



## Arrêt du 18 mai 2012

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Beat Weber, Michael Peterli, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
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 11 avril 2011.

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

Le ressortissant espagnol A.\_\_\_\_\_, né en 1952, maçon, fit une chute le 29 septembre 1993 d'une hauteur de 2 mètres dans le cadre de son travail entraînant une fracture-tassement de la vertèbre D11 sans conséquence neurologique. Hospitalisé jusqu'au 7 octobre 1993 avec port d'un lombostat jusqu'à fin décembre 1993, il effectua ensuite en 1994 deux tentatives de reprise de travail à 50% qui échouèrent en raison d'importantes douleurs dorsales notamment lors de port de poids. Il poursuivit par la suite son activité à 25% et fut mis au bénéfice d'une rente entière par communication de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD) du 11 avril 1996 à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1994 pour un taux d'invalidité de 75% (pces 9 et 24 et dossier SUVA). Un rapport signé du Dr B.\_\_\_\_\_ du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité du 11 mars 1996 releva des troubles statiques rachidiens, des contractures musculaires paravertébrales, une diminution de la mobilité, un status algique permanent et un état déprimé (pce 21). Un rapport de stage COPAI daté du 7 février 1996 nota des performances modestes dues aux atteintes physiques et à leurs répercussions sur le psychisme de l'assuré décrit comme fortement introverti avec de graves troubles de la personnalité dont on ne pouvait raisonnablement attendre une reprise du travail même partielle quelle qu'elle soit (pce 20).

Par communication du 31 mai 1999 de l'OAI-VD la rente entière de l'intéressé fut reconduite (pce 52). Dans un rapport du 10 mai 1999 le Dr C.\_\_\_\_\_, médecine générale, nota un état stationnaire, le diagnostic de syndrome douloureux (somatoforme) persistant, un status après fracture-tassement de D11, une discopathie L5-S1. Il releva un status général homo dolens avec céphalées rebelles, une raideur du rachis, une tendomyose diffuse, pas de trouble statique significatif, des ressources limitées avec pauvreté d'expression, une incapacité de travail totale (pce 49). La rente entière de l'intéressé fut également reconduite par communication du 5 décembre 2001 (pce 64). Le Dr C.\_\_\_\_\_ indiqua dans un rapport du 28 novembre 2001 un état stationnaire, rappela son précédent diagnostic du 10 mai 1999, nota un status chronique avec "seuil bas", une intolérance aux antidépresseurs, un patient sans ressources psychiques d'adaptation tant intellectuellement, culturellement que psychologiquement, toute tentative de réinsertion étant illusoire, toute autre activité que domestique ne paraissant pas pouvoir être exigée (pce 63).

Par communication du 10 octobre 2006 l'OAI-VD reconduisit encore la rente entière de l'intéressé, son degré d'invalidité de 100% étant inchangé (pce 71). Dans le cadre de cette révision le Dr C.\_\_\_\_\_ indiqua dans un rapport du 1<sup>er</sup> août 2006 le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après fracture-tassement de D11, de discopathie L5-S1 et, souligné, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il nota un status s'aggravant, un suivi avec "seuil bas", un patient ayant peu de ressources installé dans des douleurs chroniques, un handicap dépressogène avec pronostic mauvais en terme de recouvrement d'une quelconque capacité de travail (pce 68).

L'intéressé quitta la Suisse pour l'Espagne fin août 2007. Son dossier fut repris par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE, pce 74).

#### **B.**

En août 2010 l'OAIE initia une révision du droit à la rente de l'intéressé (pce 82). Il porta notamment au dossier les documents ci-après:

- le questionnaire pour la révision de la rente daté du 13 septembre 2010 selon lequel l'assuré, dont l'état de santé s'est détérioré, n'exerce pas d'activité lucrative (pce 88),
- un rapport médical daté du 19 mai 2009 signé de la Dresse D.\_\_\_\_\_, cardiologie, faisant état d'une hospitalisation du 11 au 19 mai 2009 et principalement d'une cardiopathie ischémique et d'une insuffisance rénale aiguë pré-rénale (pce 91),
- un rapport radiologique daté du 18 mars 2010 (pce 93),
- un bref rapport psychiatrique de la Dresse E.\_\_\_\_\_ daté du 22 novembre 2010 notant une première consultation en date du 11 novembre 2010, un status conscient, orienté dans le temps et l'espace, collaborant, un aspect adéquat, euthymique, sans idéation autolytique, sans altération de la pensée quant au contenu et la forme, une légère nervosité et altération du sommeil (pce 97),
- un rapport médical détaillé E 213 daté du 30 novembre 2010 notant les plaintes d'épisodes récurrents d'altération de la sensibilité et moteur de l'hémicorps droit associés à des contractures musculaires et posturales dystoniques à la main droite (main en griffes), de douleurs lombaires droites, d'une pathologie des coronaires actuelle sans

contrôle ni traitement, n'indiquant pas de suivi psychiatrique, notant de l'anxiété et des problèmes de sommeil, relevant une fonctionnalité conservée de la colonne vertébrale, avec douleurs des mouvements latéraux droits et à la flexion des hanches, une fonctionnalité conservée des membres supérieurs (sans callosités) et inférieurs, un status neurologique normal, une marche normale, selon la documentation radiologique une inversion de la lordose physiologique, une discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une ostéophytose postérieure, une sténose modérée en C5-C6, une dégénérescence au niveau des cervicales, retenant le diagnostic de status post fracture de la vertèbre D11 en 1993, infarctus du myocarde inférieur, faiblesse d'une artère coronaire en mai 2009, discopathie dégénérative C4-C5, C5-C6, C6-C7, notant un état stationnaire, des déficits fonctionnels non objectifs, indiquant la possibilité d'un travail de type moyen sans port et transport de charges fréquents, soit la possibilité d'exercer à temps complet une activité adaptée sans surcharge du rachis cervical et lombaire, indiquant qu'une amélioration de l'état de santé actuel ne pouvait être relevée (pce 98).

### C.

Invité à se déterminer sur la documentation médicale, le Dr F.\_\_\_\_\_ de l'OAIE dans un rapport du 7 janvier 2011 conclut à une amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Il releva un status orthopédique favorable au moment de l'examen clinique du rapport E 213, sans douleurs contraignantes avec une bonne mobilité et sans atteintes neurologiques, il releva un status psychologique sans pathologies significatives en relation avec des douleurs somatoformes. Il retint la possibilité d'une activité adaptée à mi-temps dès le 30 novembre 2010, précisant que la maladie chronique coronaire n'induisait pas de limitation de la capacité de travail. Au titre des activités adaptées il indiqua celles de surveillant de parking / musée, vente par correspondance, vendeur de billets, standardiste / téléphoniste, saisie de données / scannage (pce 101).

L'OAIE établit le 2 février 2011 une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré par comparaison de la moyenne de ses revenus des années 1990 à 1992 indexés 2008, soit 61'893.04 francs par année ou 5'157.75 par mois, comparée au revenu théorique avec invalidité résultant des activités désignées par le Dr F.\_\_\_\_\_, soit celles assimilées pour des activités simples et répétitives valeur 2008 dans les services collectifs et personnels (4'291.- francs), les services fournis aux entreprises (4'591.- francs), du commerce de gros et des intermédiaires du commerce (4'851.- francs), du commerce de détail et réparation d'articles domesti-

ques (4'436.- francs), soit en moyenne 4'542.25 francs pour 40 h./sem. et 4'735.30 francs pour 41.7 h./sem. De ce montant pris en compte à 50% l'OAIE effectua un abattement de 20% compte tenu de l'âge de l'intéressé et de ses limitations, soit le revenu de 1'894.12 francs. Il s'ensuivit un taux d'invalidité de  $([5'157.75 - 1894.12] \times 100 : 5'157.75 = 63.28\%)$  63% (pce 102).

