



## **Arrêt du 4 février 2015**

---

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),  
David Weiss, Markus Metz, juges,  
Yann Grandjean, greffier.

---

Parties

X. \_\_\_\_\_,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 4 décembre 2012).

**Faits:****A.**

X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'intéressé ou le recourant), ressortissant kosovar né le (...) 1965, a travaillé à plein temps en Suisse pendant plusieurs années de 1986 à 1993 d'abord dans le secteur du bâtiment, puis dans la restauration (not. pces 4/7 et 5/2). Il cesse de travailler dès le 1<sup>er</sup> janvier 1993 et il est licencié au 30 novembre 1993; il chute également à l'occasion d'un accident domestique le 27 janvier 1994 (pces 1/4 s., 5/2, 16 et 26). Selon le rapport du 30 juin 1995 du Dr A.\_\_\_\_\_, orthopédiste et chirurgien FMH, à l'assurance-accidents Zurich Assurance, l'intéressé présentait un diagnostic de status après contusion de la colonne cervicale et lombaire ainsi que des cervicalgies et lombalgies résiduelles (pce 4/7). Sur cette base, l'assurance-accidents a accordé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité et rejeté le droit à une rente d'invalidité (pce 4/4).

**B.**

Suite à une demande de prestations d'invalidité du 21 septembre 1995 en raison d'un mal de dos et à la nuque et de vertiges entraînant des chutes depuis l'accident du 27 janvier 1994 (pce 1), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après: l'OAI-GE) a, par prononcé du 1<sup>er</sup> décembre 1998 (pce 9/4), mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 1994 (pce 7). L'intéressé s'est vu reconnaître une invalidité à 100% dès le 12 décembre 1993 pour une maladie de longue durée. Les diagnostics figurant dans la documentation médicale à la base de la décision étaient une dépression majeure sévère chronique et un trouble somatoforme douloureux ainsi que des cervico-dorso-lombalgies chroniques post-traumatiques et sur d'importants troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, des cervico-brachialgies aiguës droites à répétition sur hernie discale C3-C4, un canal cervical étroit avec probable conflit radiculaire, des lombalgies aiguës à répétition sur protrusion discale L4-L5 et sur probable instabilité lombaire, une rétro-listhésis de L4 sur L5 (voir notamment le rapport médical du 16 juillet 1996 du Dr B.\_\_\_\_\_, chef de clinique [pce 6/5], le rapport médical du 23 juillet 1997 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecine générale [pce 6/2], et le rapport du 30 juin 1995 du Dr A.\_\_\_\_\_, orthopédiste et chirurgien FMH à l'assurance-accidents [pce 4/7]).

**C.**

La rente entière précédemment octroyée a fait l'objet de deux procédures de révision menées par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAI-E ou l'autorité inférieure), désormais

compétent en raison du déménagement de l'intéressé au Kosovo (pce 14). Sur la base notamment du rapport d'expertise médicale du 4 mars 2003 du Dr D.\_\_\_\_\_, directeur médical de la Clinique (...) (pce 34, voir notamment l'expertise psychiatrique du 20 février 2003 du Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre [pce 34/22]) et du rapport du 22 avril 2003 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin du service médical de l'autorité inférieure (pce 36/2), l'OAIE a, par communication du 23 avril 2003, maintenu la rente entière précédemment octroyée, mais a retenu une incapacité de travail pour toute activité de 70% dès le 20 février 2003 (pces 36 et 37). Sur la base notamment d'un rapport médical du 22 avril 2008 du Dr G.\_\_\_\_\_, neurologie et psychiatrie (pce 46), et d'une prise de position médicale du 24 juin 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecine interne générale, du service médical de l'autorité inférieure, qui attestait d'un état de santé inchangé (pce 51), par communication du 25 août 2008, l'OAIE a maintenu le droit à une rente entière (pce 52).

#### **D.**

Dans le cadre d'une troisième procédure de révision du droit à la rente, initiée en 2010, l'intéressé a notamment été examiné par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 2 décembre 2011 (pce 88), l'expert retient comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM F33.0), avec une personnalité passive-agressive, des douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41), un déficit chronique des facultés d'apprentissage, une dépendance à la nicotine (CIM F17.2) et, selon les actes, des modifications dégénératives de l'appareil locomoteur, une discopathie et une allergie à la farine.

