

# **BVGer C-8552/2007 vom 1. Dezember 2009**

Bundesverwaltungsgericht, 2009-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-8552\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8552_2007)

FR: TAF C-8552/2007 du 1 décembre 2009

IT: TAF C-8552/2007 del 1 dicembre 2009

## **Regeste**

Evaluation de l'invalidité

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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 pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

### **E. 1.3**

Le requérant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, il a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu 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 (art. 80a LAI). Est également applicable le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à

l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71).

## **E. 2.2**

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que l'examen du droit à des prestations d'invalidité dans le cas 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. Celle-ci datant en l'espèce du 7 novembre 2007, la présente cause est donc soumise à la LAI et à son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

## **E. 3.1**

Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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. 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]). 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. 3.2**

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 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). Par contre, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1, ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1).

### **E. 3.3**

En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 1993, pour un degré d'invalidité de 100%, situation maintenue par communications du 10 mars 1998 et du 23 novembre 2000, et par décision du 20 juillet 1999. Au cours de l'année 2005, l'OAIE a entrepris une nouvelle révision d'office du droit à la rente et a supprimé, par décision du 7 novembre 2007, la rente entière versée jusqu'alors à A.\_\_\_\_\_, au motif que l'état de santé de ce dernier et, partant, sa capacité de gain se seraient améliorés de façon notable, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé du recourant étant à nouveau exigible à un taux de 80% dès le 12 octobre 2005, de telle sorte que la perte de gain subie s'élèverait désormais à 33%; il n'existerait donc plus de droit à une rente d'invalidité. Le recourant a interjeté recours contre cette décision, demandant son annulation; il fait valoir en particulier que ni son état de santé, ni sa capacité de travail ne se seraient améliorés, ce que de toute façon les éléments sur lesquels s'est fondée l'autorité inférieure pour rendre sa décision ne permettraient pas de démontrer, étant insuffisants pour attester de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assuré, de même que d'une quelconque modification notable de cette dernière. Le recourant a versé différents documents médicaux au dossier. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, suite à la procédure de révision d'office entreprise dès 2005, à rendre une décision supprimant la rente d'invalidité du recourant, ou, en d'autres termes, si véritablement la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée de façon notable. Cette question doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente et ceux qui ont existé jusqu'à la décision litigieuse. Or, si la décision du 20 juillet 1999, émise par l'OAIE au moment où le dossier lui était transféré en raison du départ de l'assuré pour le Portugal, n'a été qu'une confirmation formelle du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité, l'une et l'autre des communications précitées, du 10 mars 1998 et du 23 novembre 2000, ont été le résultat d'une procédure de révision au cours de laquelle des

rapports médicaux ont été versés au dossier, dans lesquels les médecins ont décrit l'état de santé de l'assuré et ont pris position sur sa capacité de travail, et sur lesquels le service médical AI s'est prononcé et fondé pour conclure à une incapacité de travail inchangée. Il convient donc de considérer ces communications comme des décisions reposant sur un examen matériel du droit à la rente, la plus récente, du 23 novembre 2000, constituant le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité. Il s'agira dès lors de comparer, dans le cas présent, les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 novembre 2000, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 7 novembre 2007, date de la décision litigieuse.

#### **E. 4.1**

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

#### **E. 4.2**

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

#### **E. 4.3**

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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2004). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle 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. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

#### **E. 4.4**

Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4).

Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

### **E. 5.1**

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI 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. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient 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. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs

invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

### **E. 5.2**

Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

### **E. 5.3**

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, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 6.1**

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 6/1998 p. 296 consid. 3b).

### **E. 6.2**

Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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).

### **E. 6.3**

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 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

### **E. 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, lorsqu'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 les références citées).

### **E. 7.1**

A la lecture des pièces au dossier, il apparaît qu'à l'époque de la décision du 23 novembre 2000 maintenant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, pour un taux d'invalidité inchangé de 100%, A. \_\_\_\_\_ souffrait principalement de gonalgies à droite,

de cervicalgies et de lombalgies, et présentait une lésion méniscale, des discopathies en C4-C5 et C5-C6, des séquelles de la maladie de Scheuermann, une protrusion discale en L5-S1 et une spondylose de L5, causant une marche claudicante à droite, une mobilité réduite et une limitation de la flexion-extension du genou droit. Au niveau psychiatrique, mis à part un état psychique un peu anxieux, l'assuré affichait une vie stable et sans troubles de caractère émotionnel ou affectif, le psychiatre consulté émettant le possible diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostic restant toutefois hypothétique en raison de l'importance de la pathologie orthopédique. Tant le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, dans son rapport du 28 avril 2000, que le Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre, dans son avis du 8 mai 2000, ont conclu au maintien d'une invalidité de 100%, le Dr G.\_\_\_\_\_, dans le rapport médical de révision d'invalidité du 26 juin 2000 estimant pour sa part que la pathologie du genou et de la colonne vertébrale était très invalidante et rendait l'assuré incapable de travailler dans son activité habituelle, tout en étant capable d'exercer une activité rémunérée, l'incapacité de travail s'élevant néanmoins à plus de 50%. Ces observations et constats ont conduit la Dresse H.\_\_\_\_\_, dans ses avis du 23 octobre et du 20 novembre 2000 à l'intention de l'OAIE, à juger l'assuré totalement inapte à l'exercice d'une activité professionnelle, en raison des altérations orthopédiques touchant le genou et le dos, et à conclure à une incapacité de travail inchangée. La décision du 23 novembre 2000 reconnaissant que le degré d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ n'avait pas subi de modification et maintenant les prestations versées jusqu'alors n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

## **E. 7.2**

Lors de la révision d'office introduite en 2005 par l'OAIE, ce dernier a cette fois considéré, dans sa décision du 7 novembre 2007, que A.\_\_\_\_\_ n'avait plus droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il serait à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé, lui permettant de réaliser plus de 60% du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide. Le recourant le conteste, estimant que son état de santé et sa capacité de travail ne se seraient pas améliorés, voire même qu'ils se seraient aggravés.

### **E. 7.2.1.1**

Ainsi, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 4 mars 2006, qu'il a confirmée le 27 septembre 2006 en procédure d'audition, a retenu les diagnostics de syndrome chronique cervical et lombaire avec altérations dégénératives, de gonalgie droite avec limitation dans la mobilité, de status après accident survenu en 1992 et de trouble psychique avec altération de la personnalité hystérique. Il relève que la rente d'invalidité a été octroyée au recourant en raison de troubles psychiatriques qui n'existeraient plus selon le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2005, raison pour laquelle ils ne correspondraient plus au diagnostic principal. Au niveau de l'appareil locomoteur, le Dr J.\_\_\_\_\_ note la persistance de plaintes déjà connues relatives au genou et à la colonne lombaire. Concluant ainsi à une amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique, il estime que le recourant présente une incapacité de travail, dès le 12 octobre 2005, de 80% dans l'ancienne activité et de 20% dans des activités de substitution. La Dresse M.\_\_\_\_\_, dans ses prises de position des 12 juin, 11 juillet et 17 octobre 2008, a suivi, en procédure de recours, l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ et approuvé ses conclusions.

### **E. 7.2.1.2**

Or, il s'avère que les diagnostics posés par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 4 mars 2006 sont identiques à ceux retenus par la Dresse H. \_\_\_\_\_ au cours de la procédure de révision d'office ayant abouti à la décision du 23 novembre 2000 maintenant la rente entière de l'assuré. A cette époque, la Dresse H. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 23 octobre et 20 novembre 2000 à l'intention de l'OAIE, avait conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré en raison des atteintes orthopédiques et non psychiatriques, au contraire de ce qu'avait jugé le Dr B. \_\_\_\_\_ lors de la première révision d'office de la rente en mai 1997; ce dernier avait en effet retenu une incapacité totale de l'assuré dans l'exercice d'une activité professionnelle en raison des troubles psychiques et non somatiques, ceux-ci ne pouvant justifier, de l'avis du médecin, une incapacité de travail dans une activité adaptée, le diagnostic principal retenu étant alors celui de trouble somatoforme douloureux persistant grave survenu sur fond de trouble de la personnalité histrionique, provoquant des perturbations graves dans le fonctionnement psychique et social de l'assuré et une détresse importante. Il apparaît ainsi que la Dresse H. \_\_\_\_\_ avait observé, lors de la deuxième révision de la rente, une amélioration des atteintes psychiques du recourant et une aggravation des troubles orthopédiques, ces derniers étant à eux seuls le motif du maintien du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité. De son côté, le Dr J. \_\_\_\_\_ a fondé ses conclusions sur une amélioration des troubles psychiatriques, jugés graves et invalidants lors de la première révision de la rente, mais plus significatifs lors de la deuxième révision, et sur une persistance des atteintes orthopédiques, qui ne justifiaient pas, à l'époque de la première révision, une incapacité de travail dans une activité adaptée, à l'inverse de ce qui a été retenu lors de la deuxième révision. Ainsi, en motivant la modification de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail par l'amélioration des troubles psychiatriques, il semble que le Dr J. \_\_\_\_\_, suivi par la Dresse M. \_\_\_\_\_, ait méconnu les constatations de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et ait procédé à l'examen comparatif des éléments médicaux existants au moment de la troisième révision, objet de la présente procédure de recours, avec les constatations faites par le Dr B. \_\_\_\_\_ au cours de la première révision de la rente, au lieu de celles faites à l'époque de la décision du 23 novembre 2000, résultat de la deuxième révision de la rente et point de départ temporel, en l'espèce, pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité du recourant. Dans cette mesure, les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, confirmées par la Dresse M. \_\_\_\_\_, sont mal fondées et peu pertinentes. Il convient encore de noter que les taux d'incapacité de 80% dans l'ancienne activité et de 20% dans une activité adaptée, arrêtés par le Dr J. \_\_\_\_\_, ne sont aucunement motivés et ne peuvent en outre être justifiés par les documents médicaux produits en procédure de révision et de recours, puisqu'aucun d'entre eux ne se prononce à cet égard. On ne saurait dès lors en l'espèce retenir les avis du service médical de l'OAIE.

### **E. 7.2.2**

Dans le cadre de la révision d'office et au cours de la procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux ont en effet été produits, dont celui du Dr I. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2005, celui du Dr F. \_\_\_\_\_ daté du 12 octobre 2005, le rapport E 213 reçu le 22 décembre 2005 par l'OAIE, les résultats d'une TDM lombaire effectuée le 17 août 2006 et une attestation médicale du Dr K. \_\_\_\_\_ du 1er septembre 2006. Ont également été versés au dossier, lors de la procédure de recours, deux documents médicaux datés de 1995 et de 1998 et un certain nombre de certificats postérieurs au prononcé de la décision litigieuse. Les premiers, dont l'un de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 1995 signalant que l'assuré est analphabète, étant antérieurs à la décision du 23 novembre 2000 entrée en force et ne faisant que confirmer des éléments médicaux connus, il n'en sera pas tenu compte dans la présente

cause. Quant aux certificats postérieurs à la décision du 7 novembre 2007, ils ne seront pris en considération que dans la mesure où ils concernent la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période entre le 23 novembre 2000 et le 7 novembre 2007; tel est en partie le cas du certificat du Dr O. \_\_\_\_\_, du 18 juillet 2008, alors que ceux du Dr K. \_\_\_\_\_, du 27 novembre 2007 et du 4 avril 2008, du Dr L. \_\_\_\_\_, du 30 novembre 2007, du Dr N. \_\_\_\_\_, du 10 juin 2008, et de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2007 et du 13 juin 2008, relatent et évaluent la situation du recourant au moment où ils sont rédigés. Or, il convient de noter d'emblée, à la lecture des documents relatifs à la période soumise à l'examen du Tribunal, que ceux-ci ne sont guère pertinents pour décider d'une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de gain, puisque, à l'exception des prises de position du service médical de l'OAIE, ils se contentent pour l'essentiel de poser des diagnostics, sans se prononcer clairement sur une amélioration, une aggravation ou une persistance des troubles dont souffre l'assuré, ni sur une possible modification de sa capacité de travail.

#### **E. 7.2.2.1**

Au niveau orthopédique, le Dr I. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 octobre 2005, fait état, comme cela était le cas à l'époque de la dernière décision entrée en force du 23 novembre 2000, de gonalgies à droite et de rachialgies lombaires, rejoint en cela par le rapport E 213. La TDM lombaire, effectuée le 17 août 2006 et dont les résultats sont repris par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son attestation du 1er septembre 2006, révèle en outre une asymétrie accentuée de l'orientation des facettes articulaires en L5-S1, avec un possible "tropisme" à droite, diagnostic qui n'apparaissait pas auparavant, les médecins ayant retenu à l'époque une protrusion discale en L5-S1. S'agissant des limitations fonctionnelles causées par les troubles orthopédiques, le Dr I. \_\_\_\_\_ indique notamment que le recourant marche sans claudication et que la rotation et l'inclination de la colonne cervicale se font sans restriction, au contraire toutefois de la colonne dorso-lombaire dont la flexion est limitée, ce dernier point étant également relevé le Dr K. \_\_\_\_\_ et le rapport E 213. Ainsi, si, à la lecture du rapport du Dr I. \_\_\_\_\_, il semble exister une évolution favorable des restrictions fonctionnelles que subit A. \_\_\_\_\_, en particulier concernant la marche, d'autant plus que, selon le médecin, le recourant se serait montré peu collaborant dans la recherche de mobilité au moment de l'examen, on ne saurait cependant en déduire une modification notable de l'état de santé de l'assuré. Les médecins consultés n'ont d'ailleurs pris aucune conclusion à ce propos et ne se sont pas non plus exprimés sur la capacité de travail de l'assuré, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Seul le rapport E 213 s'est partiellement déterminé sur ce point, indiquant que le recourant ne pourrait pas exercer à plein temps sa dernière activité dans le domaine de la construction, sans toutefois motiver plus avant son opinion, ni se prononcer sur la capacité de travail éventuelle du recourant dans une activité adaptée à son état de santé. Force est de constater dès lors le caractère lacunaire, incomplet et peu motivé des rapports orthopédiques versés au dossier, lorsqu'ils sont lisibles, et en particulier l'absence de conclusions de la part des médecins sur des points essentiels lors d'une révision du droit à une rente, tels que l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

#### **E. 7.2.2.2**

Le constat est le même au niveau psychiatrique, le Dr F. \_\_\_\_\_, qui avait également été consulté au moment de la décision du 23 novembre 2000 (rapport du 8 mai 2000), se limitant, dans son avis daté du 12 octobre 2005, à un rapport succinct. Il y conclut à

l'absence d'une psychopathologie déterminée, indice là aussi d'une amélioration des troubles du recourant, qui s'amorçait d'ailleurs déjà dans le rapport du 8 mai 2000, puisqu'il y était fait état d'une vie stable, sans troubles à caractère émotionnel ou affectif, avec cependant un diagnostic, quoique hypothétique, de trouble somatoforme douloureux, alors que lors de la première révision de la rente en 1997-1998, le diagnostic retenu était celui de trouble somatoforme douloureux grave survenu sur fond de trouble de la personnalité histrionique. Toutefois, tout comme au niveau orthopédique, l'on ne saurait conclure, au vu de cette évolution, et pour autant qu'elle soit effective, à une modification notable des troubles psychiques; le médecin ne se prononce d'ailleurs pas expressément à cet égard, ni s'agissant des conséquences éventuelles de ses observations médicales sur la capacité de travail du recourant. Le Dr O.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 juillet 2008, retient, pour sa part, l'existence d'un état anxiodépressif apparu en raison de l'accident du travail survenu en 1992 et qui n'aurait jamais quitté le recourant depuis lors, état également relevé par le Dr G.\_\_\_\_\_ au cours de la procédure de révision précédente. Toutefois, outre que le traitement auprès du Dr O.\_\_\_\_\_ n'a débuté qu'en janvier 2008, le psychiatre n'a pris, cette fois encore, aucune conclusion concernant le caractère invalidant de l'état anxiodépressif diagnostiqué.

#### **E. 7.2.2.3**

En conséquence, l'autorité de céans estime, au vu de ce qui précède, que les éléments médicaux requis par l'OAIÉ ou produits par le recourant lors de la dernière révision entreprise d'office et en procédure de recours ne permettent d'établir ni une évolution, ni une persistance de l'état de santé du recourant et de sa capacité de gain, et ne font pas état, en tous les cas, d'une modification notable de l'un ou de l'autre dans le sens d'une amélioration.

#### **E. 7.3**

L'autorité de céans constate dès lors qu'elle n'est pas en mesure de se rallier ni aux conclusions de l'autorité inférieure et de ses médecins-conseils, ni à celles du recourant. Comme exposé ci-dessus, les éléments médicaux présents au dossier sont lacunaires, mal fondés ou encore hors du champ d'examen du Tribunal, et ne suffisent pas en tout cas à fonder une modification notable de l'invalidité du recourant dans le sens d'une amélioration. D'autant que les rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse semblent plutôt aller dans le sens d'une aggravation, le Dr N.\_\_\_\_\_, neurologue, ayant relevé, dans son rapport du 10 juin 2008, des signes évocateurs d'une maladie de Parkinson, signes que la Dresse M.\_\_\_\_\_ et l'autorité inférieure ont également mentionné dans la prise de position du 11 juillet 2008 et la réponse du 22 juillet 2008. Pour autant, les constats médicaux soumis à l'examen de la Cour ne permettent pas de conclure à la persistance de l'état de santé et de l'incapacité de travail de l'assuré, certains éléments pouvant être interprété comme les indices d'une amélioration des atteintes dont souffre le recourant. En particulier, il sied de souligner qu'il ne ressort des documents médicaux antérieurs à la décision litigieuse aucun élément permettant d'affirmer que le recourant souffrait déjà auparavant de la maladie de Parkinson.

#### **E. 8**

La Cour est donc d'avis qu'en l'espèce, il n'est pas possible de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à une conclusion ni quant à l'évolution ou à la persistance de l'état de santé de l'assuré, ni quant à une éventuelle modification de son incapacité de travail, les rapports médicaux versés au dossier ne répondant pas sur ces points aux

exigences jurisprudentielles. Partant, et compte tenu des lacunes présentes dans cette cause, le recours doit être admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, afin que soit entreprise, par toute mesure utile, une instruction complémentaire propre à établir avec précision les affections dont le recourant est atteint, les limitations fonctionnelles qui en découlent, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'intéressé et dans des activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir le cas échéant, ainsi que l'évolution survenue à cet égard depuis la décision du 23 novembre 2000 maintenant le droit à une rente entière pour un taux d'invalidité de 100%, de sorte à pouvoir déterminer si le taux d'invalidité de A. \_\_\_\_\_ s'est modifié de façon notable et, si tel est le cas, à partir de quelle date cette modification a eu lieu. Pour ce faire, l'OAIE soumettra l'assuré à une expertise pluridisciplinaire auprès de services spécialisés (orthopédie, neurologie, psychiatrie; art. 61 PA). L'autorité inférieure rendra ensuite une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, la question de la violation du droit fédéral s'agissant de l'établissement du degré d'invalidité, soulevée par le recourant, peut rester ouverte.

#### **E. 9**

Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause en ce qui concerne les frais de procédure et l'indemnité de dépens (ATF 132 V 215 consid. 6.2). En conséquence, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA) et l'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, il convient d'allouer une indemnité de dépens à la partie recourante de Fr. XXX.-, 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]).

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