

BVGer C-1034/2007 vom 1. September 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1034_2007

FR: TAF C-1034/2007 du 1 septembre 2009

IT: TAF C-1034/2007 del 1 settembre 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de

la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er 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.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante 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.

E. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral cause I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3

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; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4ème révision). Les dispositions de la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables.

E. 4.1

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

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur au 1er janvier 2004, 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. 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. 28 al. 1ter LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants suisses (cf. l'ALCP, annexe II art. 1er ch. 2), qui présentent un degré 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 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (arrêt du Tribunal fédéral I 702/03 du 28 mai 2004 consid. 1 et références).

E. 4.3

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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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.

E. 5.2

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

E. 5.3

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant,

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

E. 5.4

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

E. 5.5

Par ailleurs, si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2009 du 19 février 2009 consid. 2.2 et ATF 125 V 368 consid. 2-3 et les arrêts cités). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne serait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend des conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C_332/2008 du 19 février 2009 consid. 3.3; 9C_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 2.2; 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2).

E. 6.1

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui

a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée.

E. 6.2

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 6.3

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er novembre 1997 ensuite de décisions des 20 juin 2003 et 18 août 2004. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugé in casu en comparaison des faits ayant fondé la décision du 20 juin 2003 et des faits à la date de la décision litigieuse du 8 janvier 2007.

E. 7.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

E. 7.2

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, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; 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).

E. 7.3

Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. 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 les références citées).

E. 8.1

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 351 consid. 3a et les références).

E. 8.2

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 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 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 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 9.1

En l'espèce, l'assuré fut mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 1997 en raison d'une discopathie modérée en L4-L5 se compliquant de protrusions / hernies discales, d'une discarthrose importante en L5-S1 avec destruction partielle du disque et présence d'un phénomène de vide ainsi que d'une discrète arthrose inter-apophysaire postérieure L5-S1, affections occasionnant des lombalgies qui se sont révélées suite à l'accident survenu. Ce status constaté par le Dr B. _____ en avril 1997 a motivé, selon son appréciation, à compter de l'accident survenu le 11 novembre 1996, une incapacité de travail de 100% pendant trois mois et de 50% trois mois encore au plus sous l'angle de la couverture de l'assureur-accidents, soit jusqu'à fin mai 1997. Le Dr B. _____ réserva cependant une incapacité de travail subséquente sous l'angle d'une symptomatologie de facteurs maladifs et souligna que "... on doit admettre que les altérations discales L4-L5 et L5-S1 objectivées au CT-scan lombaire, si elle peuvent être parfaitement asymptomatiques (comme cela a été probablement le cas jusqu'au moment de l'accident) peuvent rendre compte de rachialgies dont se plaint A. _____". "... Au-delà de 6 mois, il paraît raisonnable d'admettre la prépondérance des facteurs maladifs en cas de persistance de plaintes et d'une incapacité de travail significative" (pce 46). Dans des certificats du 22 juillet 1997 et du 16 septembre 1998, le Dr. C. _____ a confirmé l'existence de "lombalgies chroniques invalidants" (pce 42 et 46). En octobre 2000 le Dr C. _____ a

certes attesté, dans un rapport médical concernant les capacités professionnelles (pce 40), une pleine capacité de travail du recourant dans des activités de bureau (mais aussi, et notamment, l'impossibilité d'une activité en position assise ou debout constante avec port de charge et avec horaire de travail irrégulier, exposition au froid et au bruit). Toutefois, il a également noté, dans un rapport intermédiaire de même date, que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis 1998 (pce 39). Ensuite, en décembre 2002, il releva une activité possible dans le commerce à raison de maximum 5 heures par jour/5 jours par semaine avec des efforts de charge limités et un status s'aggravant. Finalement, le Dr C. _____ a indiqué, dans un rapport médical du 13 janvier 2006 et ses annexes de même date (pce 13), que l'état de santé du recourant est stationnaire depuis 1998 (pas d'évolution ni de modification), que le patient est invalide depuis 1998, que l'activité de boucher-livreur est impossible, mais qu'une activité à mi-temps est exigible. La motivation de la décision du 20 juin 2003 nota que depuis le 11 novembre 1996, début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'intéressé s'était considérablement restreinte et qu'il ressortait de son dossier médical qu'il était encore en mesure d'exercer une activité adaptée par exemple comme employé dans le commerce de détail avec un horaire de 60%, soit 5 heures par jour. Cette motivation du droit à la rente se fonde essentiellement sur le rapport médical du Dr C. _____ de décembre 2002 (pce 38), elle n'apparaît pas manifestement erronée bien qu'elle soit en contradiction avec le rapport médical du même médecin du 20 octobre 2000 (pce 40), celui-ci étant toutefois fortement relativisé par le rapport du Dr C. _____ lui-même du 20 octobre 2000 (pce 39; similaire, entre autre, a celui du 10 septembre 1998, pce 46). Finalement aussi le rapport médical du Dr C. _____ du 13 janvier 2006 (pce 13) élucide quelque peu rétrospectivement la situation dans un sens compatible avec la rapport de décembre 2002, à savoir une incapacité de travail d'au moins 40% depuis 1998. Par ailleurs, il n'est pas interdit à l'autorité inférieure de fonder son appréciation du cas principalement sur les avis médicaux du médecin traitant de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4P 254/2005 consid. 4.2 du 21 décembre 2005 et références citées, notamment ATF 125 V 351). Il était donc possible à l'OAIE, sans violer manifestement son pouvoir d'appréciation, et sur la base de l'ensemble des documents médicaux de la cause en sa possession à l'époque, de retenir une incapacité de travail du recourant de 40% au moins à partir de novembre 1997. Par ailleurs, ni le calcul du salaire sans et avec invalidité, ni l'abattement (10%) effectué dans la décision du 20 juin 2003 peuvent être définis comme manifestement erronés selon la jurisprudence pertinente. Les décisions du 20 juin 2003 et 18 août 2004 sont dès lors en relation avec une prise de position médicale, une constatation objective d'une activité lucrative partielle et l'indication d'une capacité de travail limitée à raison de 5 heures par jours/5 jours par semaine. Cela étant, il peut certes subsister quelques doutes sur l'incapacité de travail enfin retenue dans les décisions mentionnées (de 40%). Toutefois, l'appréciation effectuée par l'administration ne saurait être qualifiée de manifestement erronée selon les critères jurisprudentiels permettant une reconsidération applicables tant à l'administration qu'au Tribunal de céans. L'administration n'a d'ailleurs pas voulu fonder sa décision de révision du 8 janvier 2007 sur une reconsidération des décisions des 20 juin 2003/18 août 2004. Dans ses écritures, l'OAIE, respectivement l'OAI-GE, s'est fondée sur le seul critère de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA et en conséquence sur la constatation, selon son service médical, d'une amélioration de l'état de santé du recourant.

E. 9.2

Étant donné que les décisions des 20 juin 2003 et 18 août 2004 ne sont pas manifestement erronées, il se trouve que l'administration n'a pas, dans sa procédure de révision, démontré à satisfaction de droit une modification notable des faits déterminants, en particulier de l'état de santé du recourant ou une meilleure capacité de travail (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 17 n° 14 ss p. 232 ss et références citées). Elle s'est contentée de s'appuyer, dans le cadre d'une procédure dite de révision, sur une nouvelle appréciation faite en 2006 du même dossier (médical) ayant servi à établir l'invalidité de l'assuré en 2003/2004 pour élargir la capacité de travail du recourant à 100% dans une activité adaptée, et cela en contradiction avec le rapport médical du Dr C. _____ du 13 janvier 2006. Ce mode de procéder ne saurait être admis. Au demeurant, le fait que le recourant ait exercé une activité de magasinier au maximum pour 5 heures par jour/5 jours par semaine ne saurait fonder en soi une amélioration de son état de santé vu qu'il a exercé une activité s'inscrivant dans les limites de la capacité de travail retenu dans les décisions de l'OAIE de 2003 et 2004.

E. 9.3

Il s'ensuit de ce qui précède que le Tribunal de céans doit annuler la décision attaquée et renvoyer le dossier à l'administration pour complément d'instruction (mise en place de toutes les expertises nécessaires) et nouvelle décision de révision du droit à la rente de l'assuré.

E. 10

Vue l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais de Fr. 400.- effectuée par le recourant lui est restituée. Par ailleurs, le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est allouée une indemnité de dépens de Fr. 2'000.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif à la page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.