



---

Cour III  
C-550/2010

## Arrêt du 26 août 2011

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Johannes Frölicher, Francesco Parrino, juges,  
Audrey Bieler, greffière.

---

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

Révision de rente AI (décision du 22 décembre 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol, né en 1952, sans formation (trois années d'école primaire), a travaillé en Suisse comme aide de cuisine, puis dans une entreprise de nettoyage entre 1970 et 2002, années pendant lesquelles il s'est acquitté des cotisations à l'assurance vieillesse et invalidité obligatoires (AVS/AI; OAIE pce 20). Le 21 septembre 2001, l'assuré glisse sur son lieu de travail en nettoyant le sol d'un centre commercial, ce qui lui occasionne à terme des douleurs persistantes au pied droit. Il développe au talon droit une talalgie sur aponévrosite plantaire pour laquelle il subit, le 26 novembre 2002, une névrectomie ainsi qu'une exostosectomie (OAIE pces 1 à 4, 15 et 18).

**B.**

Le 24 septembre 2002, A.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité de la République et du canton de Genève (ci-après: l'OCAI-GE; OAIE pces 5 et 6). Au cours de l'instruction, sont notamment produits au dossier les documents suivants:

- un rapport médical du 14 octobre 2002, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, diagnostiquant chez l'assuré une talalgie sur aponévrosite plantaire avec petit kyste dans l'espace articulaire tibio-tarsien, ainsi qu'une obésité légère, un état dépressif modéré depuis 1998 et une possible maladie alcoolique de longue date. Ce praticien déclare l'assuré totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de nettoyeur et estime que ce dernier conserve des capacités fonctionnelles résiduelles en position assise, sans alternance, sans parcours à pied de plus de 50 mètres et sans port de charge (OAIE pces 13 à 15).
- un rapport opératoire du 26 novembre 2002, établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, posant le diagnostic de névralgie du talon droit et d'exostose plantaire symptomatique. Le chirurgien fait état d'une névrectomie et exostosectomie du talon droit effectuée le 21 novembre 2002 (OAIE pce 18).
- un rapport d'uretroscopie du 10 avril 2003, établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, urologue, concluant à l'absence de sténose urétrale chez l'assuré (OAIE pce 19).
- une note du service médical régional Léman (SMR), daté du 5 mars 2003, signé par le Dr E.\_\_\_\_\_, relevant l'apparition de nouveaux

problèmes de santé. Il demande que le médecin traitant se prononce à nouveau et joigne les rapports des spécialistes concernant les nouvelles affections dont souffre l'assuré (OAIE pce 21).

- un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 5 mars 2003, établi par l'OCAI-GE, estimant que des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables pour le moment étant donné que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé. Selon l'office AI cantonal, l'instruction médicale est à compléter étant donné l'apparition de nouveaux problèmes de santé (OAIE pce 27).
- un rapport médical du 30 avril 2003, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, constatant chez l'assuré la présence de douleurs au niveau des talgies et l'apparition d'un état dépressif réactionnel avec troubles thymiques importants pour lequel il est traité par antidépresseurs et Xanax. Il fait état d'une discrète aggravation de l'état de santé de l'assuré et déclare celui-ci incapable de travailler dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeur ou dans une autre activité adaptée, notamment en raison de sa formation scolaire rudimentaire (OAIE pces 28 et 29).
- une note du SMR du 26 mai 2003, signé par le Dr E.\_\_\_\_\_, déclarant l'assuré incapable de travailler à 100% en raison de douleurs persistantes suite à son opération (OAIE pce 30).

### **C.**

Par décision du 9 juillet 2003, A.\_\_\_\_\_ obtient une rente entière d'invalidité dès le 8 février 2003 (OAIE pce 33).