Notamment sur la base du rapport d'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ et suite aux prises de position médicale des 10 avril, 14 juin et 12 décembre 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Service médical régional (ci-après: le SMR) (cf. pces 94, 107 et 115/3) ainsi que de la prise de position du 12 novembre 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste médecine physique et réadaptation, du SMR, l'autorité inférieure a, par décision du 4 décembre 2012 faisant suite à un projet de décision du 6 août 2012 (pce 109), remplacé la rente entière précédemment octroyée par une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> février 2013 (pce 117).

#### **E.**

Par acte du 8 janvier 2013 (timbre postal), l'intéressé a déposé un recours auprès du Tribunal de céans contre cette décision concluant à l'annulation de la décision attaquée et à ce que soit ordonnée une expertise médicale approfondie. En substance, le recourant a contesté l'appréciation de sa

capacité de travail dans la fonction de garçon d'office qui serait contraire aux conclusions des médecins suisses et kosovars consultés. Il critique l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ au motif que le praticien, n'ayant consacré qu'une séance à l'expertise tandis que les médecins suisses et kosovares auraient régulièrement suivi son état de santé par des expertises, n'avait pas pu évaluer correctement son état de santé. Il produit le rapport médical du 27 décembre 2012 du Dr L. \_\_\_\_\_, neuropsychiatre, la note médicale du 20 décembre 2012 du Dr M. \_\_\_\_\_, orthopédiste et traumatologue, ainsi que leurs traductions (pce TAF 1).

**F.**

Le 18 mars 2013, l'autorité inférieure, invitée à se déterminer, a produit sa réponse au recours du 7 janvier 2013. Il en ressort que la décision est fondée sur l'expertise médicale du Dr I. \_\_\_\_\_ et des prises de position des médecins du SMR ainsi que sur l'évaluation de l'invalidité faite par l'autorité inférieure. L'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce TAF 3).

**G.**

Le 3 mai 2013, le recourant, invité à se déterminer, a produit une nouvelle documentation médicale, à savoir un rapport médical et une fiche de consultation du 3 mai 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre et addictologue, et trois notes médicales du 19 avril 2013 du Dr M. \_\_\_\_\_ portant sur la mobilité du recourant (pce TAF 6).

**H.**

Le 25 juillet 2013, invitée à répliquer dans un délai prolongé sur les nouvelles pièces médicales produites, l'autorité inférieure a maintenu ses conclusions et communiqué la prise de position du 19 juillet 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR (pces TAF 10 et 11). Il en ressort que le rapport médical du 3 mai 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ ne serait pas incompatible avec l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ quant à la description de l'état de santé du recourant. Il était relevé que le Dr N. \_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur l'évolution de l'état de santé du recourant. Il ne contenait ainsi pas d'éléments valables allant à l'encontre de la conclusion d'amélioration retenue par le Dr I. \_\_\_\_\_.

**I.**

Invité à payer une avance de frais de 400 francs par décision incidente du 5 août 2013, le recourant s'en est acquitté dans le délai imparti (pces TAF 12 et 14).

**J.**

Les autres faits et arguments des parties seront repris en tant que besoin dans les considérants suivants.

**Droit:****1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**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.

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

**2.**

**2.1** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

**2.2** Dans l'assurance-invalidité, des rentes ne sont octroyées à des assurés étrangers résidant à l'étranger que si cela est prévu dans un traité avec le pays concerné. En l'occurrence, le recourant est ressortissant du Kosovo et il y réside. La Suisse a conclu de nouveaux traités de sécurité sociale avec divers Etats successeurs de l'ex-Yougoslavie, mais pas avec le Kosovo. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la convention du 8 juin 1962 entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie relative aux assurances sociales (RS 0.831.109.818.1) ainsi que l'arrangement administratif du 5 juillet 1963 concernant les modalités d'application de la convention relative aux assurances sociales entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.12) ne sont plus applicables (ATF 139 V 335; 139 I 263). Les rentes accordées aux ressortissants du Kosovo après le 31 mars 2010 ne peuvent plus être exportées à l'étranger, elles ne sont versées qu'en Suisse. Par contre, les rentes accordées avant cette date continuent à être versées à l'étranger (droit acquis).

**2.3** Au niveau du droit interne, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. ATF 138 V 475, notamment consid. 3.4), puis, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision (1<sup>er</sup> volet) valables dès cette date, étant relevé que le nouveau droit n'a pas apporté de changement pour l'état des faits à juger en l'espèce.

