



Cour III
C-5525/2011

Arrêt du 15 mai 2013

Composition

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

Parties

A. _____, veuve de feu **B.** _____,
représentée par le Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
recourante,

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 1^{er} septembre 2011.

Faits :**A.**

B._____, ressortissant français frontalier, né le [...] 1952, électromécanicien de formation, a travaillé en Suisse de 1978 à 2005, cotisant à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 3 et 4). L'assuré a notamment travaillé en tant que dépanneur d'ascenseurs à temps plein d'avril 1985 à décembre 2004. Dès janvier 2005, B._____ subit de nombreuses et courtes périodes d'incapacité de travail suite à ses problèmes lombaires, ce jusqu'au mois de septembre 2007, date à laquelle il cesse toute activité professionnelle en raison de son état de santé (pces 5, 7, 29 et 48, p. 2).

B.

B.a Le 10 février 2006, B._____ dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office d'assurance-invalidité du canton de Bâle-Ville (ci-après: l'OCAI-BS) en raison de troubles du rachis lombaire apparus dès l'an 2000 et en raison d'antécédents de fracture des deux pieds suite à un accident du travail survenu en 1987 (pces 1 et 3); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- des résultats de scanner du rachis lombaire du 4 janvier 2006 indiquant que l'assuré souffre de lombo-sciatalgies, plus particulièrement de hernie discale médiane et para-médiane gauche, s'étendant au foramen gauche refoulant dans la face antérieure du fourreau dural (en L4-L5) et comprimant la gaine radiculaire L5-S1 gauche, ainsi que de petits débords discaux médians en L3-L4 et L4-L5 (pce 3, p. 13);
- un échange de courrier entre la Dresse C._____, médecin traitant, et d'autres médecins spécialistes, dont il ressort que l'assuré - qui se plaint de dorso-sciatalgies - a été opéré avec succès le 7 janvier 2005 pour une hernie discale postéro-médiane droite. En outre, après une récurrence de lombo-sciatalgie gauche en juin 2005, attribuée à une fibrose post opératoire postéro latérale gauche en L4-L5, il est brièvement hospitalisé en raison d'une nouvelle récurrence douloureuse d'une sciatique à droite en janvier 2006; il est alors fait mention d'une compression modérée de la racine L5 droite et d'une discopathie L4-L5 évoluée (pce 7, pp. 5 à 9);
- un questionnaire à l'employeur, rempli en février 2006, dont il ressort que l'assuré a travaillé depuis le 9 avril 1985 en tant que technicien

de service dans le domaine des ascenseurs, 40 heures par semaine, pour un salaire en 2005 de Fr. 5'235.-- (+ 3'300.-- de bonus; pce 5, pp. 1 à 3);

- un rapport médical du 29 février 2006 de la Dresse C._____, médecin traitant, indiquant que l'assuré souffre de hernie discale en L4-L5 depuis le mois de janvier 2005, opérée le 7 janvier 2005 avec récurrence en 2006; la praticienne déclare l'intéressé dans l'incapacité totale de travailler dans son activité habituelle en raison de dorso-lombalgies chroniques nécessitant des changements de position fréquents (pce 7, pp. 1 à 4).

B.b Dans une appréciation médicale du 14 février 2006, le Dr D._____, chirurgien de l'agence médicale X._____, mandatée par l'assurance-maladie de l'assuré, examine l'intéressé en octobre 2005 et diagnostique un syndrome douloureux chronique lombo-spondylogène avec des symptômes de frottement senso-radicaire et un status après opération d'une hernie discale L4-L5 à droite en janvier 2005, ainsi qu'un status après opération du ménisque droit en 2003. Le médecin indique que l'assuré ne peut pas surcharger sa colonne lombaire et ne peut porter les poids (50 kg) nécessaires à son activité de monteur d'ascenseurs; une incapacité de travail de 50% lui est dès lors reconnue dans son activité habituelle (pce 16).

B.c Dans une expertise pluridisciplinaire du 22 janvier 2007, les Drs E._____, (médecin généraliste), F._____, (rhumatologue) et G._____, (psychiatre et psychothérapeute), reprennent l'historique médical de l'assuré, procèdent aux différentes anamnèses et diagnostiquent principalement chez l'intéressé un syndrome lombo-vertébral chronique avec irradiation pseudo-radicaire particulièrement à droite, ainsi qu'une réaction dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation (ICD-10:F43.21) avec suspicion de trouble somatoforme douloureux. L'expert psychiatre ne retient pas d'invalidité à ce titre. L'assuré, après avoir été opéré en janvier 2005 pour une hernie discale en L4-L5 à droite et en août 2006 pour récurrence à gauche avec compression de la racine L5, est décrit comme étant dans un bon état général, malgré des douleurs discogènes importantes irradiantes dans les deux jambes. L'expert rhumatologique observe chez l'assuré des douleurs au niveau de la colonne lombaire, des jambes et des talons empêchant celui-ci de marcher plus d'une heure, ainsi qu'une douleur distale lombaire intense limitant fortement la mobilisation dans tous les sens de sa colonne lombaire. Les médecins retiennent dès lors chez

B._____ une incapacité totale de travail dans tout type d'activité en raison de ses troubles rhumatologiques, et depuis le 10 octobre 2005, ce malgré une courte période d'amélioration où l'intéressé a retrouvé une capacité de travail partielle, à savoir 30% depuis le 30 mai 2005 et 50% depuis le 20 juin 2005 (pce 15).

B.d Par projet de décision du 2 juillet 2007, confirmé par décision du 17 septembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) octroie à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2005 sur la base d'un taux d'invalidité de 93% (pces 18 et 22).

C.

En juillet 2008, l'OCAI-BS entame une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assuré (pces 28 ss); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical intermédiaire du 13 novembre 2007 de la Dresse C._____, dont il ressort que l'assuré souffre de lombosciatalgies sur hernie discale L4-L5, opérées à plusieurs reprises, entraînant des douleurs gérables grâce aux antalgiques/infiltrations locales et des limitations dans les activités nécessitant une position debout ou assise prolongée et une impossibilité totale d'effectuer des efforts de manutention (pce 25);
- un certificat médical du 6 décembre 2007 du Dr H._____, rhumatologue, attestant avoir examiné l'assuré en avril 2007 pour une lombo-sciatalgie droite traitée par infiltration en L4-L5 (pce 26, p. 1);
- un rapport médical du 31 décembre 2007 du même médecin, faisant état de traitement par infiltration et antidouleurs (pce 26, p. 2);
- deux rapports médicaux des 2 et 25 juin 2008 du Dr I._____, chirurgien du rachis, indiquant que l'assuré souffre de lombalgies importantes et de discopathie au niveau L4-L5 et que celui-ci présente un déficit de l'extenseur du gros orteil bilatéral et discret côté à M4, un point de Valleix douloureux bilatéral, ainsi qu'un début d'arthrose articulaire postérieure et un débord discal global sans véritable récurrence de hernie discale rétrécissant néanmoins le récessus droit et gauche et se situant en contact des racines L5. Le médecin indique qu'une opération par ostéosynthèse-arthrodèse

postérieure entre L4 et L5 associée à un recalibrage et une libération radiculaire de L5 est à prévoir (pce 34, pp. 3 et 4);

- un questionnaire de révision de la rente rempli le 8 août 2008 par l'assuré qui déclare que son état de santé s'est détérioré dès janvier 2008, car nécessitant une nouvelle opération pour une arthrodèse dans les mois à venir (pce 28);
- un rapport hospitalier du 23 décembre 2008 du service de chirurgie du rachis, indiquant que l'assuré a été opéré pour une discopathie en L4-L5 le 14 novembre 2008 par arthrodèse et recalibrage, entraînant une amélioration de son état de santé; toutefois, le médecin atteste d'une incapacité de travail entière de l'assuré jusqu'à la fin du mois de février 2009 et conseille une réévaluation après consolidation (pce 37);
- un rapport médical du 19 mars 2009 du même service indiquant que l'état de santé de l'assuré, traité par kinésithérapie s'améliore et que celui-ci est apte à reprendre une activité physique modérée (pce 41);
- un rapport médical du 7 avril 2009 du Dr I._____ indiquant que l'assuré, trois mois après son ostéosynthèse-arthrodèse L4-L5 associée à un recalibrage, présente une évolution tout à fait satisfaisante (greffe consolidée) et est apte à reprendre progressivement des activités physiques (pce 44, p. 2);
- un rapport médical du 18 août 2009 de la Dresse C._____, qui, reprenant les diagnostics déjà évoqués et mentionnant un diabète de type II insulino-dépendant, indique que l'assuré a été hospitalisé en novembre 2008 et déclare celui-ci en incapacité totale de travail dans son activité habituelle étant donné qu'il ne peut pas effectuer des travaux de manutention (pce 45);
- un second questionnaire de révision rempli par l'assuré le 12 avril 2010, par lequel l'assuré indique que son état de santé ne s'est pas modifié, ajoutant souffrir de diabète depuis 3 ans (pce 49);
- un rapport médical de la Dresse C._____, non daté, reçu par l'OCAI-BS le 17 mai 2010, indiquant que l'assuré a été opéré à trois reprises d'une hernie discale L4-L5 entraînant des douleurs chroniques traitées par antalgiques en continu. La praticienne estime que l'intéressé est incapable d'effectuer des mouvements de

soulèvement, ou de tenir une position assise ou debout prolongée et ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle (pce 50);

- un rapport médical du 27 juillet 2010 du Dr I._____, indiquant que l'évolution de l'état de santé de l'assuré en décembre 2009, soit à un an de l'arthrodèse, était tout à fait favorable, celle-ci étant solide selon les radiographies; le médecin note qu'alors l'assuré présentait une persistance partielle de l'amyotrophie du mollet gauche, malgré une bonne récupération de force au niveau du triceps sural (pce 51).

D.

Dans une expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2010 (pce 55), les Drs E._____ (médecin généraliste), F._____ (rhumatologue) et G._____ (psychiatre et psychothérapeute), remarquent que du point de vue rhumatologique l'état de santé de l'assuré s'est amélioré suite à sa dernière opération en novembre 2008 de telle manière qu'ils lui reconnaissent une incapacité de travail de 70% dans son activité habituelle, ainsi qu'en raison de son besoin accru de faire des pauses, une incapacité de travail de 20% dans des activités de substitution légères, sans surcharge de la colonne lombaire, sans port de poids de plus de 5 kg et ce depuis le mois de décembre 2010; toutefois, en raison de sa longue absence du monde du travail, les médecins estiment que durant les trois premiers mois une incapacité de travail de 50% peut encore être admise (pce 55, pp. 27, 28 et 32). L'assuré lui-même constate une amélioration de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles, ce malgré la persistance de perte de sensation au niveau des mollets et de douleurs localisées avec irradiation distale dans les cuisses latérales proximales (pce 55, pp. 8, 13 et 31). Le médecin attribue la perte de sensation au niveau des mollets à une poly-neuropathie périphérique due au diabète de l'assuré et les douleurs au niveau des cuisses à une péri-arthropathie des hanches des deux côtés et à un syndrome piriforme plus prononcé à droite (pce 55, pp. 31 à 33). D'un point de vue psychique, l'expert fait également état de sentiments dépressifs et d'envies de suicide chez l'assuré; cet état dépressif se manifeste uniquement la nuit lors d'insomnies fréquentes en raison des douleurs de l'assuré. Dès lors, l'expert psychiatre, relevant une légère amélioration par rapport à la dernière expertise au niveau de la capacité de modulation affective et de la vitalité, retient le diagnostic non invalidant d'épisode dépressif léger, en excluant cette fois-ci la présence d'un trouble somatoforme douloureux. L'assuré mentionne avoir suivi une séance de psychothérapie deux ans auparavant, qui ne lui a rien apporté (pce 55, pp. 36 et 38).

E.

Dans une prise de position du 29 décembre 2010, la Dresse J._____, du "Regionaler ärztlicher Dienst" (RAD), au vu de la nette amélioration clinique des douleurs dorsales de l'assuré ressortant de la nouvelle expertise pluridisciplinaire, en reprend les conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré, estimant que celles-ci sont corroborées par les rapports des médecins traitants faisant également état d'une amélioration de l'état de santé et de la possibilité pour celui-ci de reprendre des activités physiques progressives depuis mars 2009 (pce 56).

F.

Par projet de décision du 27 avril 2011, l'OCAI-BS propose la suppression du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité, eu égard à sa capacité de travail de 50% dès novembre 2010 et de 80% dès janvier 2011 dans des activités adaptées légères, par exemple des activités de surveillance, de contrôle, de tri ou dans des activités simples de montage ou d'entreposage. En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité de l'assuré, l'autorité inférieure retient un taux d'invalidité de 36%, taux insuffisant pour permettre l'octroi de prestations AI (pce 57).

G.

Par opposition du 11 mai 2011 (pce 59), B._____ indique qu'il subira le 19 mai 2011 une opération du coude pour une décompression du nerf cubital auprès du service orthopédique du Centre Hospitalier Y._____ et s'oppose à la suppression de sa rente entière d'invalidité invoquant des douleurs qui l'obligent à prendre une forte médication; il joint plusieurs attestations des Drs K._____, psychiatre, et C._____, médecin généraliste, mentionnant des arrêts de travail, et ce depuis le 7 juin 2011, ainsi qu'un rapport médical du 26 juillet 2011 de ce dernier médecin, dont il ressort que l'assuré est totalement incapable de travailler en raison des diagnostics déjà connus, celui-ci ne pouvant tenir la position debout/assise prolongée ou fournir des efforts de soulèvement et disposant d'un périmètre de marche de 500 mètres. Est également versé en cause un rapport médical du 20 juin 2011 de la Dresse L._____, chirurgienne de la main, laquelle indique que l'état de santé de l'assuré s'améliore et une évolution favorable de la symptomatologie douloureuse à droite, toutefois sans indication qu'une opération ait eu lieu (pces 62 à 68).

H.

Dans une prise de position du 8 août 2011, la Dresse J._____,

médecin du RAD, retient que l'opération subie par l'assuré au niveau du coude n'a pas entraîné de limitation durable et, se basant sur les conclusions de l'expertise effectuée en novembre 2010, rejette l'appréciation de la Dresse C._____ selon laquelle l'assuré est totalement incapable de travailler en raison de ses troubles dorso-lombaires (pce 69).

I.

Par décision du 1^{er} septembre 2011, l'OAIE supprime le droit à la rente de l'assuré dès la fin du mois suivant la notification, au motif d'une amélioration de son état de santé, entraînant un degré d'invalidité de 36%, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité, rejetant pour le surplus les arguments amenés en procédure d'opposition (pce 73, pp. 4 à 6).

J.

Le 12 septembre 2011, B._____, par l'intermédiaire de son représentant Maître Flory, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant implicitement au maintien de sa rente entière d'invalidité. L'intéressé conteste le taux d'invalidité retenu par l'autorité inférieure, arguant être en incapacité de travail et devoir subir une hospitalisation le 22 septembre 2011 pour une nouvelle opération orthopédique non spécifiée. À cet égard, il verse en cause un avis d'arrêt de travail du Dr K._____ attestant de son incapacité de travail entière du 29 août 2011 au 30 septembre 2011, ainsi que plusieurs documents hospitaliers en prévision de l'opération susmentionnée auprès du service orthopédique du Centre Hospitalier Y._____ (TAF pce 1).

K.

Le 28 septembre 2011, l'assuré transmet à l'autorité inférieure un avis d'arrêt de travail du 22 septembre 2011 établi par la Dresse L._____, attestant de son incapacité pour une période allant du 22 septembre 2011 au 6 novembre 2011, ainsi que plusieurs avis d'arrêt de travail du Dr K._____ le déclarant incapable de travailler du 28 juin au 31 octobre 2011 (pce 74).

L.

Par courrier du 4 octobre 2011, B._____ transmet plusieurs pièces à l'OAIE, entre autre, un certificat médical du 27 septembre 2011 de la Dresse L._____, chirurgienne de la main, qui atteste que l'intéressé a subi plusieurs interventions en lien avec un syndrome du canal carpien

bilatéral évolué au stade sensitivo-moteur 3 à l'EMG, à savoir une intervention de neurolyse du nerf médian au canal carpien gauche et cure de pouce gauche le 21 octobre 2010, ainsi qu'une intervention de neurolyse du nerf médian au canal carpien droit le 22 septembre 2011. Par ailleurs, la chirurgienne mentionne une intervention de neurolyse du nerf cubital au coude gauche réalisée le 19 mai 2011 pour un syndrome de compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne gauche (TAF pce 15).

M.

Par courrier du 2 décembre 2011, l'OAIE informe le Tribunal du décès de B._____ le 16 novembre 2011 et lui transmet pour compétence un courrier du 3 novembre 2011 du représentant de B._____, accompagné d'une prolongation d'avis d'arrêt de travail jusqu'au 30 novembre 2011 établi par le Dr K._____ (TAF pce 3).

N.

Par réponse du 2 décembre 2011, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant pour le surplus à la prise de position du 25 novembre 2011 de l'OCAI-BS, dont il ressort que d'un point de vue psychique, les avis d'arrêt de travail du Dr K._____, par trop succinct et imprécis, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions ressortant de l'expertise pluridisciplinaire; s'agissant de l'opération orthopédique du 19 mai 2011 annoncé par l'assuré en procédure d'audition, il ressort du bref rapport de la chirurgienne de la main, la Dresse L._____, que les symptômes douloureux de l'assuré au niveau du bras droit s'améliorent et que celui-ci présente un bon pronostic; en outre, l'Office cantonal souligne que l'opération n'est pas mentionnée par le médecin traitant la Dresse C._____. Ainsi, l'avis du médecin du RAD peut être suivi, à savoir que cette opération au niveau du coude, si elle a bien eu lieu, n'a pas entraîné d'incapacité durable de travail. Quant à l'opération prévue le 22 septembre 2011, l'Office cantonal souligne qu'elle intervient après la décision entreprise et que l'opération d'un syndrome du tunnel carpien s'étant déroulée sans complications, celle-ci n'entraînera vraisemblablement pas d'incapacité de travail durable (TAF pce 4).

O.

Par ordonnance du 12 décembre 2011, le Tribunal invite le recourant à déposer une réplique dans les 30 jours dès réception en 2 exemplaires et accompagnée des moyens de preuve correspondants (TAF pce 5).

P.

Par courrier du 10 avril 2012, l'autorité inférieure transmet au Tribunal une copie de l'acte de décès de B._____ délivré le 18 novembre 2011 (TAF pce 6).

Q.

Par courrier du 25 avril 2012, le Tribunal invite Maître Flory, représentant du défunt recourant, à communiquer un certificat d'hérédité, une détermination de chaque héritier quant au maintien de la procédure ou à son retrait, ainsi qu'en cas de continuation de la procédure, une communication signée des héritiers avec l'indication d'un représentant (TAF pces 7 à 9).

R.

Par courriers des 1^{er} et 21 juin 2012, la veuve du recourant, A._____, transmet au Tribunal une procuration en bonne et due forme autorisant Maître Flory à la représenter dans le cadre de la présente affaire et indique maintenir la procédure en cours. L'intéressée produit en outre un certificat collectif d'héritier du 18 mai 2012 attestant qu'elle a été instituée légataire universelle pour la totalité de la succession de son défunt mari (TAF pces 10 et 11).

S.

Par décision incidente du 19 décembre 2012, notifiée le 28 décembre 2012, le Tribunal invite la recourante à verser dans les 30 jours dès réception une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-, montant dont celle-ci s'est acquitté le 21 janvier 2013 (TAF pces 12 à 14).

T.

Par courrier du 2 avril 2013, sur demande, l'OAIE transmet au Tribunal de céans une copie du courrier du représentant de l'assuré du 4 octobre 2011 et des pièces annexées, notamment un certificat médical du 27 septembre 2011 de la Dresse L._____ attestant de trois hospitalisations de l'assuré en 2010 et 2011 en lien avec une symptomatologie de syndrome du tunnel carpien bilatéral et de compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne gauche. Par ailleurs, l'autorité intimée transmet également les documents en sa possession concernant le décès de l'assuré, notamment une note téléphonique dont il ressort que l'assuré, très dépressif, aurait mis fin à ses jours (TAF pce 15).

Droit :**1.**

1.1 En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

1.2 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

2.

2.1 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

2.2 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. La veuve de B._____, A._____, représentée par Me Flury, héritière unique ayant repris la procédure entamée par l'intéressé de son vivant, ces conditions sont remplies en l'espèce (TAF pces 10 et 11).

2.3 Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. 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. Zürich 1998 n. 677).

4.

B. _____ est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109. 268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une

rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

5.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en juillet 2008, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de ladite loi en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012.

6.

6.1 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).

6.2 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 de l'ALCP, 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 à partir du 1^{er} 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).

7.

7.1 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.

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).

8.

8.1 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.

8.2 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.).

8.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.4 Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à

l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

9.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 1^{er} septembre 2011 (pce 73, pp. 4 à 6), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait B._____ depuis le 1^{er} décembre 2005 (pce 22), au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

10.

10.1 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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2). 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).

10.2 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]).

10.3 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 (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).

10.4 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. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). 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).

11.

11.1 En l'occurrence, une rente entière d'invalidité a été octroyée à l'assuré dès le 1^{er} décembre 2005, en raison de douleurs invalidantes liées à un syndrome lombo-vertébral chronique avec irradiation pseudo-radiculaire, à la suite de deux opérations d'une hernie discale L4-L5, à droite en janvier 2005 et à gauche en août 2006. L'expert rhumatologique décrivait l'assuré comme très limité dans sa mobilité au niveau lombaire et dans l'incapacité d'exercer aucune activité professionnelle (cf. l'expertise pluridisciplinaire des Drs E._____, F._____ et G._____ du 22 janvier 2007; pce 15, pp. 29, 32 et 33,). Au niveau psychiatrique, une réaction dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avait alors été retenue chez l'assuré et considérée comme non invalidante. Il ressort notamment que l'assuré n'a jamais été suivi sur le plan psychiatrique, ne souffre pas d'absence de joie et continue à avoir

une vie sociale et familiale; toutefois, en réaction à son état de santé et à ses douleurs, l'intéressé décrit également des insomnies, des sentiments dépressifs, de la tristesse, du désespoir, ainsi que parfois des envies de suicide. L'expert psychiatre décrit une capacité de modulation affective et une vitalité légèrement limitée et conseille un traitement par psychothérapie et éventuellement antidépresseurs (pces 15, pp. 18, 19, 22 et 26).

11.2 En 2011, l'OAIE fonde sa décision de suppression de la rente d'invalidité de l'assuré principalement sur une expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2010 (pce 55) effectuée par les mêmes experts consultés en 2007, afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'intéressé d'un point de vue rhumatologique et psychiatrique. D'un point de vue somatique, il ressort que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré à la suite d'une opération par arthrolyse subie en décembre 2008 et l'expert constate une nette diminution des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'assuré malgré la persistance de perte de sensation au niveau des mollets et de douleurs localisées avec irradiation distale dans les cuisses latérales proximales (pp. 8, 13, 27, 28, 31 et 32). L'expert psychiatrique ne retenant pas de diagnostic invalidant, mais uniquement un épisode dépressif léger se manifestant principalement la nuit (pp. 36 et 38), les experts arrivent à la conclusion que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 30% dans son activité habituelle de monteur d'ascenseur et une capacité de travail de 80% dans des activités de substitution légères depuis le mois de décembre 2010. Ils lui reconnaissent toutefois une période d'adaptation de trois mois avec une incapacité de travail à 50% en raison de sa longue absence du marché du travail (p. 15). L'autorité inférieure se base également sur l'appréciation de la Dresse J._____, médecin du RAD, qui reprend les conclusions de l'expertise et considère que celle-ci présente entière valeur probante, étant par ailleurs corroborée par les rapports médicaux suivant la dernière opération du dos de l'assuré en 2008, tendant vers une amélioration du point de vue somatique. Finalement, la Dresse J._____ estime que les rapports de la Dresse C._____ et du Dr K._____ ne sont pas assez précis pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (pce 69).

11.3 Quant à B._____, il avance en procédure d'audition présenter encore de fortes douleurs l'obligeant à prendre une importante médication et conteste que son état de santé se soit amélioré. Il souligne de plus qu'il doit subir une opération du coude pour une décompression du nerf cubital le 19 mai 2011 (pce 59). Sur la base de plusieurs avis d'arrêt de travail du

Dr K._____, psychiatre, et de son médecin traitant, la Dresse C._____, il invoque être en incapacité totale de travail (pces 61 à 68; TAF pce 1).

A cet égard, le médecin du RAD, dans une prise de position du 8 août 2011 (pce 69), retient que l'atteinte au coude de l'assuré n'entraîne pas d'incapacité de travail sur la base d'un très bref rapport du 20 juin 2011 de la Dresse L._____, chirurgienne de la main, qui, sans mentionner d'opération, décrit une amélioration de la symptomatologie douloureuse à droite et un pronostic favorable (pce 63). S'agissant des avis d'arrêt de travail du Dr K._____, le médecin du RAD répète qu'ils sont trop peu précis pour pouvoir remettre en cause l'appréciation de l'expertise pluridisciplinaire effectuée en décembre 2010.

Finalement, en procédure de recours, B._____ indique qu'il doit subir une opération orthopédique le 22 septembre 2011 et verse en cause un avis d'arrêt de travail de la Dresse L._____, chirurgienne de la main, allant du 22 septembre au 6 novembre 2011 (pce 74; TAF pce 1). Ceci est corroboré par un nouveau rapport médical de la Dresse L._____ du 27 septembre 2011 faisant état d'une intervention de neurolyse du nerf médian au canal carpien droit le 22 septembre 2011, ainsi que d'une intervention de neurolyse du nerf cubital au coude gauche le 19 mai 2011 (TAF pce 15).

12.

12.1 En l'espèce, le Tribunal relève qu'une rente entière d'invalidité a été octroyée en premier lieu à B._____ uniquement en raison de ses troubles rhumatologiques au niveau de la colonne dorsale limitant fortement sa mobilité et entraînant des douleurs très importantes. Or, suite à la procédure de révision initiée en juillet 2008, il ressort que l'assuré a été opéré en novembre 2008 par ostéosynthèse-arthrodèse et recalibrage au niveau L4-L5 (pces 28, 34, pp. 3 et 4, 37) avec une évolution satisfaisante (greffe consolidée) et une amélioration de ses douleurs lui permettant de reprendre progressivement une activité physique modérée dès le mois de mars 2009 selon différents médecins (pces 37, 41, 44, p. 2 et 51). La Dresse C._____ faisant toutefois état d'une incapacité totale de travail de l'intéressé dans son activité habituelle ou dans des travaux de manutention nécessitant des mouvements de soulèvement, de tenir une position assise ou debout prolongée (pces 45 et 50), l'OCAI-BS décide de soumettre l'intéressé aux mêmes experts l'ayant déjà examiné lors de l'octroi de sa rente en 2007.

12.2 Or, en l'occurrence, le Tribunal de constate que l'expertise effectuée remplit largement les critères jurisprudentiels s'agissant de la valeur probante. En effet, celle-ci se présente sous la forme d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique, dont les conclusions sont intégrées dans une expertise générale faite par un médecin interniste permettant une appréciation globale de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le tout sur une quarantaine de pages. Les médecins procèdent aux différentes anamnèses, ainsi qu'à un examen clinique poussé et comparatif avec la situation qui prévalait en 2007, puis livrent des conclusions claires et cohérentes (pce 55). Les constatations d'amélioration des douleurs dorsales de l'assuré et de l'état clinique de l'assuré au niveau rhumatologique lors de l'examen sont par ailleurs corroborées par les autres pièces au dossier (pces 37, 41, 44, p. 2 et 51). Du point de vue psychique, l'assuré n'est pas suivi par un professionnel et ne prend pas d'antidépresseurs. Par ailleurs, malgré un état dépressif nocturne léger, celui-ci continue d'avoir des contacts sociaux et familiaux, à ressentir de la joie, ne présente pas de perte de vitalité et ne présente pas de sentiments de tristesse durant la journée. Dès lors, une réaction dépressive légère non invalidante est retenue par l'expert qui atteste même d'une légère amélioration des symptômes de l'assuré par rapport aux constatations faites en 2007 (cf. lettre D).

12.3 Toutefois, force est également de constater que l'expertise pluridisciplinaire a été effectuée presque un an avant la décision entreprise et qu'entre temps l'assuré a fait valoir une aggravation de son état de santé tant du point de vue somatique que du point de vue psychique. Certes, les certificats et avis d'arrêt de travail sont peu précis et succincts, et, si les rapports médicaux et avis d'arrêt de travail du médecin traitant de l'assuré (cf. notamment le rapport médical du 26 juillet 2011 [pces 66] et l'avis d'arrêt de travail du 7 juin 2011 [pce 61, p. 2]) ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire s'agissant des troubles dorsaux de l'assuré (cf. consid. 12.2), d'un point de vue psychique, l'assuré semble avoir entrepris un suivi psychiatrique auprès du Dr K. _____ depuis le mois de juin 2011, soit avant la décision entreprise (pces 61ss et 74; TAF pces 1 et 3). Il s'agit d'un élément nouveau avancé lors de la procédure d'audition, l'assuré n'ayant jusqu'alors jamais bénéficié d'un tel suivi. De plus, le Dr K. _____ déclare l'assuré en incapacité complète de travail. Dès lors, malgré le fait que ces avis d'arrêt de travail ne sauraient à eux-seuls remettre en cause l'expertise psychique fouillée du Dr G. _____ (pce 55), l'autorité inférieure se devait de requérir du Dr K. _____ des précisions concernant l'état de santé psychique de

l'assuré, le suivi et les traitements entrepris, l'évolution des troubles de l'assuré, ainsi que concernant les raisons l'ayant poussé à mettre l'intéressé en arrêt de travail.

12.4 Par ailleurs, l'assuré annonce en procédure d'audition devoir subir une opération du coude pour un syndrome de compression du nerf cubital. L'autorité inférieure requiert certes des informations supplémentaires auprès du Centre hospitalier Y._____, mais se contente d'un très bref rapport médical de la Dresse L._____ faisant état d'une amélioration de la symptomatologie douloureuse (pce 63). Sans savoir si l'opération a bien eu lieu ni quel est le diagnostic posé par la chirurgienne, le RAD estime qu'une incapacité de travail durable ne saurait en découler (pce 69). Il apparaît au Tribunal que des informations plus précises aurait dû être requises auprès de la Dresse L._____, ce d'autant qu'il s'agit d'une affection dont les experts ne faisaient aucunement mention en décembre 2010. Pourtant, il ressort du rapport médical du 27 septembre 2011 de la Dresse L._____, transmis durant la procédure de recours à l'autorité intimée (TAF pce 15), que l'assuré souffre d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral évolué et a subi une opération à droite en octobre 2010 et à gauche en septembre 2011. De plus, il ressort également que l'opération pour compression du nerf cubital gauche a bien eu lieu le 19 mai 2011, comme annoncé par l'assuré. L'autorité inférieure se devait de récolter des informations supplémentaires à ce sujet, les troubles ayant démarré antérieurement à la décision entreprise. Finalement, le Tribunal constate que les diagnostics complets s'agissant de ces troubles au niveau des membres supérieurs n'ont jamais été soumis à l'appréciation du RAD, l'OCAI-BS se contentant d'indiquer que selon toute vraisemblance ce genre d'opérations se déroulent sans complications et n'entraînent pas d'incapacité de travail de longue durée (cf. la prise de position de l'OCAI-BS du 25 novembre 2011; TAF pce 4).

12.5 Dès lors, au vu de ce qui précède, le Tribunal ne saurait trancher dans le cas d'espèce, l'instruction étant incomplète s'agissant de l'évolution de la santé psychique de l'assuré depuis le mois de juin 2011 et s'agissant de l'évolution post opératoire des interventions au niveau du canal carpien et du nerf cubital droit subies par l'assuré et de l'influence de ces troubles sur sa capacité de travail.

12.6 Force est donc au Tribunal d'annuler la décision entreprise et d'admettre partiellement le recours du 12 septembre 2011 interjeté par B._____ en renvoyant la cause à l'autorité inférieure pour complément

d'instruction au sens de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'autorité inférieure complétera l'instruction en requérant des informations supplémentaires auprès du psychiatre traitant de l'assuré, le Dr K._____, s'agissant des traitements entrepris, notamment depuis quand il suivait B._____, des diagnostics en juin 2011 et au moment de la décision entreprise, ainsi que des raisons de la mise en arrêt de travail depuis juin 2011. L'OAIE devra également requérir des précisions auprès de la Dresse L._____ s'agissant de l'évolution post opératoire des interventions mentionnées dans son certificat médical du 27 septembre 2011, ainsi que des limitations fonctionnelles de l'assuré et de sa capacité de travail. Ensuite, avant de prendre une nouvelle décision, l'autorité intimée soumettra le dossier aux Drs E._____, F._____ et G._____ afin qu'ils procèdent à un complément d'expertise et indiquent si ces nouveaux documents médicaux modifient leur précédente appréciation basée sur les examens cliniques en novembre 2010 et déterminent la capacité de travail de B._____ dans son activité habituelle et dans des activités adaptées au moment de la décision entreprise.

13.

13.1 Le recours de B._____, substitué par sa veuve, étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée le 21 janvier 2013 d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

13.2 La recourante, veuve de B._____, ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 1'000.-- en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (un recours d'une demi page et plusieurs courriers transmettant un avis d'arrêt de travail et des documents relatif au décès de B._____; cf. également l'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 ss FITAF et l'ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- versée sera restituée à la recourante par la Caisse du Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Un montant de 1'000.-- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens à la charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _._._./_/_; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 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: