



Cour III
C-4536/2012

Arrêt du 29 août 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Daniel Stufetti, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
FR-68190 Ensisheim,
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 8 août 2012).

Faits :**A.**

Par décision du 6 novembre 2007 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), A._____, né en 1955, ressortissant français, anciennement ouvrier d'exploitation d'une entreprise de transport et logistique jusqu'en 2002, fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2005 pour un taux d'invalidité de 70% (pce 102). Cette décision fut prise sur la base du rapport d'expertise de la Clinique romande de réadaptation du 31 juillet 2007 (pce 59) et du rapport final SMR Rhône du 31 août 2007 ayant retenu le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et les diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail de modifications gênantes de la personnalité à traits émotionnellement labiles, type impulsif, polyneuropathie diabétique, lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire, conflit sous-acromial bilatéral, atteintes induisant une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. Le rapport SMR indiqua une échéance habituelle pour la révision du droit à la rente avec un rapport E 213 et un rapport psychiatrique détaillé (pce 97). Le rapport d'expertise mentionna en particulier (p. 13 s.):

"On peut (...), sur le plan somatique, retenir plusieurs éléments objectifs: des troubles dégénératifs du rachis lombaire prédominant sur les articulaires postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1, des troubles dégénératifs des genoux prédominant à droite avec un kyste poplité, une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs dans le cadre d'un diabète non insulinorequérant, des séquelles sensitives d'un syndrome du canal carpien bilatéral opéré en 2004, des troubles dégénératifs discrets des épaules avec remaniement des acromions compatibles avec un conflit sous-acromial bilatéral chronique. (...). Bien que tous les experts s'accordent sur l'impression d'authenticité qui se dégage lors de l'examen de l'assuré, les pathologies mentionnées ci-dessus ne peuvent expliquer la généralisation du syndrome douloureux, sa résistance à tous les traitements proposés et l'importance de la gêne fonctionnelle subjective qui est majeure.

(...)

Le tableau actuel, du point de vue psychiatrique, est celui d'un épisode dépressif moyen, avec comme critère une importante baisse de l'estime de soi avec des idées de ruine, un pessimisme face à l'avenir, des idées auto-agressives récurrentes de manière ponctuelle, ainsi qu'une perturbation importante du sommeil avec un réveil très précoce. D'autre part, le tableau dépressif contribue certainement à une exacerbation du vécu douloureux qui (...) est congruent avec les troubles dégénératifs objectifs. D'autre part, dans le tableau actuel, on relève une exacerbation de traits de personnalité émotionnellement labile, dont en particulier une impulsivité marquée et une labilité thymique. Ainsi (...) chez un assuré authentique et chez lequel on ne relè-

ve aucune tentative pour faire suspecter de la simulation, [on retient] un trouble dépressif et des singularités de personnalité qui ont valeur invalidante: en effet, les ressources psychiques adaptatives pour un réinvestissement professionnel, s'ajoutant aux difficultés physiques sont insuffisantes et paraissent dépassées de manière probablement définitive"

B.

En date du 8 juillet 2011 l'OAIE initia une révision du droit à la rente de l'assuré et porta notamment au dossier les documents ci-après:

- Le questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 21 juillet 2011 n'indiquant pas de reprise d'activité lucrative depuis le 12 janvier 2006 (pce 108),
- Un rapport de radiographies de l'épaule gauche et du rachis cervical daté du 8 décembre 2009 n'indiquant pas de lésion ostéo-articulaire et notant un rachis cervical sans anomalie (pce 114),
- Un rapport d'arthrographie et de scanner de l'épaule gauche daté du 17 décembre 2009 mentionnant une tendinopathie de la coiffe évoluée avec une rupture complète du tendon du sus épineux, une rupture partielle de la face articulaire du sous épineux et des zones de clivage étendues, une rupture partielle du sous scapulaire, une tendinopathie du long biceps au niveau de la zone de réfection, une amyotrophie prédominant sur le sus épineux (pce 115),
- Un rapport d'IRM du genou droit daté du 6 août 2010 faisant état d'anomalies dégénératives, d'ostéochondropathie patellaire, d'un épanchement intra-articulaire d'abondance modérée (pce 116),
- Un rapport de séjour de réadaptation du 5 au 25 octobre 2010 post ostéotomie tibiale du 27 septembre 2009 pour gonarthrose (pce 117),
- Une note de bon suivi post ostéotomie du Dr B._____, traumatologie et orthopédie, daté du 30 mai 2011 (pce 122),
- Un rapport de radiographie de la colonne lombaire et du bassin daté du 9 juin 2011 faisant état de lombarthrose basse, de discopathie L5-S1, de trouble de la statique dans le plan frontal, de bascule du bassin vers la gauche d'env. 13mm, d'aspect normal des hanches et des articulations sacro iliaques (pce 123),
- Un rapport d'examen scanographique lombaire daté du 21 juin 2011 faisant état de lombarthrose étagée et arthrose inter-apophysaire pos-