### **3.**

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**4.**

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en remplaçant la rente entière du recourant par une demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> février 2013 par voie de la décision de révision attaquée du 4 décembre 2012.

**5.**

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 disposition 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 (ATF 125 V 368 consid. 2).

**6.**

Il convient dans un premier temps de définir les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée en l'espèce.

**6.1** 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. 74<sup>ter</sup> RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'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 s'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).

**6.2** En l'espèce, la communication du 25 août 2008 ne peut servir de point de départ dans la comparaison avec la situation actuelle. En effet, la prise de position médicale du 24 juin 2008 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecine interne générale, du service médical de l'autorité inférieure, retenait que l'intéressé souffrait d'un symptôme dépressif clair (troubles du sommeil, incapacité de se concentrer, peurs, perte de la volonté). Or, le rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_, neurologie et psychiatrie, du 22 avril 2008 (pce 46), auquel cette prise de position faisait référence, ne posait pas de diagnostic de symptôme dépressif, mais rapportait seulement un trouble somatoforme, une hernie discale en L5/S1 et une lombosciatalgie. De même, le service médical retenait une capacité de travail inchangée à 50% alors même que la précédente communication du 23 avril 2003 avait retenu une incapacité de travail pour toute activité de 70% (et non de 50%) (pce 51).

En revanche, la communication du 23 avril 2003, qui informait le recourant que son droit à la rente avait été examiné et qu'il avait été constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé d'une manière à influencer son droit à la rente, se basait sur une documentation médicale détaillée. Ce document se basait en particulier sur une expertise réalisée dans un centre d'expertise COMAI ayant eu lieu du 18 au 20 février 2003 (rapport d'expertise médicale du 4 mars 2003 du Dr D. \_\_\_\_\_, directeur médical de la Clinique (...) [pce 34]) ainsi que sur le rapport du 22 avril 2003 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin du service médical de l'autorité inférieure (pce 36/2). Pour cette raison, elle sera retenue comme point de départ pour juger de l'évolution de l'état de santé ce qui est admis par l'autorité inférieure qui a retenu cette date dans le mandat à l'expert du 24 novembre 2010 (pce 71/2).

## **7.**

**7.1** La communication du 23 avril 2003 confirmant le droit à la rente se basait avant tout sur les documents suivants:

**7.1.1** Le rapport d'expertise médicale du 4 mars 2003 du Dr D. \_\_\_\_\_ retenait comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, au plan somatique, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles dégénératifs (pce 34/13) et d'un trouble somatoforme douloureux (CIM M54.9) et, au plan psychique, un état dépressif sévère de degré moyen (CIM F32.2) et un trouble somatoforme douloureux (CIM F45.9) (pce 34/15; voir l'expertise psychiatrique du 20 février 2003 du Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre [pce 34/22]). Le rapport retenait une incapacité de travail à 70%

(toutes pathologies confondues), quelle que soit l'activité envisagée avec de fréquentes pauses (p.ex. en ateliers protégés),

**7.1.2** Sur la base de cette expertise, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin du service médical de l'autorité inférieure, retenait les diagnostics de trouble dépressif majeur d'intensité modérée et de trouble somatoforme douloureux persistant avec une incapacité de travail de 70% pour toutes activités dès le 20 février 2003, une révision avec un rapport psychiatrique étant à prévoir le 30 avril 2007 (rapport du 22 avril 2003; pce 36/2).

**7.2** Dans le cadre de la révision de la rente dont est recours, l'administration a notamment récolté les pièces médicales suivantes:

**7.2.1** Le rapport d'expertise du 2 décembre 2011 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (pce 88), a été établi sur deux séances les 20 et 22 septembre 2011 de deux heures chacune (pce 88/2). Ce rapport fait état au niveau du status psychique d'une humeur malheureuse, d'une impression d'ennui et de dégoût et de saut d'humeur, notamment confronté au rapport d'examen neurologique et psychiatrique du 22 avril 2008 du Dr G. \_\_\_\_\_ retenant les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de hernie discale en L5/S1 et d'une lombosciatalgie latérale gauche et attestant d'une capacité de travail de 50 à 55% (cf. pce 46/3) ainsi que d'une spontanéité agressive.