### **D.**

Par communication du 30 août 2004, l'OCAI-GE maintient la rente d'invalidité complète de l'assuré lors d'une première révision d'office (OAIE pces 47 et 48), en se basant sur les documents suivants:

- un rapport médical du 9 mai 2004 par le Dr D.\_\_\_\_\_, urologue, indiquant que l'assuré a subi le 6 octobre 2003 une incision cervico-prostatique pour des troubles mictionnels sur une petite prostate très obstructive au col, sans amélioration notable pour ce dernier. Le praticien relève que l'assuré pouvait présenter soit une sténose urétrale post-résection, soit des adhérences de la loge prostatique ou des lobes obstructifs. Il indique que le patient n'a pas désiré bénéficier

d'un examen diagnostique dans l'immédiat et a préféré partir en vacances pour quelques mois (OAIE pce 40).

- un rapport médical intermédiaire du 28 juin 2004, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, indiquant que l'état de santé de l'assuré est inchangé et déclarant celui-ci toujours incapable de travailler en raison de l'association de multiples plaintes somatiques de l'appareil locomoteur et d'un état dépressif. En effet, ce praticien relève chez l'assuré des douleurs lombaires et talalgiques importantes limitant ses déplacements, ainsi que la présence d'un état dépressif restreignant dans une large mesure les activités de l'assuré. Il ressort toutefois de ce rapport que le traitement aux psychotropes a été stoppé (OAIE pce 44).

#### **E.**

Le 30 juin 2008, l'assuré retourne vivre en Espagne. Le dossier est alors transmis à l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE; OAIE pces 53 à 56).

#### **F.**

Dans le cadre d'une nouvelle révision d'office entreprise le 1<sup>er</sup> août 2008 (OAIE pce 57), l'OAIE produit les documents suivants:

- deux rapports médicaux des 23 janvier et 17 mars 2009, établis par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, proposant un examen approfondi de l'état de santé de l'assuré au niveau rhumatologique et psychiatrique en Suisse. Il avance que, lors de l'octroi de la rente et de la première révision, on a peut-être accordé trop d'importance aux plaintes subjectives de l'assuré (OAIE pces 58 et 60).
- une expertise psychiatrique du 23 juin 2009, établie par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Sion, indiquant que l'assuré ne présente plus de symptômes dépressifs atteignant le seuil diagnostique d'un trouble affectif vrai, ni aucun trouble de la personnalité ou autre trouble anxieux. En outre, il relève que l'intéressé ne présente pas les symptômes cardinaux de la dépression (tristesse, fatigue et perte d'intérêt permanent) et récuse tout idée suicidaire. Il considère que celui-ci est capable de travailler à 100% d'un point de vue psychiatrique (OAIE pce 75).
- une expertise rhumatologique du 6 juillet 2009, établie par la Dresse H.\_\_\_\_\_ du bureau romand d'expertises médicales

(BREM), diagnostiquant chez l'assuré un status après névrectomie et exostosectomie sur une aponévrosite plantaire, ainsi qu'une ébauche d'épine calcanéenne et un petit kyste synovial de l'espace articulaire tibio-tarsien. En outre, elle mentionne un status après incision cervicoprostatique. La praticienne conclut toutefois que l'assuré ne présente pas d'affection médicale justifiant une incapacité de travail de longue durée et ce depuis 2002. En effet, elle considère que les troubles initiaux de l'assuré étaient bénins et susceptibles de s'améliorer et que des éléments non médicaux ont contribué à enliser une situation d'incapacité de travail. Lors de l'examen clinique, elle constate que l'appareil locomoteur est normal et que l'assuré ne présente pas de signe d'une sous-utilisation de la cheville ou du pied droit. Selon la praticienne, les troubles initiaux sont guéris. Elle constate que, sans avoir pu bénéficier préalablement d'un programme de remise en forme, de reconditionnement musculaire et de reconditionnement au travail, l'assuré ne peut plus monter en toute sécurité sur une échelle, ni porter des charges supérieures à 10 kg de manière répétée ou travailler à genoux de manière prolongée (OAIE pce 79).

#### **G.**

Le 9 juillet 2009, l'assuré produit deux rapports médicaux des 19 février et 4 mai 2009, établis par le Dr I.\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de X.\_\_\_\_\_, diagnostiquant une maladie dégénérative axiale et périphérique, une sténose du canal lombaire et une claudication d'origine neurologique, une talagie, un syndrome anxio-dépressif et une lombalgie chronique. Le médecin considère l'assuré complètement incapable de travailler en raison des douleurs dont il se plaint (OAIE pces 74, 80, 82 et 83).

#### **H.**

Dans sa prise de position du 28 juillet 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, constate que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré en se basant sur les rapports psychiatriques et rhumatologiques des 23 juin et 6 juillet 2009, estimant ces derniers comme ayant une plus grande valeur probante, car plus récents et mieux documentés que les rapports médicaux des 19 janvier et 4 mai 2009 établis par le médecin espagnol. Il conclut à une incapacité de travail de 70% de l'assuré dans son activité habituelle de nettoyeur en raison de l'impossibilité d'exiger des mesures professionnelles ou un reconditionnement physique de ce dernier. Toutefois, il considère celui-ci capable d'exercer à temps complet une activité légère de substitution, soit comme surveillant de

parking/musée, caissier, vendeur de billet ou employé de scannage de données (OAIE pce 84).

**I.**

Par projet de décision du 21 septembre 2009, l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré au motif que les nouveaux documents médicaux indiquent que l'exercice d'une activité lucrative plus légère adaptée à son état de santé est exigible à 100% et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (OAIE pces 85 et 86).

**J.**

Par opposition du 21 octobre 2009, l'assuré souligne qu'il est dans l'incapacité de travailler depuis l'octroi de sa rente et qu'il ne peut pas faire preuve de la rentabilité nécessaire sur le marché du travail pour être engagé par un tiers, qu'il ne reçoit en outre aucune aide ou rente espagnole du fait qu'il a toujours travaillé en Suisse. Il demande une prolongation de délai pour déposer un certificat médical supplémentaire concernant ses problèmes psychiatriques et joint à ses observations un rapport médical du 19 février 2009, établi par le Dr I.\_\_\_\_\_, indiquant que l'assuré devrait porter un corset, voir éventuellement subir une opération en raison d'une sténose du canal lombaire (certificat déjà produit le 9 juillet 2009; cf. sous point G.; OAIE pces 89 et 90).

**K.**

Dans son rapport médical du 5 décembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE indique que les symptômes décrits par le Dr I.\_\_\_\_\_ ne limitent pas la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans les activités de substitution mentionnées dans sa dernière prise de position (OAIE pce 84) et conclut que les observations de l'assuré ne sont pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision de l'OAIE (OAIE pce 94).

**L.**

Par décision de révision du 22 décembre 2009, l'OAIE supprime la rente d'invalidité de l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2010. L'OAIE retient une diminution de sa capacité de gain de 21% dès le 17 juin 2009 (OAIE pces 85 et 96).

**M.**

Le 27 janvier 2010, A.\_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) et conclut à

l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'au maintien de sa rente entière d'invalidité. Il relève qu'il ne reçoit aucune prestation espagnole, ayant toujours travaillé et cotisé en Suisse. Il souligne que son état de santé s'est petit à petit détérioré, que sa maladie étant dégénérative, il ne lui est pas possible de récupérer une capacité de travail suffisante sur le marché du travail espagnol. L'assuré avance que la détérioration de son état de santé a aggravé son état anxio-dépressif et joint à son recours un rapport médical du 18 décembre 2009, signé par le Dr J.\_\_\_\_\_, du service psychiatrique de l'hôpital de X.\_\_\_\_\_. Ce médecin diagnostique chez le recourant un épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques et prescrit un traitement par antidépresseurs et anxiolytiques (TAF pce 1).

**N.**

Invité à se prononcer sur les nouvelles pièces produites par l'assuré en procédure de recours, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, dans une nouvelle prise de position du 13 avril 2010, remet en cause la valeur probante du rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_ et mentionne que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ effectuée en Suisse devraient être retenues. Il estime que les symptômes constatés par le Dr J.\_\_\_\_\_ chez le recourant (tristesse, isolement social, apathie, anhédonie, perte de confiance en soi, difficultés de concentration, pensées de mort, anxiété avec oppression, et insomnie) ne justifient pas à eux seuls le diagnostic d'épisode dépressif majeur grave, aucune indication de temps n'étant donnée par le Dr J.\_\_\_\_\_. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, il s'agit de retenir uniquement une maladie intercurrente dans le cadre d'une amélioration importante de l'état de santé de l'assuré dès le 17 juin 2009 (OAIE pces 103 et 104).

**O.**

Par réponse du 22 avril 2010, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se basant principalement sur les expertises rhumatologiques et psychiatriques des 23 juin et 6 juillet 2009, ainsi que sur la dernière prise de position de son service médical, datée du 13 avril 2010 (TAF pce 3).

**P.**

Par décision incidente du 29 avril 2010, le Tribunal transmet la réponse de l'autorité intimée au recourant et fixe un délai de 30 jours à ce dernier pour verser une avance de frais de procédure de 300.--, ainsi que pour déposer une éventuelle réplique (TAF pce 6).

**Q.**

Le 11 mai 2010, le recourant s'acquitte dans le délai imparti de l'avance de frais réclamée (TAF pce 8).

**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 1er janvier 2007, le Tribunal, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2.** Conformément à 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**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 (TAF pce 1) et le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais (TAF pce 8), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

**2.**

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux

griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

### **3.**

**3.1.** 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 1er 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.

**3.2.** 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.

**3.3.** 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. 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.

**3.4.** 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).

#### **4.**

**4.1.** L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 22 décembre 2009, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause.

Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les révisions d'offices suite à une modification de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI.

**4.2.** Il sied à ce stade de souligner que la date de la décision attaquée marque en principe la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). La documentation médicale postérieure à cette date ne peut donc être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant la date de la décision attaquée.

#### **5.**

**5.1.** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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

**5.2.** Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI).

## **6.**

**6.1.** 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.

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]).

**6.2.** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**6.3.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

## 7.

**7.1.** 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 généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

**7.2.** En l'occurrence, le recourant, par décision du 9 juillet 2003, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 8 février 2003. Par communication du 30 août 2004, cette rente a été maintenue lors d'une première révision d'office. Or, selon la jurisprudence, une communication a valeur d'une décision entrée en force uniquement si l'autorité a procédé à un examen médical approfondi lors de l'instruction (ATF 133 V 108, consid. 5.4., arrêt du TF du 25 janvier 2011 9C\_882/2010 consid. 3.1.; TAF C-2911/2009).

En l'espèce, l'OCAI-GE a maintenu la rente entière de l'assuré en se basant uniquement sur un rapport médical du 28 juin 2004, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré. Ce rapport indique un état de santé inchangé sur le plan somatique et psychiatrique mais mentionne que le traitement aux antidépresseurs et anxiolytiques a été stoppé. Il ne ressort pas du dossier que l'office cantonal ait soumis le cas au SMR. En tout état de cause, le Tribunal ne peut pas retenir qu'un examen médical approfondi a eu lieu lors de la première révision de rente en 2004.

Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale, soit le 9 juillet 2003 et ceux qui ont existé jusqu'au 22 décembre 2009, date de la décision querellée.

## 8.

**8.1.** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique et économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité

suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique 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).

**8.2.** Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin 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 115 V 133, consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

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

**8.4.** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

**9.**

En l'espèce, par décision du 9 juillet 2003, l'OCAI-GE a octroyé à A.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité dès le 8 février 2003 en raison d'une talalgie sur apronévrosite plantaire avec petit kyste dans l'espace articulaire tibio-tarsien, ainsi qu'un état dépressif réactionnel avec trouble thymique important. L'assuré était alors traité par antidépresseurs et anxiolytiques.

Le médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, considère que l'assuré a une capacité résiduelle de travail en position assise sans alternance, sans parcours à pieds de plus de 50 mètres et sans port de charge. Cependant, il déclare l'assuré totalement incapable de travailler dans une activité de substitution en raison des talalgies très importantes et de la "formation très frustrée" de l'assuré (rapport médical du 30 avril 2003; OAIE pces 28 et 29). Sur proposition du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, deux expertises - psychiatriques et rhumatologiques - sont effectuées lors de la révision d'office entreprise en août 2008.

**10.**

**10.1.** D'un point de vue psychiatrique, il ressort de l'expertise du 23 juin 2009, établie par le Dr G.\_\_\_\_\_, que l'assuré ne présente plus de symptômes dépressifs et qu'il est totalement capable de travailler d'un point de vue psychiatrique (OAIE pce 58 et 60). En outre, le psychiatre relève que l'assuré se dit soucieux et nerveux, mais que celui-ci récuse les symptômes cardinaux de la dépression, ainsi que toute idée suicidaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ relève qu'il peut être raisonnablement exigé de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle à temps complet, au vu de l'absence de pathologie psychiatrique significative. Il estime qu'il paraît quasiment certain qu'il n'y avait pas de trouble dépressif incapacitant tant en 2002 qu'en août 2004. Selon lui, s'il y avait des arguments pour une pathologie affective en 2003, ce trouble est allé vers la rémission déjà en 2004, sachant qu'il n'y avait alors plus de médication psychotrope.

En procédure de recours, le recourant produit un rapport médical du 18 décembre 2009, établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, du service psychiatrique de l'hôpital de X.\_\_\_\_\_, indiquant chez l'assuré un épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques.

**10.2.** L'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, ne contient pas

d'incohérence et aboutit à des conclusions claires et motivées. Il n'y a, partant, aucune raison de ne pas y accorder foi. En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

**10.3.** Le rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ est certes plus récent que l'expertise du 23 juin 2009 établie par le Dr G. \_\_\_\_\_, cependant il est extrêmement succinct (une page). Il apparaît que l'assuré a été envoyé pour une première consultation psychiatrique par son médecin traitant auprès du Dr J. \_\_\_\_\_ qui, en se basant sur un bref examen clinique, diagnostique un épisode dépressif grave. Bien qu'il estime que le pronostic de l'assuré soit mauvais en raison des troubles somatiques dont il souffre et de son âge, il ne décrit ni les antécédents de l'assuré, ni l'origine des symptômes dépressifs ou leur évolution. Par contre, le rapport psychiatrique du Dr G. \_\_\_\_\_ est très circonstancié (15 pages) et prend en compte l'historique psychiatrique complet de l'assuré ainsi que son évolution.

Par ailleurs, dans sa dernière prise de position, le Dr F. \_\_\_\_\_, relève que l'assuré ne présente pas de symptômes psychotiques et que le diagnostic de dépression majeure grave n'est pas objectivement fondé, ni situé dans le temps. Il estime qu'il s'agit d'une maladie intercurrente s'inscrivant dans le cadre d'une nette amélioration de la santé de l'assuré (OAIE pce 104).

Enfin, il sied de souligner que la pathologie psychiatrique a toujours été au second plan dans le cas présent et ne permet pas à elle seule de déclarer l'assuré incapable de travailler. En effet, même le Dr J. \_\_\_\_\_ déclare l'assuré en incapacité de travail en raison de la combinaison des symptômes dépressifs, de l'âge de l'assuré et de ces troubles somatiques.

**10.4.** Par conséquent, le Tribunal estime que l'expertise du 23 juin 2009 a plus de valeur probante que le certificat médical établi par le médecin traitant espagnol du recourant et rejoint le Dr F. \_\_\_\_\_ de l'OAIE lorsqu'il déclare que la santé de l'assuré s'est nettement améliorée et que celui-ci est apte à travailler à 100% dans tout type d'activité.

**11.**

**11.1.** D'un point de vue rhumatologique, il ressort de l'expertise du 6 juillet 2009, établie par la Dresse H. \_\_\_\_\_, que les troubles initiaux sont guéris et qu'aucune affection médicale ne justifie une incapacité de travail de longue durée et ce depuis 2002. Elle déclare l'assuré capable de travailler dans des activités ne nécessitant pas de monter sur un échelle, ni de porter des charges supérieures à 10 kg de manière répétée ou de travailler à genoux de manière prolongée et ce en raison du déconditionnement de l'assuré dû à un arrêt de travail prolongé et à un mode de vie sédentaire (OAIE pce 79).

Quant au recourant, il produit deux rapports médicaux, datés des 19 février et du 4 mai 2009, établis par le Dr I. \_\_\_\_\_ du service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de X. \_\_\_\_\_, lui diagnostiquant en sus de la talagie et des problèmes de dépression, une maladie dégénérative axiale et périphérique, une sténose du canal lombaire, une claudication d'origine neurologique, ainsi qu'une lombalgie chronique. Ce médecin conseil le port d'un corset et déclare l'assuré totalement incapable de travailler (OAIE pces 80 et 82).

Selon le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, même si l'on retient le diagnostic de douleurs lombaires et de sténose du canal lombaire, nécessitant le port d'un corset, l'assuré reste capable de travailler à 100% dans des activités de substitution adaptées. Ce médecin maintient que l'état de santé du recourant s'est fondamentalement amélioré depuis le 17 juin 2009. Il avance que les problèmes lombaires du recourant ne limitent pas sa capacité de travail en position assise dans des activités de substitution adaptées et que l'épisode dépressif ne doit être considéré que comme une maladie intercurrente non définie dans le temps par le médecin espagnol (OAIE pces 84, 94 et 104).

**11.2.** D'un point de vue somatique et rhumatologique, il sied de relever que l'expertise de la Dresse H. \_\_\_\_\_ est plus récente et que le rapport médical du Dr I. \_\_\_\_\_ produit par le recourant. Lors de l'expertise entreprise en Suisse, un examen clinique du recourant très complet a été effectué. Le médecin conclut que l'assuré ne souffre d'aucune affection médicale justifiant une incapacité de travail de longue durée. La praticienne relève en outre que l'assuré mène une vie normale de "retraité", que les douleurs en regard du dos et des membres inférieurs décrites par l'assuré sont peu précises et que, lors du descriptif de sa vie quotidienne, l'assuré ne mentionne pas de handicap ou de gêne

particulière. Selon ce médecin, l'examen de l'appareil locomoteur est normal. Elle estime que, sur le plan de la talalgie, l'assuré est guéri et que cette affection ne limite plus sa marche. Elle relève que l'assuré n'éprouve aucune motivation à travailler et considère qu'il a subi un déconditionnement en raison de son arrêt de travail prolongé.

**11.3.** Selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). De plus, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

**11.4.** L'expertise rhumatologique repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, et aboutit à un résultat cohérent et motivé. Quant au Dr I.\_\_\_\_\_, il déclare l'assuré totalement incapable de travailler uniquement en raison des plaintes subjectives de celui-ci, sans autres indications objectives, notamment une description des capacités fonctionnelles de l'assuré.

Par ailleurs, selon la jurisprudence, le fait que le recourant ne puisse mettre en valeur sa capacité de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329, consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité.

**11.5.** Partant, il n'y a aucune raison de s'écarter de l'expertise rhumatologique établie par la Dresse H.\_\_\_\_\_ et le Tribunal retient que, d'un point de vue rhumatologique, l'assuré conserve une capacité de travail entière dans des activités de substitution adaptées, ne nécessitant pas de monter sur un échelle, ni de porter des charges supérieures à 10 kg de manière répétée ou de travailler à genoux de manière prolongée.

**12.**

Eu égard à tout ce qui précède, le Tribunal se doit de retenir que le recourant retrouve une capacité de travail entière dans une activité de substitution adaptée à son état de santé depuis le 17 juin 2009 et rejoint le médecin de l'OAIE dans ses prises de position médicales des 28 juillet 2009, 5 décembre 2009 et 13 avril 2010.

**13.**

**13.1.** Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

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

**13.3.** La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

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

#### **14.**

**14.1.** *In casu*, l'assuré a cessé toute activité professionnelle dès le 7 février 2002 suite à un accident de travail dans son activité de nettoyeur. Pour définir le salaire avant invalidité, il faut donc se référer aux revenus concrètement perçus par l'intéressé au moment de la survenance de l'incapacité, indexés jusqu'à 2009, à savoir au jour de la décision attaquée. Selon le questionnaire rempli par son dernier employeur, le revenu annuel moyen que le recourant percevait (ou aurait dû percevoir) en 2002 s'élève à Fr. 49'776.-- (OAIE pce 20). Il convient d'indexer ce montant à l'année 2009 par l'indice des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2010 (Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, indices des prix à la consommation). Le salaire annuel sans invalidité du recourant est ainsi de Fr. 55'003.-- ( $[49'776. \times 2136] / 1933$ ), soit un salaire mensuel de Fr. 4'583.50.--.

**14.2.** Les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE exigibles à 100%, ne nécessitant pas de monter sur une échelle, ni de porter des charges supérieures à 10 kg de manière répétée ou de travailler à genoux de manière prolongée, sont des activités de surveillance, de caissier, de vendeur de billet ou de scannage de données (OAIE pces 79 et 84).

Dès lors, afin de déterminer le salaire après invalidité, il sied de se baser sur le salaire moyen d'un ouvrier effectuant des activités simples et répétitives, ne nécessitant pas de connaissances spécifiques, dans le domaine de services collectifs et personnels, dans le commerce de détail, ainsi que dans des activités administratives simples. Selon l'ESS 2008, table TA1, niveau 4, il en résulte un salaire mensuel moyen de Fr. 4'439.-- pour 40h/semaine ( $[4'291.-- + 4'436.-- + 4'591.] / 3$ ). Ce montant indexé à 2009 selon les tables B 9.2 et B 10.2 de la Vie économique (Revue de politique économique 5-2011), il en résulte un salaire invalide de Fr. 4'532.-- pour 40h/semaine, soit de Fr. 4'724.-- pour 41.7h/semaine, (temps de travail hebdomadaire moyen en 2009, toutes professions confondues).

**14.3.** Eu égard à l'âge de l'assuré au moment de la décision contestée (57 ans) et à son handicap laissant place à des activités de substitution légères, le Tribunal considère que l'on peut suivre l'OAIE en appliquant au salaire d'invalide un taux de réduction de 20%, l'abaissement maximal admis par la jurisprudence étant de 25% (ATF 126 V 75). Ainsi, le salaire invalide de A. \_\_\_\_\_ se monte à Fr. 3'779.-- par mois.

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 4'610.50 au revenu invalide mensuel de Fr. 3'779.--, fait apparaître un préjudice économique de 17.55 % ( $((4'583.50 - 3'779) \times 100) / 4'583.50$ ), taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

**14.4.** Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131).

Il convient notamment de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence

et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

**14.5.** Au vu de ce qui précède, le recours du 27 janvier 2010 doit être rejeté et la décision du 22 décembre 2009 de l'autorité intimée confirmée.

**15.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée.

**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.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

**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 :