térieure étagée, de discopathie dégénérative L5-S1 sans véritable phénomène herniaire (pce 124),

- Un rapport d'électrophysiologie du 25 juillet 2011 du Dr C. _____ relatant des douleurs diffuses dans les membres inférieurs et concluant à une probable atteinte radiculaire chronique S1 bilatérale et à une neuropathie sensitive axonale frustrée sans évolution (pce 126),
- Un certificat médical du Dr D. _____ attestant d'un suivi depuis plusieurs années pour des pathologies rachidiennes et polyarticulaires, relevant une lombarthrose prononcée avec une petite hernie discale L5-S1 latéralisée vers la gauche et une importante arthrose articulaire postérieure hypertrophique (pce 127),
- Une attestation de suivi psychologique régulier depuis mars 2005, datée du 20 octobre 2011, de M. E. _____, psychologue (pce 128),
- Un rapport E 213 du Dr F. _____, daté par la Caisse de compensation le 5 décembre 2011, notant un status de 178cm/118kg, indiquant une humeur stable avec épisode d'irritabilité, un arrêt du suivi psychiatrique en octobre 2010, un rachis douloureux à la palpation, une mobilité des épaules alléguée franchement douloureuse avec limitation dans toutes les activités physiques, un examen des membres inférieurs dans les limites de la norme avec gonalgies à gauche, une force et un tonus musculaire normal, une marche avec gêne à gauche et à droite mais possible sur les talons et pointes des pieds, une dysesthésie des membres inférieurs, posant le diagnostic de lombalgies invalidantes sur arthrose et discopathie lombaires, de gonalgies sur arthrose bilatérale, de scapulalgies sur rupture de la coiffe des rotateurs à gauche, indiquant un status détérioré par rapport à l'examen précédent, notant une inaptitude à tout travail y compris sur écran pour cause de lombalgies invalidantes sans amélioration possible de l'état de santé (pce 130),
- Une sollicitation d'un rapport psychiatrique par l'OAIE datée du 21 décembre 2011 à l'organe de coordination français (pce 132).

C.

Invité à se déterminer sur la base de la documentation médicale précitée sans rapport psychiatrique, le Dr G. _____ du SMR Rhône rendit sa prise de position datée du 30 mars 2012. Dans celle-ci il retint les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de modifications gè-

nantes de la personnalité à traits émotionnellement labiles, type impulsif, polyneuropathie diabétique, rachialgies chroniques en présence de troubles dégénératifs, tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il indiqua les limitations fonctionnelles générales d'exclusion de travail en hauteur, sur sol instable, en flexion ou rotation du tronc, en élévation des épaules, en position accroupie, de port de charges de plus de 10kg, de travaux lourds et indiqua une résistance au stress diminuée. Il nota une incapacité de travail totale inchangée dans la dernière activité et une capacité de travail entière dès le 5 octobre (date de l'examen du rapport E 213) dans une activité adaptée vu l'absence de pathologie psychiatrique. Sur le plan physique il releva qu'il n'y avait pas de progression significative des troubles dégénératifs du rachis et que ceux-ci n'entraînaient pas de limitation fonctionnelle objective significative, il releva qu'il n'y avait pas de hernie discale avérée ni de déficit neurologique. Il nota que le problème des épaules avait évolué à gauche vers une franche tendinopathie de la coiffe des rotateurs entraînant des douleurs lors de certains mouvements mais non une diminution de la mobilité. Il releva que le rapport E 213 indiquait des membres inférieurs dans les limites de la normale. Sur le plan psychique il indiqua que le rapport E 213 mentionnait une humeur stable sans plainte d'ordre psychique, que le suivi psychiatrique avait été stoppé en octobre 2010 et que seule était poursuivie une consultation psychologique sans mention de sa fréquence. En conclusion il retint la possibilité d'une activité à plein temps adaptée sans diminution de rendement soulignant que les pièces au dossier ne faisaient pas mention de plaintes psychiques ni d'anomalies pouvant faire suspecter une atteinte à la santé psychique significative. Il releva dès lors une amélioration de l'état de santé consistant en la disparition de l'état dépressif qui au moment de l'octroi de la rente justifiait une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux problèmes physiques de l'assuré. Au titre des activités adaptées il se reporta à celles retenues en 2007 (cf. pce 97), soit celles de surveillant de parking / musée, magasinier / gestion des stocks, vente par correspondance / téléphone / internet, vendeur en général, réparation de petits appareils / articles domestiques, caissier, vendeur de billets, enregistrement / classement / archivage, distribution de courrier interne, accueil / réceptionniste, standardiste / téléphoniste, saisie de données / scannage (pce 135).