#### **D.**

Par projet de décision du 3 février 2011 l'OAIE informa l'assuré qu'il était résulté de l'examen de la révision du droit à la rente que sur la base de la nouvelle documentation médicale sa capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé, comme par exemple surveillant de parking / musée, vendeur de billets, standardiste / téléphoniste, saisie de données / scannage, serait exigible et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité. Il souligna que selon le dernier rapport E 213 il n'avait plus de douleurs marquées et que sa mobilité était très bonne et indiqua qu'en conséquence la rente entière payée jusqu'alors devrait être remplacée par trois quarts de rente (pce 103).

L'intéressé s'opposa à ce projet par acte du 25 février 2011 faisant valoir un état de santé plus grave que celui retenu et conclut à une invalidité supérieure à 70%. Il indiqua avoir subi un infarctus du myocarde et ne pouvoir exercer un travail même léger avec rendement et responsabilité et releva qu'il fallait tenir compte qu'en Espagne les personnes atteintes dans leur santé comme lui étaient de façon générale reconnues valides et aptes au travail, au risque d'une péjoration de leur état de santé, afin que l'Etat n'ait pas de pension à verser (pce 104). Il joignit à son envoi:

- un rapport médical daté du 17 février 2011 signé du Dr G. \_\_\_\_\_ faisant état des atteintes connues et indiquant une incapacité de travail,
- un rapport radiologique de la colonne lombo-sacrée du 22 janvier 2009 faisant état d'une discrète hypertrophie de l'arc postérieur au niveau L5-S1 sans autre altération,
- un rapport radiologique de la colonne cervicale daté du 18 mars 2010 faisant état d'une inversion de la lordose physiologique cervicale, de discopathie en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec petite ostéophyte postérieure, de sténose modérée en C5-C6,

- un rapport orthopédique daté du 23 février 2011 signé du Dr H.\_\_\_\_\_ faisant état des atteintes vertébrales connues.

Invité à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, le Dr F.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 12 mars 2011 nota que les documents faisaient état d'une liste d'atteintes à la colonne vertébrale sans qu'il puisse être déduites de limitations. Il nota que l'assuré relevait que son infarctus était le motif de son aggravation de santé mais que de son avis une activité légère adaptée était possible à mi-temps. Il nota qu'en novembre 2009 et en août 2010 le status cardiologique était asymptomatique. Il maintint sa prise de position antérieure (pce 106).

#### **E.**

Par décision du 11 avril 2011 l'OAIE réduisit la rente entière de l'intéressé à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010 [recte: 2011; cf. pce 107, 110] pour les motifs évoqués dans son projet de décision précisant que la documentation médicale produite en procédure d'audition n'était pas de nature à modifier le bien-fondé du projet, celle-ci confirmait les atteintes existantes mais n'apportait pas d'élément nouveau (pce 108).

#### **F.**

L'intéressé interjeta recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans par acte du 10 mai 2011. Il conclut au maintien de sa rente entière. Il fit valoir que le rapport E 213 n'était pas conforme à la réalité, preuve en était la réponse de l'examineur à la question de savoir si sa capacité de travail pouvait s'améliorer et qui avait indiqué qu'il n'était pas possible de répondre. Il indiqua que son infarctus du myocarde n'avait pas été pris en compte, que les médecins du SERGAS avaient exposé qu'il souffrait de douleurs continues, que ses épisodes récurrents d'altérations sensitives et moteur de l'hémisphère droit n'avaient pas été retenues. Il indiqua être disposé à se soumettre à des examens en Suisse et joignit à son recours une documentation déjà au dossier, relevant que le Service de Santé publique de son pays avait indiqué qu'il ne pouvait pas travailler (pce TAF 1).

Par réponse au recours du 18 juillet 2011, l'OAIE fit valoir une amélioration de l'état de santé du recourant tant sur le plan orthopédique que psychique depuis la dernière révision du droit à la rente. Il indiqua que selon son service médical l'intéressé pouvait reprendre une activité légère à 50% et que la documentation médicale produite en cours d'audition ne permettait pas de revenir sur cette appréciation dont il découlait un taux d'invalidité de 63% après comparaison de revenus avant et après invalidi-

té ouvrant le droit à trois quarts de rente justifiant une diminution de la rente avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2011 (pce TAF 3).

Par réplique du 29 juillet 2011 l'intéressé maintint son recours soulignant que son état de santé non seulement ne s'était pas amélioré mais s'était dégradé suite à son infarctus, n'étant pas en mesure de travailler avec rendement et responsabilité toute une journée. Il joignit à son envoi un rapport médical daté du 1<sup>er</sup> août 2011 signé du Dr G.\_\_\_\_\_ faisant état de ses atteintes à la santé connues d'ordre somatique sans autres appréciations (pce TAF 6).

Par duplique du 24 août 2011 l'OAIE indiqua confirmer sa détermination, la réplique produite n'ayant pas apporté d'élément nouveau selon l'avis de son service médical du 17 août 2011. Dans ce dernier le Dr F.\_\_\_\_\_ indiqua que l'examen clinique était plus chargé que dans l'énoncé des pathologies du rapport E 213 du 30 novembre 2010 mais que cela s'inscrivait dans le cadre normal fluctuant des troubles de santé. Il nota qu'il n'y avait pas de modification significative sur le plan des données radiologiques ni de pathologie psychique significative, alors que tel était le cas lors de la demande de rente. Il indiqua qu'il doutait que les douleurs soient intenses car l'intéressé devait prendre une médication casuelle comme cela ressortait de la documentation médicale (pce TAF 8).

Invité à se déterminer sur la duplique, le recourant maintint par acte du 22 septembre 2011 son recours relevant que le rapport E 213 n'était pas objectif et qu'il n'avait été vu que 4 minutes par un médecin généraliste. Il indiqua recourir contre la mauvaise constatation de son état de santé, base de la décision dont est recours, et compte tenu de l'aggravation de son état de santé (pce TAF 11).

#### **G.**

Par décision incidente du 11 octobre 2011 le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de 400 francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 12-14).

#### **H.**

Par ordonnance du 26 avril 2012, le Tribunal de céans indiqua au recourant qu'il était envisagé d'annuler la décision entreprise du 11 avril 2011, par laquelle l'autorité inférieure avait remplacé la rente entière octroyée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1994 par trois quarts dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin que celle-ci procède à une instruction complémentaire dans le sens des considérants,

notamment au sujet des mesures de réintégration sur le marché du travail et prenne une nouvelle décision. À la même occasion, le Tribunal invita le recourant à se prononcer sur la suite qu'il entendait réserver à la présente procédure, en particulier, à communiquer s'il souhaitait retirer son recours.

Par courrier du 10 mai 2012, le recourant confirma le maintien de son recours.

## **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.** Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 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, dans les formes requises par la loi et l'avance de frais ayant été effectuée dans le délai imparti, en l'occurrence dans le délai imparti pour produire les justificatifs de la demande d'assistance judiciaire (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

**2.1.** 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) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2.** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

**2.3.** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

L'objet du litige selon la décision attaquée du 11 avril 2011 est le bien-fondé, suite à la révision du droit à la rente initiée en août 2010, de la réduction à trois quarts de rente avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2011 de la rente entière d'invalidité perçue par l'intéressé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1994, par communication initiale du 11 avril 1996 de l'OAI-VD, au motif d'une amélioration significative de son état de santé.

### **4.**

**4.1.** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.2.** 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 suisses et de l'Union 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 à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## 5.

**5.1.** 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.

**5.2.** 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]).

**5.3.** 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. 88<sup>bis</sup> 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.

**5.4.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

**5.5.** Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). Une simple communication à l'assuré clôturant un tel examen de fond est toutefois mise sur le même pied qu'une décision entrée en force pour ce qui est du moment de la comparaison (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2009 du 14 août 2009).

**5.6.** En l'espèce, la reconduction de la rente entière par communication du 10 octobre 2006 de l'OAI-VD est la base de comparaison avec la décision de réduction à trois quarts de rente du 11 avril 2011 de l'OAIE. La communication du 10 octobre 2006 fut motivée par un status inchangé depuis la communication du 5 décembre 2001. Dans le cadre de cette révision le Dr C. \_\_\_\_\_ indiqua dans un rapport du 1<sup>er</sup> août 2006 le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après fracture-tassement de D11, de discopathie L5-S1 et, souligné, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il nota un status s'aggravant, un suivi avec "seuil bas", un patient ayant peu de ressources installé dans des douleurs chroniques, un handicap dépressogène avec pronostic mauvais en terme de recouvrement d'une quelconque capacité de travail.

## **6.**

**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, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre

l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

**6.2.** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

## 7.

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

**7.2.** Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des

doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

## **8.**

**8.1.** En l'espèce, il est manifeste qu'à comparer, d'une part, le status médical retenu lors de la reconduction de la rente par communication du 10 octobre 2006 selon le rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> août 2006 avec, d'autre part, notamment, le rapport E 213 du 30 novembre 2010 et le rapport psychiatrique de la Dresse E.\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2010 qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré peut être retenue malgré entre temps la survenance d'un infarctus. Le status cardiologique n'est en effet pas décrit comme invalidant dans la dernière documentation médicale fournie. Par ailleurs l'intéressé selon le rapport E 213 n'est pas limité au niveau des membres supérieurs et inférieurs dans une mesure importante au point qu'il ne puisse effectuer des travaux au moins légers. Le rapport E 213 relève même la possibilité d'un travail adapté de type moyen.

**8.2.** Toutefois l'intéressé a été initialement mis au bénéfice d'une rente entière pour des raisons psychiatriques en 1996 et un status psychiatrique en relation avec un trouble somatoforme invalidant a encore été retenu en 2006. Le Dr C.\_\_\_\_\_ indiqua que le patient avait peu de ressources et était installé dans des douleurs chroniques que son handicap était dépressogène avec un mauvais pronostic en terme de recouvrement d'une quelconque capacité de travail. Dans cette constellation il appert que le bref rapport psychiatrique de la Dresse E.\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2010 (pce 97) paraît ténu d'autant qu'il ne peut être apprécié avec les conclusions d'un rapport sur la réelle possibilité de réinsertion professionnelle de l'assuré dont le déconditionnement au travail peut être devenu pathologique vu son âge, son manque de ressource relevé tant lors de l'octroi de la rente que lors de la dernière révision en 2006 et le fait qu'il a bénéficié d'une rente entière depuis plus de 15 ans. Or, un rapport psychiatrique approfondi manque en l'espèce.

En outre, il convient de rappeler que selon la jurisprudence un statut d'invalidé de plus de 15 ans à un âge de 55 ans et plus nécessite de valider la capacité de travail résiduelle nouvellement déterminée sur le plan médico-théorique car le fait qu'un assuré puisse présenter dans les conditions décrites d'âge et de rente un important déconditionnement au travail doit être pris en compte et ne peut simplement être ignoré. Sa prise en compte doit cependant relever d'un état pathologique et non uniquement

réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2, 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.2. et 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2<sup>ème</sup> éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_254/2011 consid. 7.1.2.1), à moins justement d'un déconditionnement pathologique grave.

Il s'ensuit que la décision attaquée ayant réduit à trois quart la rente allouée dès le 1<sup>er</sup> juin 2010, vu le maintien du recours (cf. ATF 137 V 314), que celle-ci doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle examine la réalité de la capacité de travail résiduelle de 50% nouvellement établie au regard également des conclusions d'un rapport psychiatrique substantiel et qu'elle rende ensuite une nouvelle décision.

## **9.**

**9.1.** Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

**9.2.** N'étant pas représenté et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, le recourant n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [RS 173. 320.2]).

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 11 avril 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 8.2.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais fournie de 400 francs est restituée au recourant.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 :