Le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ fait état d'un patient clairement conscient et orienté, sans modification significative au niveau neurologique, à l'exception de la sensibilité tactile le long du dermatome L5 à gauche, ainsi que diverses plaintes de pertes de mémoire avec légère diminution de l'humeur basale et du niveau de la concentration et de la motivation; il précise que la maladie est fluctuante avec des remises et des aggravations (cf. pce 46/2 et 3). L'intéressé est selon l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ également clairement conscient et orienté et se plaint de perte de mémoire. L'humeur basale est plus dysphorique que dépressive, sans composante d'angoisse. Des troubles de mémoire et de concentration ne sont pas objectivables. L'intelligence est dite normale, sans retrait social significatif. Il relève que les médicaments prescrits, à l'exception d'un, ne sont pas pris ou pas dans la dose prescrite (pce 88/9), précisant cependant qu'une éventuelle prise serait sans effet (pce 88/13).

L'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ pose lors des séances de septembre 2011 le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM F33.0) chez une personnalité avec des traits passifs-agressifs (négatifs) (CIM

Z73.1 [Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie]) et un niveau d'organisation modérément intégré (selon l'Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [OPD-2]), de trouble douloureux chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41) ainsi que comme diagnostic différentiel un trouble somatoforme, sans précision (CIM F45.9) avec des douleurs persistantes et des maux de tête ainsi qu'un état tendanciellement chronique à des difficultés d'apprentissage avec une attitude d'évitement, une autolimitation avec une passivité résultante, un déconditionnement psychique et physique et une amplification de la douleur après un événement douloureux aigu (pce 88/10).

L'expertise souligne une situation peu claire, une inconsistance, une communication difficile avec le patient en lien avec des problèmes de langue (un interprète est présent [pce 88/7]), une faible motivation et des déclarations contradictoires; selon l'expert, une situation peu claire ressortirait également des documents médicaux kosovares (avec des appréciations médicales contradictoires) (pce 88/10 s.).

L'expert estime que la dépression n'est vraisemblablement pas chronique, mais fluctuante et conclut à un syndrome dépressif récurrent, épisode actuel léger (pce 88/12). Il relève que les douleurs dorsales ne sont plus au premier plan (pce 88/14).

Sur le syndrome somatoforme, l'expert estime qu'un tel syndrome n'a pas été diagnostiqué à satisfaction et retient que les douleurs doivent être vues en lien avec la discopathie. Il manque des éléments pour poser ce diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, notamment des données sur la personnalité et la structure de la personnalité. L'expert doute que l'on puisse faire valoir le stress psychosocial. Du point de vue du diagnostic différentiel, les conditions du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ne sont pas réunies, notamment dans le domaine de la structure de la personnalité (troubles psycho-sociaux). Le médecin critique le diagnostic d'"éléments psychotiques" du Dr L. \_\_\_\_\_ en raison de l'absence de médication antipsychotique (pce 88/14 s.). En raison de la personnalité singulière et des modifications dégénératives avérées de l'appareil locomoteur, le médecin envisage un diagnostic de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41) (pce 88/15).

L'expert atteste d'une capacité de travail (selon l'échelle Mini-ICF-APP) de 50% dans une activité adaptée (demi-journées, si possible en deux étapes), notamment des travaux légers. Comme facteurs de réduction de

la capacité de travail, il est mentionné un long éloignement du marché du travail (18 ans) entraînant un déconditionnement psychologique; il est relevé y concernant que l'expérience de la maladie depuis des années est maintenant fixé et à peine changeable. Les limitations fonctionnelles pour l'activité adaptée sont à prédominance somatique (les limitations corporelles sont déterminantes; d'un point de vue psychiatrique, les travaux à forte exigence ou demandant une capacité à travailler en équipe ne sont pas possibles), les déficits de la personnalité qui réduisent la capacité à surmonter le trouble douloureux, le trouble douloureux et l'évitement de facteurs pouvant conduire à une aggravation.

Le médecin ne voit pas d'amélioration possible de la capacité de travail résiduelle. Sur l'évolution dans le temps de la capacité de travail, le médecin ne peut donner aucune appréciation; il peut seulement donner une indication au moment de son expertise.

**7.2.2** La prise de position médicale du 18 janvier 2012 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du SMR retient que sur le plan orthopédique les documents ne laissent pas apparaître d'amélioration (les douleurs ne sont plus au premier plan). Sur le plan psychiatrique, ce médecin relève que le Dr I. \_\_\_\_\_ ne peut pas se prononcer sur une amélioration, même s'il décrit un état dépressif léger. Selon elle, la situation est a priori inchangée et propose de soumettre le cas à un psychiatre (pce 91).