D.

Sur la base de l'avis SMR précité, l'OAIE établit en date du 1^{er} mai 2012 une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré dont il résulta une perte de gain de 29% dès le 5 octobre 2011 (pce 136).

E.

Par projet de décision du 3 mai 2012 l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de son dossier une amélioration de son état de santé depuis le 5 octobre 2011. Il indiqua qu'en effet sur le plan psychiatrique la documentation produite pour la révision n'indiquait pas de diagnostic psychiatrique actuel, qu'il n'y avait pas de psychopharmacothérapie ni de prise en charge psychiatrique en cours et que de plus aucun document n'indiquait de plainte psychique ni d'anomalie pouvant faire suspecter une atteinte à la santé psychique significative, ce qui était par ailleurs confirmé dans le rapport E 213 du Dr F. _____ du 5 octobre 2011 ne faisant pas mention de pathologie psychiatrique. Il releva qu'il y avait en l'occurrence une amélioration de l'état de santé consistant en la disparition de l'état dépressif qui au moment de la rente avait justifié une incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses problèmes physiques. Il nota par contre qu'au niveau rhumatologique les rachialgies chroniques et la présence de troubles dégénératifs perduraient, de même que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'OAIE retint celles énoncées dans le rapport du Dr G. _____ du SMR et indiqua qu'il en résultait une diminution de la capacité de gain de 29% dans le cadre d'une activité adaptée par rapport à sa capacité de gain dans son ancienne activité, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité ensuite de la révision du droit à la rente, laquelle devait dès lors entraîner sa suppression (pce 137).

F.

L'intéressé s'opposa à ce projet par acte du 26 juin 2012. Il fit valoir ne plus exercer d'activité professionnelle depuis juin 2002 en raison de son état de santé. Il indiqua un état de santé aggravé et être suivi sur le plan psychiatrique depuis des années par le Dr H. _____ et M. E. _____, psychologue, suivre un traitement médicamenteux conséquent pour la dépression, l'anxiété et ses autres atteintes depuis 2006. Il joignit à son opposition la liste de ses médicaments établie par le Dr I. _____ en date du 14 juin 2012, une note du Dr I. _____ de même date faisant état d'un suivi psychiatrique depuis 2006 avec médication indiquant que la mention "absence de pathologie psychiatrique et absence de psychopharmacothérapie" était erronée et un certificat du Dr H. _____ daté du 21 juin 2012 mentionnant un suivi psychiatrique régulier de janvier 2006 à septembre 2007 ayant fait suite à un séjour en milieu psychiatrique (pces 138-142).

Invité à se déterminer sur cette nouvelle documentation médicale, le Dr G. _____, dans son rapport du 19 juillet 2012, indiqua que celle-ci ne modifiait pas sa prise de position du 30 mars 2012. Il nota que la médica-

tion d'antidépresseur datait du 14 juin 2012 pour un mois non renouvelable, qu'une ordonnance au dossier du 27 mars 2012 ne contenait pas d'antidépresseur et que le certificat du Dr H. _____ du 21 juin 2012 attestait d'un suivi de janvier 2006 à septembre 2007. Il releva que la documentation produite en procédure d'audition confirmait l'absence de suivi psychiatrique spécialisé actuel comme cela ressortait du rapport médical E 213 ayant indiqué une humeur stable et n'ayant pas mentionné de plaintes pouvant faire retenir un syndrome dépressif atteignant le seuil diagnostique d'un épisode dépressif caractérisé selon F32 [Episode dépressif] ou F33 [Trouble dépressif récurrent] de la référence CIM10 (pce 144).

G.

Par décision du 8 août 2012 l'OAIE supprima la rente de l'intéressé avec effet au 1^{er} octobre 2012 pour les motifs énoncés dans le projet de décision et précisa que la documentation médicale jointe en procédure d'audition confirmait l'absence actuelle de suivi psychiatrique depuis octobre 2010, qu'elle documentait une prescription d'antidépresseur depuis le 14 juin 2012 mais pas avant et qu'une telle prescription ne disait par ailleurs rien de l'état de santé d'une personne, qu'au contraire le rapport médical E 213 du 5 octobre 2010 indiquait une humeur stable sans description d'une symptomatologie psychique pouvant faire retenir un syndrome dépressif atteignant le seuil diagnostique d'un épisode dépressif caractérisé selon F32 ou F33 de la CIM10 (pce 146).

H.

Contre cette décision l'intéressé interjeta recours par une photocopie de son écrit du 30 août 2012 auprès du Tribunal de céans. Il fit valoir ses atteintes à la santé, être au bénéfice d'une reconnaissance d'ALD (Affection de longue durée) prononcée par le CPAL de Colmar pour dépression grave depuis le 10 décembre 2012 renouvelée le 5 juillet 2012 pour valoir jusqu'au 5 juillet 2017. Il conclut implicitement au maintien de sa rente. Il joignit une documentation médicale déjà au dossier (pce TAF 1).

Requis par ordonnance du 4 septembre 2012 de régulariser son recours (pce TAF 2), l'intéressé, représenté par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, y donna suite le 16 septembre suivant et conclut à nouveau au maintien de sa rente d'invalidité eu égard aux rapports médicaux produits faisant état d'une pathologie dégénérative multiple et d'une dégradation physique et psychique de sa personne. Il joignit un bref certificat médical du Dr D. _____ du 3 septembre 2012 attestant d'un suivi et indiquant une pathologie dégénérative multiple rendant ses déplacements pédestres prolongés difficiles (pces TAF 3).

I.

Par réponse au recours du 27 novembre 2012, l'OAIE reprit la motivation de la décision attaquée et indiqua qu'en phases d'audition et de recours l'intéressé n'avait pas apporté d'élément nouveau susceptible de modifier la prise de position établie par son service médical le 30 mars 2012. Il retint qu'en l'occurrence l'assuré présentait une amélioration de son état de santé depuis le 5 octobre 2010 lui permettant d'exercer une activité légère à 100% et que l'évaluation de son préjudice économique, compte tenu d'un abattement encore de 20% sur les revenus de substitution, était de 29%, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (pce TAF 5). Par correspondance du 7 décembre 2012 le recourant, par son mandataire, indiqua n'avoir pas d'élément à formuler en réplique (pce TAF 8).

J.

Invité par décision incidente du 12 décembre 2012 à effectuer une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, le recourant versa sur le compte du Tribunal de céans un montant de 478.10 francs dans le délai imparti (pces TAF 9-11).

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), 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 prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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^{bis} 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), et l'avance de frais de procédure requise ayant été effectuée, le recours est recevable.

2.

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision attaquée du 8 août 2012 ayant supprimé à compter du 1^{er} octobre 2012 la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} mai 2005 au motif d'une amélioration de santé depuis le 5 octobre 2010 lui permettant de reprendre une activité adaptée à 100%.

3.

3.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références), 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).

3.2 Au niveau du droit international, 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^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont applicables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes

auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 – auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 – contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

3.3 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.4 Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent application, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

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. 1 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 taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

5.2 Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tri-

bunal fédéral 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; VALTERIO, op. cit., n° 3060).

5.3 La révision du droit à la rente 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]). La révision intervient également d'office périodiquement.

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; VALTERIO, op. cit., n° 3063). 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 et I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

5.5 Le Tribunal fédéral a 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 taux d'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).

5.6 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 interrup-

tion notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

6.

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.

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).

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.).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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). 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 (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 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 pro-

bante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.

8.1 Dans le cadre de l'octroi de la rente par décision du 6 novembre 2007 il a été reconnu sur le plan physique des atteintes touchant le rachis lombaire, les articulations, le genou gauche, une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs dans le cadre d'un diabète non insulino-requérant, des séquelles sensitives d'un syndrome du canal carpien bilatéral, des troubles dégénératifs discrets des épaules compatibles avec un conflit sous acromial bilatéral chronique, des douleurs et une gêne fonctionnelle subjective majeure qui ont toutefois été appréciées fort élevées au vu des atteintes objectives chez un sujet ayant donné une impression d'authenticité. Par ailleurs sur le plan psychiatrique il a été retenu un épisode dépressif moyen dont les critères du tableau dépressif contribuaient certainement à une exacerbation du vécu douloureux chez une personne ayant une exacerbation de traits de personnalité émotionnellement labile dont en particulier une impulsivité marquée et une labilité thymique. Sur cette base les experts et le service médical de l'AI avaient conclu à des ressources psychiques adaptatives pour un réinvestissement professionnel insuffisantes et dépassées et avaient retenu une capacité de travail résiduelle de 30% dans une activité adaptée. En fait la rente d'invalidité avait été octroyée non seulement en raison des atteintes physiques, qui selon les experts empêchaient l'intéressé d'exercer son travail d'ouvrier mais auraient permis l'exercice d'une activité adaptée à 100%, mais aussi en raison des troubles psychiatriques qui selon eux réduisaient la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 70%.

8.2 Dans le cadre de la présente révision du droit à la rente il appert du rapport E 213 du Dr F._____, établi fin 2011 à une date non déterminée, un status d'inaptitude à tout travail pour des atteintes essentiellement somatiques sans amélioration possible de l'état de santé, dont notamment une mobilité des épaules alléguée franchement douloureuse, des lombalgies invalidantes chez une personne présentant une obésité morbide, une humeur stable avec épisode d'irritabilité dont le suivi psychiatrique a été arrêté en octobre 2010. M. E._____, psychologue, a attesté en date du 20 octobre 2011 d'un suivi régulier depuis mars 2005 et l'intéressé a été mis au bénéfice d'une reconnaissance d'affection de longue durée depuis le 10 décembre 2012 prononcée par le CPAL de Colmar pour dépression grave. Cette dernière date est ultérieure à la dé-

cision rendue de l'OAIE mais il n'est pas exclu que l'intéressé ait été sensiblement atteint dans sa santé psychique bien antérieurement.

8.3 Il s'ensuit des constatations précitées et du fait que l'intéressé a été mis initialement au bénéfice d'une rente entière aussi pour des raisons psychiatriques que la décision entreprise de suppression de rente ne pouvait être prise sans une expertise psychiatrique confirmant l'amélioration de l'état de santé et la possibilité d'une réintégration réelle du marché du travail et non seulement médico-théorique. Il n'est en effet pas exclu que l'intéressé puisse être d'une santé psychiatrique stabilisée mais fragile au vu notamment de ses atteintes somatiques dont il y a lieu d'apprécier l'incidence sur son status psychique. D'ailleurs, l'autorité inférieure a sollicité à plusieurs reprises mais sans résultat la production d'un rapport psychiatrique (voir notamment les courriers des 8 juillet et 21 décembre 2011 [pces 106, 131 et 132], ainsi que la note interne au médecin de l'OAIE du 6 mars 2012 [pce 134]). Sans rapport psychiatrique, l'avis du Dr G. _____ du SMR du 30 mars 2012 notant des atteintes somatiques invalidantes et relevant un status psychiatrique amélioré ne peut fonder la suppression de rente. La cause doit donc être renvoyée à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle requière un rapport psychiatrique et rende sur sa base une nouvelle décision non sans avoir examiné la réelle capacité de l'assuré de réintégrer le marché du travail au taux de capacité de travail résiduel retenu (cf. consid. 5.2 ci-dessus).

9.

9.1 Le recourant ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). Son avance de frais de 478.10 francs lui est remboursée.

Le recourant ayant initialement agi seul et s'étant fait ensuite représenter en cours de procédure sans que son mandant n'ait dans la présente cause déployé une activité substantielle, il lui est accordé une équitable indemnité de 400.- francs 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]) compte tenu de l'issue du recours et du travail effectué par le représentant.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 8 août 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du consid. 8.3.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais versée de 478.10 francs est restituée au recourant.

3. Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 400.- francs à charge de l'autorité inférieure.

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 :