 79 et 82). Dans un avis du 28 mars 2002, le service médical de l'OAIE, indique que l'assuré souffre de dépression et que la combinaison de ses nombreuses affections ne lui permet pas de travailler (OAIE pce 93).

### **E. 12.3**

Dans le cadre de la présente procédure de révision, il ressort d'une part que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré, si l'on considère les conclusions du formulaire E 213 et celles du Dr M. \_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré souffre de troubles anxio-dépressifs résiduels légers, entraînant selon lui une incapacité de travail limitée de 10%. En outre, dans

son rapport néphrologique du 5 février 2010, la Dresse K.\_\_\_\_\_ ne fait plus aucune mention de troubles psychiques chez l'assuré, ce qui tend à démontrer que l'état de santé de celui-ci s'est clairement amélioré par rapport aux conclusions retenues en 2002 (OAIE pces 123 à 125). D'autre part, cette amélioration est remise en cause par les certificats médicaux produits en procédure d'audition et en procédure de recours par l'assuré; en effet, la Dresse K.\_\_\_\_\_ décrit chez l'assuré des troubles psychiques nécessitant la prise d'anxiolytiques, revenant ainsi sur ses précédents certificats médicaux. Cet avis médical est en sus confirmé par la psychiatre P.\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 16 novembre 2010, duquel il ressort que l'assuré souffre de dépression chronique, caractérisée par un niveau élevé d'angoisses et nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique. Ces certificats médicaux récents de deux médecins différents, dont la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialisée en psychiatrie, semblent attester de la présence de troubles anxio-dépressifs et tendent à prouver que la pathologie reconnue au recourant auparavant par plusieurs psychiatres perdure actuellement (cf. supra let. F).

#### **E. 12.4**

Par ailleurs, plusieurs médecins de service médical de l'OAIE ont estimé que les rapports psychiatriques de la Dresse P.\_\_\_\_\_ sont trop peu précis pour remettre en cause les conclusions du rapport psychiatrique du 30 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_; l'amélioration de l'état psychique de l'assuré étant de plus clairement documentée par d'autres médecins dans le cas d'espèce (OAIE pces 129, 157, 164 et 166). De plus, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre interne à l'administration, s'est prononcé sur les différentes pièces au dossier et a notamment comparé les rapports des deux psychiatres précités. Ainsi, il ressort des prises de position du Dr T.\_\_\_\_\_ que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ étant de bonne qualité, circonstancié et convaincant, il n'y a pas de raison de ne pas suivre ses conclusions, ce d'autant que le Dr T.\_\_\_\_\_ relève que les deux psychiatres décrivent clairement le même état psychique, même si la terminologie diffère légèrement. Le Dr T.\_\_\_\_\_, dans son avis du 14 novembre 2012, explique en effet que la Dresse P.\_\_\_\_\_ parle d'un trouble dépressif chronique (CIM F 34.9), qui est en réalité une catégorie résiduelle de la dysthymie (CIM F 34.1) décrite par le Dr M.\_\_\_\_\_ (OAIE pces 168 et 170).

#### **E. 13.1**

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6).

#### **E. 13.2**

Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents

médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

### **E. 13.3**

Or, en l'espèce, le Dr T. \_\_\_\_\_ est spécialisé en psychiatrie et confirme les précédents avis du service médical de l'OAIE. Il livre une appréciation complète et convaincante des rapports psychiatriques versés en cause par le recourant. De plus, le Tribunal relève, à l'instar du service médical de l'OAIE, que les certificats psychiatriques de la Dresse P. \_\_\_\_\_ produits par le recourant attestant de ses troubles psychiques et dépressifs décrivent en termes plutôt succincts ses pathologies, sans procéder à un examen objectif complet. Pour finir, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

### **E. 13.4**

Partant, au vu de tout ce qui précède, le Tribunal se doit, à l'instar du service médical de l'OAIE, de retenir que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré d'un point de vue psychique et stabilisé d'un point de vue somatique depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité, permettant à celui-ci de retravailler à 70% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles dès le 30 mars 2010.

### **E. 14.1**

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

### **E. 14.2**

Le gain d'invalidité est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

### **E. 14.3**

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

#### **E. 14.4**

In casu, A. \_\_\_\_\_ a travaillé à 100% comme aide mécanicien depuis 1989. Dès janvier 1995, l'assuré présente des incapacités de travail de longue durée de 50 à 100%. Ainsi, la dernière année complète de travail est l'année 1994; l'assuré gagnait alors un salaire annuel brut de Fr. 58'340.15 en travaillant à temps plein (41h/semaine; OAIE pce 25). L'OAIE a appliqué, conformément à la jurisprudence précitée, la méthode ordinaire de comparaison des revenus (OAIE pce 130). Toutefois, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés jusqu'à la date de la survenance du droit éventuel à la rente, à savoir dans le cas d'espèce au moment de la décision entreprise. Il s'agit ainsi de comparer les revenus de A. \_\_\_\_\_ en fonction de ce qu'ils étaient, ou auraient pu être le 15 octobre 2010 et non en 2008 comme l'a fait l'autorité inférieure (ATF 134 V 322, consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 et 4.4; ATF 128 V 174).

#### **E. 14.5**

S'agissant du salaire avant invalidité, il faut ainsi se baser sur le dernier salaire obtenu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant à l'année déterminante. Dès lors, après indexation à l'année 2010 ( $[(58'340.15 \times 2151) : 1769] = \text{Fr. } 70'938.19$ ; cf. OFS, l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011) et adaptation à la durée hebdomadaire normale de travail en 2010, soit 41.7 h/semaine, le salaire annuel avant invalidité du recourant en 2010 se monte à Fr. 72'149.33, y compris le 13e salaire (cf. Table B 9.2, in: la Vie économique 10-2012, p. 94), et mensuellement à Fr. 6'012.44.

#### **E. 14.6**

S'agissant du salaire après invalidité, le service médical de l'OAIE retient que le recourant a retrouvé une capacité de travail globale de 70% dès le 30 mars 2010 dans des activités légère de surveillant de parking/musée, comme caissier dans le commerce de détail ou encore dans des activités simples de bureau (OAIE pce 129.1), afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de sa longue absence du marché du travail et de son trouble dépressif léger en rémission. Dès lors, il sied de se baser sur le salaire statistique moyen pour un homme en 2010 dans les secteurs privés, Table A1, niveau 4, selon l'Enquête sur les salaires suisses 2010 (ESS 2010), soit sur un salaire mensuel moyen de Fr. 4'536.-- dans des activités de services pour 40h/sem. et de Fr. 4'728.70 pour 41.7h/sem., temps hebdomadaire normal de travail en 2010 dans ce domaine (cf. Table B 9.2, in: la Vie économique 10-2012,

p. 94).

#### **E. 14.7**

Compte tenu de l'âge du recourant (50 ans) au moment où il a été constaté que l'exercice partiel d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457; cf. rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2010), et de ses restrictions personnelles, ne laissant place qu'à des activités légères en position assise, il se justifie, à l'instar de l'OAIE, d'opérer une réduction du salaire d'invalidé de 15%, l'abaissement maximal admis par la jurisprudence étant de 25% (ATF 126 V 728 consid. 5). En effet, rien au dossier ne permet d'inférer qu'un abaissement de 15% serait insuffisant en l'espèce au vu des nombreuses activités légères encore exigibles à 70%. De plus, il ressort de la jurisprudence que lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail - comme en l'espèce -, elles ne sauraient l'être une seconde fois, dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidé, en tant que facteur de réduction du salaire statistique (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zürich/Bâle 2011, n°2131 et réf. citées; arrêt du TF 9C\_474/2010 du 11 avril 2011, arrêt du TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.1; arrêt du TF 8C-25/2011 du 27 mars 2011 consid. 3.3). Finalement, le Tribunal relève qu'il ressort de la jurisprudence, que l'âge ne représente qu'un facteur parmi d'autres légitimant une réduction du salaire statistique et que la courbe des salaires ayant tendance à se stabiliser avec l'âge, ce facteur n'entraîne généralement pas une réduction salaire (VALTERIO, n°2133; VSI 1999, p. 246, consid. 4c). Ainsi, le revenu annuel après invalidité du recourant se monte après abattement à Fr. 4'019.38 (4'728.70 - 709.31) pour un taux de 100% et à Fr. 2'813.56 pour un taux de 70%.

#### **E. 14.8**

La comparaison du salaire avant invalidité de Fr. 6'012.44 avec celui après invalidité de Fr. 2'813.56, fait apparaître une perte de gain de 53.20%  $[(6'012.44 - 2'813.56) \times 100] : 6'012.44$ ), taux ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

#### **E. 15**

Concernant le moment où l'autorité inférieure était habilitée à réduire la rente d'invalidité entière du recourant à une demi-rente d'invalidité, le Tribunal rappelle qu'en règle générale, la suppression de la rente, après révision, prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI). Dès lors, attendu que la décision du 15 octobre 2010 a effectivement été notifiée le 2 novembre 2010, la rente ne pouvait être réduite qu'à compter du 1er janvier 2011. Le recours du 24 novembre 2010 doit, eu égard à ce qui précède et conformément aux conclusions de l'autorité intimée prises dans sa réponse du 25 février 2011 (TAF pce 5), être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité est maintenu jusqu'au 31 décembre 2010.

#### **E. 16**

Au vu de ce qui précède, le recours du 24 novembre 2010 doit être partiellement admis, en ce sens que la rente entière d'invalidité de A. \_\_\_\_\_ est maintenue jusqu'au 31 décembre 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté et la décision du 15 octobre 2010 de l'autorité inférieure est confirmée.

#### **E. 17**

Le requérant obtient partiellement gain de cause dans la mesure où le maintien de sa rente lui a été reconnu pour un mois supplémentaire, il convient dès lors de mettre à sa charge des frais de procédure réduits, à savoir de Fr. 300.-- (art. 63 al. 1 PA, ATF 132 V 215 consid. 6.2). Ayant payé une avance de frais de Fr. 400.-- (TAF pces 8 à 10), le solde de Fr. 100.-- lui sera restitué par la caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt. En vertu de l'art. 64 PA, applicable en l'espèce au sens de l'art. 53 al. 2 LTAF et de 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], la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause a droit à 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. Au vu de ce qui précède, il convient d'accorder au requérant des dépens réduits (art. 64 al. 1 PA, en relation avec l'art. 7 al. 2 FITAF). Le requérant ayant été représenté par un mandataire professionnel, le Tribunal estime, au regard des art. 8 ss FITAF, que le versement de Fr. 500.-- francs hors TVA (cf. art. 1 al. 2 en relation avec les art. 8 et 18 al. 1 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA; RS 641.20]) à titre d'indemnité globale pour les frais nécessaires causés par le litige apparaît équitable.

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