**7.2.3** Le rapport final du 10 avril 2012 du Dr J. \_\_\_\_\_, du SMR, psychiatre et psychothérapeute, retient que l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ est détaillée, précise et tient compte des pièces médicales aussi bien en Suisse qu'au Kosovo (pce 94).

Selon le SMR, l'expert atteste sur le fondement de ses observations psychopathologiques, de manière convaincante, une amélioration évidente et importante, en particulier la dépression est limitée. Il ne peut attester d'une amélioration, parce que notamment le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 20 février 2003 manque de précision dans les observations cliniques et avant tout dans le diagnostic. Cependant, l'expert a retenu un diagnostic principal de syndrome dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM F33.0) et un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41), qui est la version légère du syndrome douloureux persistant (CIM F45.4). La version légère est retenue quand les critères de la version sévère ne sont pas retenus.

Sur ce fondement, la capacité de travail retenue est de 50% dès le 2 décembre 2012 avec les limitations fonctionnelles suivantes: demi-journées de travail, avec des pauses, charges de maximum 10 kilos, pas de travaux lourds, travaux sans responsabilité, et résistance au stress diminuée. La douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41) est jugée sans influence sur la capacité de travail.

**7.2.4** Invité notamment à faire parvenir tous les documents ou renseignements en sa possession au sujet de son état de santé par le courrier du 16 avril 2012 (pce 95), l'assuré a opposé par envoi du 26 avril 2012 à cette documentation médicale le rapport du 29 décembre 2010 du Dr L.\_\_\_\_\_, neuropsychiatre. Ce rapport décrit une personnalité passive-agressive qui déchire les ordonnances du médecin et chez qui l'état dépressif est dominant (désillusions, idées dépressives et nihilistes). Le neuropsychiatre pose un diagnostic de troubles dépressifs à éléments psychotiques (épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques [CIM F32.2]), de problèmes avec l'adaptation et la concentration, de syndrome lombaire chronique et de lombosciatalgie symptomatique gauche ainsi que de discopathie L3-L4-L5 (pce 98/3 traduction en 102).

**7.2.5** Appelé à prendre position notamment sur cette dernière pièce médicale, le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR retient que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2010 (pce 98/3 et traduction en 102) serait bref (10 lignes) et ne contiendrait que peu d'éléments pour une analyse psychopathologique. Selon ce médecin, il correspondrait aux descriptions et au diagnostic du Dr I.\_\_\_\_\_ (trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger [F33]). Le médecin précise que la fluctuation est typique de cette maladie et que les idées de référence ne sont pas analysées; les idées réactives et psychogènes seraient surévaluées; par conséquent le diagnostic retenu (CIM F33.3 recte: F32.2) serait faux et ne pourrait être retenu au stade de la haute vraisemblance. De plus, le médecin du SMR relève que le rapport est antérieur d'un an à celui du Dr I.\_\_\_\_\_ (rapport final du 14 juin 2012; pce 107).

**7.3** Invité à se déterminer sur le projet de décision du 6 août 2012 qui prévoyait de remplacer la rente entière par une demi-rente (pce 109), l'intéressé a produit la documentation médicale nouvelle suivante:

**7.3.1** La note médicale du 15 août 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_, orthopédiste et traumatologue, pose un diagnostic de discopathie L3-L4-L5, avec lombalgies chroniques. Le signe de Lasègue est positif à 30 degrés. Le Dr

M.\_\_\_\_\_ atteste d'un taux d'invalidité de 90% sans justification (pce 111/2 et traduction en 111/1).

**7.3.2** Le formulaire médical du 17 août 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, neuropsychiatre, (partiellement illisible) rapporte un diagnostic de troubles dépressifs suivis d'éléments psychotiques (R.23.3; recte: F33.3), de problèmes avec l'adaptation, de syndrome lombaire chronique, de lombosciatalgie symptomatique gauche et de discopathie L3-L5, sans indication sur la capacité de travail (pce 112/2 et traduction en 112/1).

