



---

Cour III  
C-6368/2010

## Arrêt du 29 mars 2012

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Francesco Parrino, Vito Valenti, 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 7 juillet 2010

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissant français, né le [...] 1960, a travaillé comme frontalier en tant qu'électricien sur chantier à temps complet de 1981 à 1995, puis à 50% jusqu'au 24 décembre 2004, date à laquelle il est mis en arrêt de travail total en raison de lombalgies s'aggravant progressivement depuis 1992. Durant cette période, il a cotisé à l'assurance-vieillesse et invalidité suisse (AVS/AI; OCAI pces 2, 106 et 122).

**B.**

Le 23 juillet 1993, A.\_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations AI auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OCAI-GE; OCAI pce 4) en raison de lombalgies chroniques persistantes de type mécanique avec épisodes aigus de blocage lombaire et irradiation sciatique à gauche l'empêchant de travailler depuis le 18 septembre 1992. Les médecins diagnostiquent également chez celui-ci une discopathie et petite hernie discale en L4/L5, ainsi qu'une hyperfixation des deux sacro-iliaques et un raccourcissement du membre inférieur d'environ 3cm entraînant une attitude scoliotique dorsolombaire (OCAI pces 2, 3, 8, 9, 15 et 18). Après trois mois d'immobilisation en corset et deux opérations par nucléorthèse du disque L4/L5 et nucléotomie percutanée effectuées les 14 janvier et 3 juin 1994, l'état de santé de l'assuré s'améliore. Malgré un blocage dorsolombaire hyperalgique survenu en octobre 1994, celui-ci est considéré apte à reprendre son activité d'électricien à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 1995 (OCAI pce 21). Ainsi, par décision du 3 octobre 1995, l'OAIE octroie à A.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 mai 1995, puis une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 1995 (OCAI pces 25 et 26).

**C.**

**C.a** Par communication du 7 mai 1996, l'OCAI-GE maintient la demi-rente du recourant suite à une procédure de révision d'office (OCAI pce 32), en se basant sur le rapport intermédiaire du 30 avril 1996 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en rééducation, électromyographie et vertébrothérapie, dont il ressort que l'état de santé de l'assuré est stationnaire avec épisodes algiques aigus réguliers (OCAI pce 31)

**C.b** Par communication du 16 juillet 1997, l'OCAI-GE maintient le droit à une demi-rente d'invalidité de l'assuré (OCAI pce 42), notamment sur la base d'un rapport intermédiaire du 21 juin 1997 du Dr B.\_\_\_\_\_

indiquant toujours un état stationnaire des lombalgies de l'assuré avec des périodes de blocages aigus (OCAI pce 40).

**C.c** Par communication du 17 août 1999, l'OCAI-GE maintient le droit à une demi-rente d'invalidité de l'assuré (OCAI pce 60), notamment sur la base d'un rapport intermédiaire du 22 juillet 1999 du Dr B.\_\_\_\_\_ indiquant toujours un état stationnaire chez l'assuré (OCAI pce 58).

**C.d** Par communication du 5 mars 2002, l'OCAI-GE maintient le droit à une demi-rente d'invalidité de l'assuré (OCAI pce 70), notamment sur la base d'un rapport intermédiaire du 26 février 2002 du Dr B.\_\_\_\_\_ indiquant chez l'assuré un état de santé stationnaire. Outre les lombalgies avec des périodes de blocages aigus dont souffre l'assuré, le médecin fait état de gonalgies du côté droit apparues en juin 1999 (OCAI pce 68).

## **D.**

**D.a** Le 8 janvier 2005, l'OCAI-GE entame une procédure de révision de la demi-rente d'invalidité de l'assuré suite à un courrier de celui-ci indiquant qu'il n'est plus à même de travailler à 50% comme électricien en raison des travaux parfois lourds inhérents à son activité, ayant entraîné de nombreux arrêts de travail ces dernières années (OCAI pce 82); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- des résultats de tomodensitométrie lombaire du 24 décembre 2004, établis par le Dr C.\_\_\_\_\_, faisant état de discopathie protusive L4/L5, L5/S1 sans conflit disco-radulaire, sans changement par rapport au précédent bilan de 1994 (OCAI pce 80);
- un certificat médical du 28 décembre 2004 du Dr B.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'assuré des dorsolombalgies avec irradiations mal systématisées dans les membres inférieurs, en relation avec une discopathie L4/L5 protusive. Le médecin souligne également que l'assuré souffre d'une grande fragilité lombaire entraînant des phénomènes de contractions musculaires très importantes avec composante inflammatoire lors de travaux trop intenses et mentionne un nouvel épisode de dorso-lombalgies très important survenu au début du mois suite à des travaux inadaptés exigés sur son lieu de travail (OCAI pce 81);
- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli le 31 janvier 2004, par lequel l'assuré mentionne une aggravation de

son état de santé, avec plusieurs arrêts de travail en janvier et octobre 2003, ainsi qu'en juin, juillet et décembre 2004, en raison de douleurs fortes dans le dos l'empêchant de se servir de ses membres inférieurs (OCAI pce 86);

- un rapport médical intermédiaire du 12 février 2005 du Dr B.\_\_\_\_\_, relevant une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois d'août 2004, en raison de très grandes raideurs lombaires et de contractions musculaires empêchant celui-ci de lever des charges supérieures à 5 kg et nécessitant une rééducation, ainsi que la prise d'antalgiques et de décontractants musculaires. Le médecin estime l'intéressé apte à reprendre dans trois mois à mi-temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (OCAI pce 88);
- un questionnaire à l'employeur rempli le 1<sup>er</sup> mars 2005, dont il ressort que l'assuré travaille depuis le 13 février 1995 comme électricien à mi-temps, à savoir toute la journée dans des travaux appropriés à son état de santé, avec toutefois un rendement de 50%. L'employeur mentionne que l'intéressé a dû totalement interrompre son travail à quatre reprises entre janvier 2003 et décembre 2004 (OCAI pce 92);
- un certificat médical du 21 mars 2005 du Dr B.\_\_\_\_\_, attestant que l'assuré ne possède pas une capacité de travail de plus de 50% en raison de douleurs dorsolombaires invalidantes en relation avec une instabilité discale (OCAI pce 104);
- des résultats d'IRM lombaire, établis le 19 avril 2005 par le Dr D.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré souffre d'aspect dégénératif des disques L3/L4 et L4/L5 avec protrusion discale, d'une petite hernie discale L4/L5 postérieure un peu latéralisées à gauche, ainsi que de discrète arthrose inter-apophysaire postérieure étagée (OCAI pce 107).

**D.b** Dans une expertise rhumatologique du 10 juin 2005, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réhabilitation, fait état chez l'assuré d'asymétrie du bassin en défaveur de la droite d'environ 1,5 cm, de scoliose antalgique, de discopathie marquée avec protrusion discale en L4/L5 avec des signes d'inflammation vertébrale. L'expert relève chez l'assuré des lombalgies fortement handicapantes avec aggravation depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2004, à savoir depuis la survenance d'un épisode subaigu suite à des efforts

inadaptés sur son lieu de travail. Il estime l'assuré totalement incapable de travailler eu égard au fait que celui-ci ne peut pas rester assis plus de 10 minutes, ni en position debout statique ou à la marche plus de 20 minutes, qu'il ne peut faire aucune activité penché en avant ou porter une charge de plus de 3 à 5 kg. Il mentionne toutefois qu'une évolution favorable devrait intervenir dans les prochains mois et conseille une réévaluation dans quatre à six mois, notamment d'un point de vue neurochirurgical (éventuelle pose de prothèse discale). Finalement, le Dr E.\_\_\_\_\_ considère qu'une réadaptation professionnelle devrait être envisagée au vu de la persistance des lombalgies d'effort (OCAI pces 105 et 106).

**D.c** Dans un avis SMR du 5 juillet 2005, la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, fait état d'une aggravation des lombalgies persistantes de l'assuré entraînant un handicap fonctionnel dans toutes les activités quotidiennes, suite à l'augmentation progressive des efforts physiques découlant de son activité d'électricien sur chantier. La praticienne estime que l'assuré est totalement incapable de travailler tant qu'il se trouve dans une phase subaiguë, mais qu'une révision de la rente sera nécessaire dans dix mois (OCAI pce 115).

**D.d** Par décision du 8 août 2005, l'Office de l'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE) remplace la demi-rente d'invalidité de A.\_\_\_\_\_ par une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2005, au motif que son incapacité de travail et de gain s'est notablement aggravée au mois de décembre 2004 (OCAI pce 117).

## **E.**

Au début de l'année 2008, l'OCAI-GE entame d'office une sixième procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de l'assuré (OCAI pces 125 à 131); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un questionnaire pour la révision de la rente, rempli par l'assuré le 2 janvier 2008, dont il ressort que son état de santé est toujours le même, à savoir que ses lombalgies le font toujours énormément souffrir malgré les médicaments prescrits. Il fait état de contractures musculaires dorsales le matin qui s'atténuent très lentement, ne lui permettant que de faire une courte marche journalière (OCAI pce 121);

- un rapport médical intermédiaire du 15 janvier 2008, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, indiquant que l'état de santé de l'assuré est stationnaire et que ce dernier est sous traitement médicamenteux (OCAI pce 123);
- des résultats de radiographie du 17 octobre 2008, établis par le Dr G.\_\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré présente des discopathies modérées étagées prédominant en L3-L4 et surtout L4-L5, une ébauche d'arthrose sacro-iliaque bilatérale, ainsi qu'une asymétrie de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite évaluée à 2cm avec bascule du bassin et ébauche de scoliose dorsolombaire à convexité droite (OCAI pce 132).

#### **F.**

Dans une expertise rhumatologique du 29 octobre 2008 (OCAI pce 133), le Dr E.\_\_\_\_\_ diagnostique des lombosciatalgies gauches sans déficit neurologique, ainsi qu'une discopathie L4-L5 et L3-L4 avec ostéophytose antérieure en L3-L4, un status après nucléorhèse du disque L4-L5 en janvier 1994 et nucléotomie percutanées de L4-L5 en juin 1994, ainsi qu'une scoliose en S inversée en relation avec une asymétrie des membres inférieurs en défaveur de la droite d'environ 1,5 cm.

L'expert mentionne que, depuis sa dernière expertise, l'assuré présente un état stationnaire, avec trois à quatre épisodes de lumbago par année durant deux à trois jours. Toutefois, le rhumatologue fait état d'une amélioration significative sur le plan fonctionnel, l'assuré pouvant dorénavant rester assis et marcher pendant environ une heure, et sur le plan ostéo-articulaire, eu égard à un meilleur déroulement en flexion antérieure, une extension peu douloureuse et une meilleure mobilité. Excluant un syndrome somatoforme douloureux en l'absence de l'extension des champs douloureux en dehors du rachis lombaire, l'expert souligne la discordance entre les douleurs de l'assuré et ses pathologies, découlant vraisemblablement d'un déconditionnement psychophysique ou éventuellement de la persistance de discopathies à caractère inflammatoire avec des phénomènes de micro-instabilité. Le médecin suggère à nouveau qu'il soit procédé à une évaluation neurochirurgicale, afin de déterminer l'utilité d'une éventuelle spondylodèse.

Finalement, l'expert conclut à une amélioration de l'état de santé du recourant par rapport à la dernière révision, toutefois, au vu d'un déconditionnement psychophysique avec kinésiophobie et état d'invalidité installé, le rhumatologue estime que l'intéressé ne peut travailler que trois

heures par jour dans une activité adaptée, à savoir en position assise ne dépassant pas une heure, en position debout statique ne dépassant pas dix à quinze minutes, ne nécessitant pas de marcher plus d'une heure, de se pencher en avant ou de port de charges de plus de 2 à 3 kg. Il n'estime pas l'assuré apte à affronter une réadaptation professionnelle, mais éventuellement un stage d'observation ou un réentraînement progressif au travail.

#### **G.**

Dans un avis SMR du 11 novembre 2008, la Dresse H.\_\_\_\_\_ note que les conclusions de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2008 ne sont pas clairement expliquées par les observations cliniques et ne sont ainsi pas convaincantes. Par ailleurs, eu égard à la discordance entre l'importance du handicap douloureux et l'examen clinique, la praticienne estime qu'un examen SMR rhumato-psychiatrique est nécessaire dans le cas d'espèce (OCAI pce 136).

#### **H.**

Dans un examen SMR psychiatrique et rhumatologique du 3 décembre 2008, les Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ retiennent que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis la dernière révision de sa rente en 2005, suite à laquelle l'intéressé avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison de multiples blocages lombaires ayant entraîné des difficultés à la marche. Les experts ne retiennent aucun trouble psychique, mais diagnostiquent chez l'assuré des lombosciatalgies gauches sans déficit neurologique dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale L4/L5 à gauche, un status après nucléorhèse du disque L4/L5 et un status après nucléotomie percutanée de L4/L5 (M 54.4).

A l'instar du Dr E.\_\_\_\_\_, les deux experts retiennent que l'assuré est totalement incapable de travailler en tant qu'électricien et font état d'une amélioration d'un point de vue fonctionnel. Toutefois, eu égard au fait que l'intéressé n'a pas eu de gros blocages lombaires durant l'année et qu'il présente des signes de non organicité selon Waddell, les médecins estiment que celui-ci a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 16 octobre 2008 dans des activités adaptées permettant une alternance des positions assises et debout 2 fois par heure, ne nécessitant pas de port de charges de plus de 8 kg, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, ni de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. En outre, les deux experts considèrent que l'assuré sera probablement

capable de travailler à 80% après un reconditionnement au travail (OCAI pce 137).

**I.**

Dans un avis SMR du 22 janvier 2009, la Dresse H.\_\_\_\_\_ reprend entièrement les conclusions de l'examen SMR bisdisciplinaire et retient que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 50% depuis le 16 octobre 2008, au motif que celui-ci n'a plus eu de blocage lombaire en 2008. La praticienne estime également que sa capacité de travail pourrait augmenter jusqu'à 80% dans un délai de 6 mois, après le début d'un conditionnement progressif au travail (OCAI pce 137).

**J.**

Dans un rapport intermédiaire du 23 septembre 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne que l'état de santé de l'assuré est stationnaire depuis 2006. Le médecin signale que l'intéressé ne peut pas rester debout ou assis ou de porter des charges l'empêchant de travailler en tant qu'électricien. Il déclare également nécessaire "la mise en invalidité" du recourant dans des activités adaptées (OCAI pce 140).

**K.**

Par projet de décision du 5 mars 2010, l'OCAI-GE propose la suppression de la rente entière de l'assuré au motif que son état de santé s'est améliorée de telle manière qu'il est apte à travailler à 50% dès le 16 octobre 2008, puis à 80% dès le 1<sup>er</sup> mai 2009. L'office cantonal souligne en outre que des mesures professionnelles ou de réadaptation ne peuvent lui être accordée étant donné qu'il n'est pas domicilié en Suisse. L'OCAI-GE retient pour l'intéressé un degré d'invalidité de 22.2% en comparant son salaire d'électricien avant invalidité à temps plein avec le salaire statistique qu'un homme pourrait obtenir en 2008 dans des activités simples et répétitives à 80% (OCAI pces 142 et 143).

**L.**

Par opposition du 17 mars 2010, A.\_\_\_\_\_ conteste que son état de santé se soit amélioré et souligne que seul un traitement médicamenteux quotidien lui permet d'exécuter les gestes de la vie courante. L'intéressé argue qu'il reste dans l'impossibilité de rester assis ou debout trop longtemps et qu'il doit changer de position toutes les quinze minutes. Il estime éventuellement pouvoir effectuer une activité à mi-temps si un poste adapté à son handicap lui était proposé, mais conteste être en mesure de reprendre une activité à un taux plus élevé, en raison d'un éventuel reconditionnement au travail nullement documenté d'un point de

vue médical (OCAI pce 145). Il joint un certificat médical du 15 mars 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_ qui mentionne avoir suivi l'assuré depuis le début de ses problèmes rachidiens et note qu'actuellement celui-ci est en phase chronique stable sans évolution favorable ou aggravation (OCAI pce 146).

**M.**

Dans un avis SMR du 21 mai 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ estime que le certificat médical du 15 mars 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_ produit par le recourant atteste d'une évolution stationnaire sans amélioration, ni aggravation et ne fournit pas d'éléments concrets permettant de remettre en cause les conclusions des précédents avis SMR (OCAI pce 148).

**N.**

Par décision du 7 juillet 2010, l'OAIE, retenant un degré d'invalidité de 22,2%, supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré au motif que son état de santé s'est amélioré dès le 16 octobre 2008, lui permettant de travailler à 50%, puis à 80% dès le 1<sup>er</sup> mai 2009. Le droit à un reconditionnement au travail lui est refusé eu égard à son domicile en France (OCAI pce 151).

**O.**

Le 7 septembre 2010, A.\_\_\_\_\_ interjette recours après du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal). Il conclut préalablement au renvoi de la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire et principalement à l'annulation de la décision querellée, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité en fonction de ses limitations fonctionnelles. Il souligne les divergences d'appréciation de sa capacité de travail entre l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2008 et celle des Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ et estime qu'une troisième expertise est nécessaire afin d'établir sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, il fait mention d'un nouvel épisode aigu de douleurs lombaires avec irradiation dans les membres inférieures, intervenu le 21 mars 2010. Finalement, il conclut avoir une capacité de gain de 50% au maximum en tenant compte de ses limitations fonctionnelles, sous réserve qu'elle soit encore exploitable sur un marché équilibré du travail (TAF pce 1).

Le recourant joint notamment les pièces suivantes:

- un certificat médical du 22 juillet 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, indiquant qu'il suit l'assuré depuis décembre 1992 pour des douleurs rachidiennes dorsolombaires récurrentes de plus en plus invalidantes.

Le médecin mentionne que l'état de santé de l'assuré ne s'est aucunement amélioré, son traitement médicamenteux ayant même dû être augmenté. Il conteste la diminution du taux d'invalidité de l'assuré, au vu de ses douleurs aiguës avec irradiations dans les membres inférieurs mal systématisées; il signale un épisode hyperalgique datant du 21 mars 2010 après avoir ratissé du gravier pendant une heure (PJ 15);

- un certificat médical du 16 août 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, attestant chez l'assuré une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle d'électricien et qu'une éventuelle autre activité devrait être reprise progressivement et ne devrait pas comporter de port de charges, de gestes répétitifs, de stations statiques prolongées, de mouvements de torsion du buste répétés ou de position demie penchée en avant (PJ 14);
- une expertise privée du 18 août 2010 par le Dr L.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'assuré un syndrome lombaire chronicisé avec sensibilité des épineuses lombaires basses, des petites contractures para vertébrales bilatérales et une raideur rachidienne moyenne à modérée sans signe radiculaire associé. L'expert privé estime que l'intéressé est totalement incapable de travailler dans toute profession manuelle contraignante avec port de charges, déambulation sur chantiers du fait de terrains accidentés, utilisation de machines, utilisation de machines vibrantes ou percutantes. Il souligne toutefois que l'assuré n'est pas inapte à réaliser un travail adapté à l'état de son rachis lombaire et considère qu'un taux de 50% médico-social est normal pour un travailleur manuel de 50 ans dans l'incapacité de poursuivre son activité habituelle. Pour finir, il mentionne que l'état de santé du recourant ne semble pas s'être modifié par rapport à l'époque où il recevait une demi-rente d'invalidité (PJ 13).

**P.**

Par réponse du 7 septembre 2010, reçue le 15 novembre 2010, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée sur la base d'une prise de position du 4 novembre 2010 de l'OCAI-GE, dont il ressort que l'état de santé du recourant s'est amélioré et que celui-ci est à nouveau apte à travailler à 50% dès le 16 octobre 2008 et à 80% dès le 1<sup>er</sup> mai 2009. A l'appui de ses appréciations, l'office cantonal invoque principalement l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique et estime que les conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ confirment l'amélioration de l'état de santé du recourant (TAF pce 3).

**Q.**

Par décision incidente du 22 novembre 2010, le Tribunal transmet un double de la réponse et de la détermination de l'OCAI-GE au recourant et invite celui-ci à verser une avance de frais de Fr. 400.-- dans les 30 jours dès réception, montant dont il s'est acquitté le 17 décembre 2010 (TAF pces 4 et 9).

**R.**

Par ordonnance du 21 décembre 2010 (TAF pce 8), faisant suite à un appel téléphonique du recourant du 1<sup>er</sup> décembre 2010 (TAF pce 4) et à son courrier du 17 décembre 2010 (TAF pce 7) signalant l'absence des annexes mentionnées dans la décision incidente du 22 novembre 2010, le Tribunal informe le recourant que le délai de 30 jours fixé pour déposer sa réplique débute le 7 décembre 2010, date à laquelle il a reçu les annexes manquantes (TAF pces 5 à 8).

**S.**

Par réplique du 22 décembre 2010 (TAF pce 10), le recourant réitère les conclusions prises dans son mémoire de recours et argue ne pas pouvoir travailler à plus de 50% en se référant notamment aux expertises des Drs E.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ qu'il estime répondre parfaitement aux critères de la jurisprudence. Selon lui, les expertises privées qu'il a versées en cause ont autant valeur probante que l'expertise SMR bidisciplinaire des Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. Dès lors, il réclame la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin de fixer ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail résiduelle. L'intéressé avance en outre avoir subi un épisode aigu de douleurs lombaires au mois de mars 2010 avec prise de morphine pendant 10 jours, prouvant l'instabilité de son état de santé, eu égard au fait qu'un effort physique minime peut déclencher chez lui de vives douleurs. En outre, celui-ci rapporte que, ne pouvant pas rester dans une même position plus d'une heure, il lui est impossible d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché du travail équilibré.

Par ailleurs, le recourant joint un certificat médical du Dr B.\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2010, par lequel le médecin atteste de son impartialité en l'espèce et soutient avoir été consulté en tant que spécialiste titulaire d'un certificat d'études spécialisées en vertébrothérapie, médecine physique et réadaptation. Pour finir, il émet des doutes quant à l'impartialité du médecin expert nommé et rémunéré par l'assurance.

**T.**

Par duplique du 14 février 2011, l'OAIE réitère ses précédentes conclusions et joint une nouvelle prise de position de l'OCAI-GE du 7 février 2011, dont il ressort que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale n'est pas nécessaire en l'espèce, l'assuré n'ayant apporté aucun élément ayant été ignoré par les Drs I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ lors de l'expertise bidisciplinaire du 3 décembre 2008 (TAF pce 12).

**U.**

Par ordonnance du 18 février 2011, le Tribunal porte un double de la duplique à la connaissance du recourant (TAF pce 13).

**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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'OAIE notifie les décisions. C'est donc en application de la législation que l'OCAI-GE a traité la demande de prestations de l'assuré et que l'OAIE lui a notifié la décision contre laquelle il a recouru.

**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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral 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<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA

**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. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**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<sup>e</sup> 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. Zurich 1998 n. 677).

### **4.**

**4.1.** L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les

ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**4.2.** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

## **5.**

**5.1.** 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 7 juillet 2010, 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.

**5.2.** En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Toutefois, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise

et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

## **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. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40 % au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

## **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 et non 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 exigé de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**7.2.** Selon une jurisprudence constante, 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**7.3.** 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 les références).

**7.4.** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la

base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

## **8.**

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 7 juillet 2010 (OCAI pce 151), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005 (OCAI pce 117) au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

## **9.**

**9.1.** 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. 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 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]).

**9.2.** 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 que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## **10.**

À titre préliminaire, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans la présente affaire.

**10.1.** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

**10.2.** En l'espèce, le recourant a subi une invalidité totale du 1<sup>er</sup> septembre 1993 au 31 mai 1995 suite à un blocage lombaire important ayant nécessité une nucléorthèse et une nucléotomie percutanée. Par décision du 3 octobre 1995 (OCAI pces 25 et 26), l'intéressé est ainsi mis au bénéfice d'une rente entière jusqu'au 31 mai 1995, puis d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juin 1995. Cette décision a été reconduite par communications des 7 mai 1996, 16 juillet 1997, 17 août 1999 et 5 mars 2002, les quatre fois sans qu'il soit procédé à un examen matériel approfondi, le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité ayant été maintenu sur la base de rapports intermédiaires de son médecin traitant.

Par décision du 8 août 2005, au terme d'une nouvelle procédure de révision d'office contenant un examen matériel complet de la cause, l'OAIE remplace la demi-rente d'invalidité de l'assuré par une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, sur la base de plusieurs certificats médicaux du médecin traitant de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_, et d'une expertise rhumatologique du Dr E.\_\_\_\_\_ daté du 10 juin 2005 (cf. let. D).

**10.3.** Ainsi, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 8 août 2005 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 7 juillet 2010.

## **11.**

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente de l'assuré par voie de révision avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2005, au motif d'une amélioration de son état de santé.

**11.1.** La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

**11.2.** Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation

significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C\_761/2010 du 1<sup>er</sup> mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. BRUNNER, N. BIRKHÄUSER, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

**11.3.** En l'occurrence, il ressort de manière constante des pièces médicales au dossier que l'assuré souffre depuis 1992 de dorso-lombalgies chroniques persistantes de type mécanique avec irradiations mal systématisées dans les membres inférieurs, en relation avec une discopathie L4-L5 protusive, une petite hernie discale L4-L5 postérieure un peu latéralisée à gauche, ainsi que de discrète arthrose inter-apophysaire postérieure étagée. En outre, l'intéressé subit régulièrement des épisodes aigus de dorso-lombalgies entraînant des interruptions de travail fréquentes.

Tous les médecins sont unanimes sur le fait que l'assuré est incapable de travailler en tant qu'électricien en raison de ses lombalgies. En effet, les travaux parfois lourds qui lui sont demandés ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles et entraînent des épisodes de lombalgies aigus avec des conséquences importantes sur sa capacité de travail.

**11.4.** Lors de la dernière révision, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé due à un épisode subaigu de lombalgies suite à des efforts inadaptés sur son lieu de travail. Le Dr E.\_\_\_\_\_, expert rhumatologique, déclare l'intéressé totalement incapable de travailler en raison de ses limitations fonctionnelles, à savoir que celui-ci ne peut pas rester assis plus de 10 minutes, marcher plus de 20 minutes, se pencher en avant ou porter des charges de plus de 3 à 5 kg. Il mentionne toutefois qu'une évolution

favorable devrait intervenir dans les prochains mois (expertise du 10 juin 2005; OCAI pces 105 et 106).

## 12.

**12.1.** Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2008, qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'OAIE a fait procéder à une nouvelle expertise par le Dr E. \_\_\_\_\_ qui conclut que, bien que le diagnostic déjà posé soit resté identique, l'assuré présente une amélioration significative sur le plan fonctionnel, à savoir qu'il montre une extension peu douloureuse, une meilleure mobilité, une plus longue capacité à la marche (cf. *supra* let. F; OCAI pce 133). Il mentionne un déconditionnement psychophysique, ainsi qu'un état d'invalidité installé et déclare l'intéressé apte à travailler 3 heures par jour dans une activité adaptée, bien qu'il soit incapable de travailler comme électricien.

**12.2.** Toutefois, estimant cette expertise peu convaincante et eu égard à la discordance entre l'importance du handicap douloureux et l'examen clinique, l'autorité inférieure demande une seconde expertise SMR rhumato-psychiatrique (OCAI pce 137). Les experts rejoignant en grande partie l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, retiennent un diagnostic identique, excluant également des troubles psychiques ou un syndrome somatoforme douloureux, et constatent une amélioration du point de vue fonctionnel. Par contre, ils estiment que l'assuré, n'ayant pas subi de blocage lombaire durant l'année écoulée, a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 16 octobre 2008 dans des activités adaptées, et de 80% après une reconditionnement au travail.

L'OAIE, reprenant les conclusions des médecins SMR (OCAI pce 137), retient que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 50% depuis le 16 octobre 2008 et de 80% dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 et présente ainsi un taux d'invalidité de 22,2%.

**12.3.** Quant au recourant, il conteste que son état de santé se soit amélioré au point de pouvoir reprendre une activité à 80% et estime qu'il pourrait éventuellement reprendre une activité à 50% si un poste adapté à son handicap lui était proposé suite à des mesures de réadaptation. Il déclare être dans l'impossibilité de rester assis ou debout trop longtemps et devoir changer de position toutes les quinze minutes. Il produit plusieurs certificats médicaux de son médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, dont il ressort que son état est resté au mieux stationnaire depuis la dernière révision, voire qu'il s'est aggravé. Il ressort notamment que

l'intéressé a présenté un nouvel épisode hyperalgique en mars 2010 après avoir fait de légers travaux de jardinage. Le Dr B.\_\_\_\_\_ estime notamment dans un certificat médical du 16 août 2010 que l'assuré est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et pourrait éventuellement reprendre progressivement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle (OCAI pces 140 et 146; TAF pce 1, PJ 14 et 15).

Par ailleurs, le recourant verse encore en cause une expertise privée du 18 août 2010 (TAF pce 1, PJ 13), établie par le Dr L.\_\_\_\_\_, qui estime que l'assuré est totalement incapable de travailler dans des activités manuelles lourdes, mais reste apte à réaliser un travail adapté à l'état de son rachis lombaire. Il considère qu'une telle activité est exigible à 50% d'un point de vue médico-social, eu égard notamment à son âge (50 ans).

A ce propos, le Tribunal mentionne que, bien que postérieurs à la décision entreprise, les rapports médicaux des 22 juillet 2010 et 16 août 2010 du Dr B.\_\_\_\_\_, ainsi que l'expertise privée du 18 août 2010 du Dr L.\_\_\_\_\_ doivent être pris en considération pour des raisons d'économie de procédure, eu égard au fait qu'ils sont établis de manière suffisamment précise et qu'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (cf. *supra* consid. 5.2; ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

### **13.**

**13.1.** Au vu de ce qui précède, il sied de relever que l'assuré présente sans conteste une amélioration notable de son état de santé du point de vue fonctionnel, permettant la révision de son droit à une rente d'invalidité (cf. *supra* consid. 11.2). En effet, tous les médecins consultés et le recourant lui-même, dans son mémoire de recours (page 5) reconnaissent que ce dernier serait sûrement apte à reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au minimum à 50%. Les experts SMR estiment par ailleurs qu'après une période de six mois de reconditionnement au travail, l'assuré retrouverait même une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées. Cette approche n'est pas suivie par le Dr E.\_\_\_\_\_, expert rhumatologue, qui considère que l'assuré est apte à reprendre une activité adaptée à 30% d'un point de vue purement médical, bien que ces mesures puissent être difficiles à mettre en pratique en raison d'un déconditionnement psychophysique et d'un état d'invalidité probablement installé. Le service SMR a certes considéré que les conclusions de l'expertise, n'étant pas clairement expliquées par les observations cliniques, n'étaient pas convaincantes,

cependant, le Tribunal de céans relève que les experts SMR reprennent presque entièrement les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_ (amélioration fonctionnelle, signe de non-organicité de Wadell, déconditionnement au travail, état d'invalidité installé et kinésiophobie), bien qu'ils fassent une appréciation différente des conséquences du déconditionnement au travail de l'assuré sur sa capacité résiduelle de travail. On ne saurait dès lors dénier toute valeur probante à l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, qui remplit également les conditions jurisprudentielles en la matière (cf. *supra* consid. 7.3).

**13.2.** Par ailleurs, contrairement aux experts SMR ayant estimé que le recourant n'a pas présenté de gros blocages lombaires durant l'année 2010 (OCAI pce 137, page 8), le Dr B.\_\_\_\_\_, en tant que médecin traitant, signale chez l'assuré la présence de douleurs lombaires aiguës régulières, dont le dernier épisode hyperalgique, intervenu en mars 2010, après avoir ratissé des graviers pendant une heure, a duré dix jours et a nécessité la prise de morphine. Le Dr B.\_\_\_\_\_ considère ainsi que l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ ne s'est pas amélioré et indique en outre avoir dû augmenter la posologie du traitement médicamenteux de celui-ci (TAF pce 1, PJ 14). Le médecin n'exclut toutefois pas une reprise progressive du travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (TAF pce 1, PJ 15). Quant à l'expert privé mandaté par le recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_, il considère dans un rapport complet et bien étayé que l'assuré, âgé de 50 ans, est apte à travailler à 50% dans une activité adaptée d'un point de vue médico-social, signalant que son état de santé ne semble pas différent de l'époque où celui-ci recevait une demi-rente d'invalidité.

**13.3.** Dès lors, au vu des divergences qui subsistent entre les différents experts concernant le taux d'activité exigible en l'espèce, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre appréciation et considère qu'une expertise complémentaire, conduite par un nouvel expert en rhumatologie est nécessaire afin de clarifier le taux de capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées suite à l'amélioration de son état de santé d'un point de vue fonctionnel.

#### **14.**

Partant, le Tribunal, faisant droit à la conclusion préalable du recourant, admet partiellement le recours et annule la décision litigieuse. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 61 PA

et prenne ensuite une nouvelle décision (ATF 137 V 219, consid. 4.4.1.4). Un troisième expert en rhumatologie se déterminera uniquement sur l'étendue de la capacité de travail du recourant dans des activités adaptées suite à l'amélioration de son état de santé, notamment en se prononçant précisément sur l'étendue du déconditionnement au travail de l'intéressé et sur son influence sur sa capacité de travail résiduelle.

#### **15.**

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2.).

Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 17 décembre 2010 par le recourant sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt.

L'art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet cependant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'espèce, le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas fait valoir de frais indispensables et relativement élevés, de sorte qu'il ne lui est pas attribué de dépens.

**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 au recourant par la caisse du Tribunal.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (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 :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14, 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 :