**7.4** Invité à se déterminer sur cette documentation médicale, le service médical de l'autorité inférieure a versé au dossier les rapports suivants:

**7.4.1** La prise de position du 12 novembre 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste médecine physique et réadaptation, du SMR avance que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 17 août 2012 (cf. pce 111) serait lapidaire sans nouvel élément médical. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, il serait étonnant que l'on ne décrive pas d'autolimitations et/ou d'incohérence à l'examen clinique. Il y aurait cependant une incohérence entre le tableau clinique et l'incapacité de travail attestée. Il n'y aurait aucun indice d'aggravation des problèmes connus de l'appareil locomoteur, ni aucun élément médical objectif concernant l'appareil locomoteur, ni de limitations fonctionnelles supplémentaires ni de répercussions supplémentaires sur la capacité de travail (pce 115/1).

**7.4.2** La prise de position du 12 novembre 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR confirme ses rapports des 10 avril 2012 (cf. pce 94) et 14 juin 2012 (cf. pce 107). Selon ce médecin, le diagnostic posé par le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 août 2012 (cf. pce 112) d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM F32.3; recte: F33.3) exigerait une hospitalisation de longue durée, ce qui ne serait pas le cas de l'intéressé. Le médecin relève également que la médication prescrite serait en soi nocive pour la santé et que ce rapport ne contiendrait aucune nouvelle information (pce 115/3).

**7.5** Sur la base de cette documentation, l'autorité inférieure a conclu dans la décision attaquée du 4 décembre 2012 que le recourant était nouvellement en mesure de travailler dans une activité lucrative adaptée à 50% avec une perte de gain de 58% dès le 2 décembre 2011 selon la comparaison des revenus selon la méthode générale du 3 juillet 2012 (pce 108), ce qui justifiait le remplacement de la rente AI versée jusqu'alors par une demi-rente (pce 117).

**7.6** Dans le cadre du recours, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé et critique la valeur probante de l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ au motif notamment que celui-ci n'a eu qu'une séance d'entretien et n'a pas pu constater une amélioration de l'état de santé. En procédure de recours, il produit la documentation médicale suivante nouvelle, accompagnée de traductions (pces TAF 1 et 6):

- une note médicale du 20 décembre 2012 du Dr M. \_\_\_\_\_ dont il ressort que le recourant ne présente aucune amélioration depuis le 15 août 2012, pose un diagnostic de discopathie en L3-L4-L5 avec des lombalgies chroniques (cf. pce 55) et retient un "taux d'invalidité" de 90% sans justification,
- trois notes médicales du Dr M. \_\_\_\_\_ datées du 19 avril 2013 portant sur la mobilité du recourant dont il ressort un diagnostic de discopathie en L3-L4-L5 et une polyarthrite, sans indication quant à la capacité de travail,
- un rapport médical et une fiche de consultation du 3 mai 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre et addictologue, dont il ressort une absence de signe d'amélioration, la manifestation d'une dépression et une démotivation profonde, un tableau dépressif et une régression profonde, des projections autocritiques ainsi qu'une médication antidépressive et des benzodiazépines et autres médications du médecin de famille. A l'examen psychique, le médecin retient une mauvaise apparence extérieure, une psychomotricité inhibitive et une personnalité présentant des pauvretés extrêmes et irréversibles, et pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM F33.2 [épisode actuel sévère]).

**7.7** Selon le rapport final du 19 juillet 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR, en substance, le rapport du 3 mai 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ coïnciderait avec l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ dans la description d'un état dépressif avec des fluctuations. Selon le Dr J. \_\_\_\_\_, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (CIM F33.2), attesté par le Dr N. \_\_\_\_\_ serait impossible avec l'antidépresseur léger prescrit (Citalopram 30mg / jour) et la fluctuation serait typique de cette affection. Le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ serait sur le principe compatible avec celui du Dr I. \_\_\_\_\_ et ne contiendrait pas d'argument valable contre l'amélioration observée. Enfin le Dr J. \_\_\_\_\_ affirme que le Dr N. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la gravité de l'état antérieur à cette amélioration et ne l'a pas comparé avec l'état actuel (TAF 11).

**8.**

Appelé à statuer, le Tribunal de céans retient ce qui suit.

**8.1** Les conditions pour procéder à une révision matérielle ne sont pas remplies lorsque l'on se trouve en présence d'une appréciation juridique ou médicale divergente d'un état de fait resté pour l'essentiel identique. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf., parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

**8.2** Pour déterminer si un changement permettant de fonder une révision matérielle est donné dans un cas d'espèce, il sied de comparer l'état de santé antérieur à l'état actuel. 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 et les références citées).

**8.3** Compte tenu du caractère comparatif de l'objet de la preuve en matière de révision et de la nécessité de délimiter les changements significatifs de l'état des faits d'une simple appréciation divergente, il doit apparaître que les faits qui sont mis en avant pour justifier d'un changement sont nouveaux ou que les faits ayant déjà existés antérieurement se sont substantiellement modifiés dans leur nature ou leur ampleur. Ainsi, selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus dans le cadre d'une

procédure de révision soient restés identiques à ceux posés antérieurement n'exclut certes pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant une modification notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. 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 (voir arrêts du Tribunal fédéral 9C\_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C\_761/2010 du 1<sup>er</sup> 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 seulement 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

**8.4** Les critiques émises par le recourant à l'encontre de l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ sont tout d'abord mal fondées. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'expertise s'est étalée sur deux séances de deux heures chacune (pce 88/2). Quoi qu'il en soit, le reproche relatif à la durée trop brève de l'examen psychiatrique n'est pas pertinent. La durée d'un tel examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical –, ne saurait en effet remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique du recourant dans un délai relativement bref (cf. arrêt du TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Elle ne peut donc être comparée à la durée des consultations chez un psychiatre traitant. En effet, il est dans la nature des choses qu'une expertise psychiatrique ne peut être fondée sur une période d'observation aussi longue que les rapports des médecins traitants. Cela n'est pas en soi en mesure de réduire la valeur probante d'une expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_671/2012 du 15 novembre 2012 consid. 4.5). Sur le fond, le recourant n'explique pas en quoi l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ ne serait pas fiable et convaincante pour éclairer sa situation médicale. Il n'y a dès lors pas lieu de remettre en cause la valeur probante de cette expertise pour ce motif.

**8.5** D'un point de vue somatique, les prises de position médicale du 18 janvier 2012 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ et du 12 novembre 2012 du Dr

K.\_\_\_\_\_ concluent à une absence d'évolution (ni amélioration ni aggravation) (pces 91 et 115). Les pièces médicales récentes attestent de la même discopathie L3-L4-L5, de lombalgies/rachialgies et de traces d'arthrite qu'en 2003 sans indication dûment fondée quant à leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant (rapports d'expertise médicale du 4 mars 2003 du Dr D.\_\_\_\_\_ [pce 34/7 et 11] et les derniers rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2012 et du 19 avril 2013).

Le Tribunal de céans relève que la rente entière a été octroyée essentiellement dans un contexte psychiatrique (cf let. B). Il reste donc à examiner cette question.

**8.6** En l'occurrence, alors même que la Dresse O.\_\_\_\_\_ du SMR avait relevé que la situation était a priori inchangée, le Dr J.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 10 avril 2012 (pce 94), expliquait que l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ avait qualifié la pathologie psychiatrique dont souffre le recourant de "Douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques" (CIM F45.41) et non de "Syndrome douloureux persistant" (CIM F45.4), étant précisé que la catégorie F45 est celle des troubles somatoformes. Le diagnostic retenu serait la forme "légère" du trouble. Le rapport du SMR en déduisait une amélioration évidente et importante de l'état de santé depuis la dernière révision. Il établissait enfin une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, à savoir des demi-journées de travail, avec des pauses fréquentes, des charges à porter maximale de 10 kilos, pas de travaux lourds, des activités sans responsabilité et une résistance diminuée au stress. Quoiqu'en dise le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR (rapports des 10 avril 2012, 14 juin 2012, 19 juillet 2013 [pces 94, 107 et TAF 11]), force est de constater que ni les appréciations ni les conclusions de l'expert, le Dr I.\_\_\_\_\_, ne pourraient être interprétées en faveur d'une amélioration significative de l'état de santé du recourant depuis le 20 février 2003. Interrogé expressément sur une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'intéressé dans le contexte d'une révision (mandat d'expertise du 24 novembre 2010; pce 71/2), le Dr I.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il ne pouvait donner aucune appréciation sur l'évolution dans le temps de la capacité de travail et qu'il ne pouvait se prononcer que sur la capacité de travail du recourant au moment de l'expertise, en raison des actes au dossier incertains et des contradictions partielles dans les déclarations du recourant (pce 88/17; voir aussi pce 88/11). Cette motivation repose sur une analyse détaillée, approfondie et convaincante du dossier médical. Le Dr I.\_\_\_\_\_ est de plus le seul expert qui intègre des réflexions sur la personnalité et la structure de la personnalité du recourant dans son appréciation médicale.

L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR ne saurait dès lors convaincre. En l'absence d'une évolution significative de l'état de santé – le médecin du SMR ne s'appuie sur aucun constat objectif – ressortant clairement du dossier, le raisonnement du médecin du SMR repose essentiellement sur des différences nominatives dans la formulation des diagnostics (consid. 8.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_698/2010 du 18 mars 2011 consid. 4.2). Etant donné que l'expert a dit ne pas pouvoir se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail, le médecin du SMR ne pouvait donc pas se baser sur des différences de terminologie pour lui faire dire ce qu'il n'avait pas pu attester. Cela d'autant moins que le Dr J. \_\_\_\_\_ retient explicitement que l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ est détaillée, précise et tient compte des pièces médicales aussi bien en Suisse qu'au Kosovo (pce 94).

Au contraire, l'appréciation du médecin du SMR est une appréciation différente d'une situation qui pour l'essentiel semble inchangée. Aussi bien le Dr I. \_\_\_\_\_ que le médecin du SMR ont relevé que la pathologie du recourant était fluctuante et qu'une appréciation devait se faire sur le long terme (pces 88/12, 107 et TAF 11). Selon le médecin du SMR, c'est ce qu'aurait fait le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son expertise. Or, force est de constater que cet expert a expressément dit que son appréciation quant à une forme légère de syndrome dépressif n'était valable que pour le moment de son expertise, y compris quant à la qualification légère du syndrome dépressif récurrent (pce 88/12 et 17). L'appréciation du médecin du SMR tombe donc à faux. En l'absence d'une amélioration de l'état de santé évidente aux actes, l'avis du médecin du SMR ne saurait à lui seul fonder une adaptation de la rente par la voie de la révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_285/2008 du 18 août 2008 consid. 3.2). Tel est le cas en l'occurrence. La comparaison des rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ en 2003 et du Dr I. \_\_\_\_\_ en 2011 ne laisse pas apparaître une amélioration manifeste quant à la description de l'état d'esprit du recourant. Tous deux parlent d'une attitude triste ou malheureuse, d'un dégageement ou d'un désintérêt pour les activités et d'une mimique figée, de manifestations anxieuses ou dysphoriques, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'ayant cependant pas observé de dysfonction cognitive, hormis des difficultés chroniques d'apprentissage, en dépit des plaintes de pertes de mémoire et de difficultés de concentration avancées par le recourant (pces 34/33 et 88/7 s.). Le Dr N. \_\_\_\_\_, en procédure de recours, bien que se prononçant sur un état de santé postérieur à la décision attaquée, atteste d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et décrit des symptômes plus graves (une démotivation profonde, un tableau dépressif et une régression profonde, des projections autocritiques) que ceux du Dr I. \_\_\_\_\_ contrairement à ce qu'affirme le médecin du SMR (cf. pce TAF 11; pce TAF 6). Dans ce cadre, le fait même que le Dr I. \_\_\_\_\_ critique le

diagnostic antérieurement posé de syndrome somatoforme douloureux persistant en raison notamment de la faible documentation alors recueillie laisse également penser que l'état de santé du recourant est demeuré globalement inchangé (pce 88/14). Il semble donc que les constats médicaux faits aux moments déterminants (2003 et 2011) n'étaient pas foncièrement différents. Une appréciation différente d'un état de fait qui pour l'essentiel est demeuré inchangé et une moins importante incapacité de travail qui en résulte ne constituent pas une amélioration de l'état de santé.

En résumé, l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences quant à la valeur probante des pièces médicales (cf. consid. 3) et le Tribunal de céans considère donc par appréciation anticipée des preuves qu'une expertise médicale supplémentaire ne pourrait l'amener à modifier son opinion (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 et les références citées; 8C\_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1). En l'absence d'une amélioration notable de l'état de santé, les conditions légales pour une réduction de la rente par la voie de la révision (cf. consid. 5) ne sont pas remplies en l'espèce. Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

## **9.**

**9.1** Le recourant ayant eu gain de cause et aucun frais de procédure n'étant mis à la charge des autorités inférieures, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de 400 francs payée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**9.2** Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (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]).

## **Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce:**

### **1.**

Le recours est admis et la décision du 4 décembre 2012 est annulée.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt par la caisse du Tribunal.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé:

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. (...); Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Le président du collège:

Le greffier:

Christoph Rohrer

Yann Grandjean

(Les voies de droit figurent à la page suivante.)

**Indication des voies de droit:**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: