

BVGer C-1471/2019 vom 25. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1471_2019_d20190225

FR: TAF C-1471/2019 du 25 février 2019

IT: TAF C-1471/2019 del 25 febbraio 2019

Regeste

Révision de la rente | Assurance-invalidité; rejet de la demande de révision de la demi-rente; décision du 25 février 2019

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20] ; voir également art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201], en particulier art. 40 al. 2 et 3 RAI). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 2 à 4), le recours est recevable.

E. 2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 25 février 2019, date de la décision litigieuse. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce.

E. 3.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 25 février 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 3.3

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4.1

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 (al. 1). De même, 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 (al. 2). En application de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

E. 4.2

Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la demande de révision ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concernée est effectivement survenue. Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la décision précédente, passée en force, ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Sinon, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à des prestations et de statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 130 V 71 consid. 3 ; 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 262 consid. 3 ; 109 V 108 consid. 2, en particulier 2b ; arrêts du TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4 ; I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; I 490/03 du 25 mars 2004 ; arrêts du TAF C-7302/2016 du 12 octobre 2020 consid. 4.2 et 4.4 ; C-6221/2008 du 9 septembre 2011 consid. 3 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève Zurich Bâle 2018, n° 27 ss ad art. 31).

E. 4.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a), en ce sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; Michel Valterio, op. cit., n° 11 ss ad art. 31). Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et les réf. cit.).

E. 4.4

En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 25 février 2019 (OAIE pce 157), par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de révision de l'intéressé au motif que les éléments médicaux transmis ne permettent pas de retenir une aggravation durable de son

état de santé. Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la demande de révision, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain de l'intéressé ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101) octroyant au recourant, en particulier, une demi-rente à partir du 1er décembre 2009, cette décision constituant la dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et les faits qui ont existé jusqu'au 25 février 2019, date de la décision litigieuse. Puis, le cas échéant, le Tribunal jugera, dans un deuxième temps, si la modification constatée suffit à fonder une invalidité permettant d'augmenter la rente allouée ou si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de révision du recourant. La communication du 20 février 2013 (OAI GE pce 115), rendue suite à la révision d'office entreprise par l'Office AI, s'avère n'être quant à elle qu'une confirmation formelle du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité, suite au constat, par l'administration, d'une situation demeurée inchangée.

E. 5.1

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). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1ère phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2e phrase LPGA).

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins.

E. 6.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier

les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

E. 6.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 6.2.1

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op. cit., n. 33 ad art. 57).

E. 6.2.2

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Michel Valterio, op. cit., n. 43 ad art. 57). Les prises de position des SMR doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer

et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Par ailleurs, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent là aussi donner lieu à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

E. 6.2.3

Les rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, doivent quant à eux être appréciés avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son ou sa patiente, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3 ; Michel Valterio, op. cit., n. 48 et 49 ad art. 57).

E. 7.1

Dans le cadre de la demande de prestations ayant abouti à l'octroi de la demi-rente d'invalidité (décision du 1er novembre 2010 [OAI GE pce 101]), des rapports de la Dre C._____ et du Pr D._____, médecins ORL, du Dr L._____, neurologue, du Dr B._____, médecin généraliste traitant, et du Dr E._____, médecin ORL auprès de la SUVA, ont été produits. La Dre C._____, qui a pris en charge le recourant au niveau ORL suite à l'accident du 15 mai 2007, considérait dans ses derniers rapports, en particulier dans le rapport médical du 7 septembre 2009 à l'OAI GE (OAI GE pce 75), que la situation était stabilisée, une amélioration étant peu probable. Elle posait le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'hydrops endolymphatique retardé à gauche post-traumatique (syndrome de type ménièreiforme), diagnostic partagé par le Pr D._____ (rapport du 19 février 2008 [OAI GE pce 44 p. 280]), et celui, sans effet sur la capacité de travail, d'hypoacousie de perception post-traumatique bilatérale prédominant à gauche. Elle décrivait des vertiges, des troubles de l'équilibre invalidants, des acouphènes, une hypoacousie et des céphalées, provoquant une fatigue importante physique et psychologique. Elle estimait sur cette base qu'il existait une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations décrites. Consulté par la Dre C._____, le Dr L._____ considérait pour sa part que l'ensemble de la clinique était en faveur d'une céphalée de tension dans le cadre d'un probable syndrome post-traumatique lié aux deux accidents subis (rapport du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350]). Le Dr B._____ retenait quant à lui le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de vertiges et de bruit dans l'oreille gauche, et celui, sans effet sur la capacité de travail, de dépression réactionnelle. Il estimait

que la capacité de travail pouvait être de 50% si l'activité se déroulait au calme et n'exigeait pas de tâches en hauteur (rapports des 13 février 2008 et 21 septembre 2009 [OAI GE pce 44 p. 295 ; pce 76]). Se prononçant pour la SUVA, le Dr E._____ était lui aussi d'avis que l'état du patient était largement stabilisé et qu'on ne pouvait plus exiger de lui que des activités légères, en position assise, à 50% au maximum (appréciations des 10 avril 2008 et 19 juin 2009 [OAI GE pce 44 p. 272 à 275 ; pce 72 p. 495 et 498]).

E. 7.2

Il ressort dès lors de cette documentation, ainsi que l'a retenu le SMR dans son rapport du 26 juillet 2010 (OAI GE pce 96), qu'à l'époque de la décision d'octroi de la demi-rente du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101), le recourant souffrait, comme atteinte principale à la santé, d'un status post-barotraumatisme avec hypoacousie de perception bilatérale prédominant à gauche et d'un syndrome de type méniériforme. Il présentait des troubles de l'équilibre, des vertiges fréquents, des céphalées et des acouphènes, dont il découlait une fatigue importante. Cela limitait l'intéressé à exercer, à 50% au maximum, une activité professionnelle permettant une position assise ou semi sédentaire avec des déplacements à plat, et évitant le travail en hauteur, la conduite de véhicules et d'engins, le travail en zone bruyante, le port de charges supérieures à 20kg et le travail à genoux ou accroupi ; sa capacité de résistance et de concentration était également réduite de 50%. Comme pathologie associée, l'intéressé présentait, au niveau psychiatrique, une dépression réactionnelle, toutefois sans incidence sur la capacité de travail.

E. 8

Dans le cadre de la demande de révision déposée par l'intéressé en octobre 2016 (OAI GE pce 117), de nouveaux documents médicaux sont produits.

E. 8.1.1

Dans trois rapports des 22 mars, 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 (OAI pce 136 p. 854 et 855 ; pce 118 ; pce 133 p. 703 à 706), la Dre G._____, qui a pris en charge l'intéressé à partir du 23 novembre 2015, pose les diagnostics d'état dépressif sévère (Hamilton dépression 32 en novembre 2015 et 20 en novembre 2016) et d'ESPT chronique (F32.2 et F43.1). Elle constate après un an de traitement une persistance de la symptomatologie anxieuse et de nombreux symptômes d'ESPT engendrant des limitations fonctionnelles. Elle conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité dès janvier 2015 (OAI GE pce 118 ; voir également rapport à la SUVA du 22 mars 2016 [OAI GE pce 136 p. 854 et 855]).

E. 8.1.2

Dans un rapport de consultation du 28 novembre 2016 (OAI GE pce 126), le Dr F._____ relève, outre un important déficit auditif (rapport du 21 décembre 2015 à la SUVA [OAI GE pce 136 p. 868 et 869]), que l'examen clinique ne démontre pas d'anomalie de la fonction vestibulaire périphérique. Il estime que les douleurs péri-auriculaires dont se plaint le recourant pourraient être en rapport avec une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire et, par ailleurs, qu'une prise en charge psychiatrique est essentielle.

E. 8.1.3

La Dre C._____ note pour sa part, dans un rapport du 18 mai 2017 (OAI GE pce 132 p. 690 à 697), les diagnostics de surdité bilatérale importante et de vertiges post-traumatiques depuis 2007. Elle estime qu'on ne peut s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, mais renvoie aux Drs G._____ et B._____ pour une évaluation plus précise de

cette capacité. Elle joint différents rapports à ce document : un rapport du 6 juin 2016, dans lequel elle indique que les épisodes de vertiges et de chutes qu'aurait présentés le patient au printemps 2016 peuvent faire penser à des « drop attacks » ou « crises de Tumarkin » ; un rapport du 9 novembre 2016 à la SUVA, dans lequel elle conclut que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sont à déterminer en fonction de l'état psychologique du patient ; un rapport du 11 janvier 2017, contenant les mêmes éléments que celui du 9 novembre 2016 (OAI GE pce 132 p. 698 à 702).

E. 8.1.4

De son côté, le Dr B. _____, dans un rapport du 10 novembre 2016 (OAI GE pce 121), explique que son patient a été placé en arrêt de travail à partir de janvier 2015 en raison de l'aggravation de son état, se manifestant par des douleurs, des vertiges de l'oreille gauche accompagnés de chutes, et une altération de l'état psychique. Le médecin traitant confirme ses conclusions dans un rapport ultérieur, daté du 20 septembre 2017 (OAI GE pce 138), notant que l'état de santé de son patient est stationnaire et qu'il est en quête d'un psychiatre en France, puis dans un rapport du 28 mai 2018 (OAI GE pce 143), dans lequel il indique que l'état de l'intéressé s'est aggravé.

E. 8.1.5

Se prononçant pour la SUVA, le Dr H. _____, psychiatre, s'étonne, dans une appréciation du 19 octobre 2016 (OAI GE pce 136 p. 776 et 777), que le diagnostic d'ESPT chronique, qui demanderait à être vérifié, ait été posé si tardivement dans la situation présente. En ce qui concerne la réaction dépressive, elle serait typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL. Pour sa part, le Dr E. _____ indique que l'ouïe de l'intéressé s'est nettement détériorée, mais que l'incapacité de travail ne peut pas être expliquée de manière plausible dans son domaine de spécialité (appréciation du 30 décembre 2016, traduite le 16 janvier 2017 [OAI GE pce 136 p. 738 et 739, 747 et 748]).

E. 8.1.6

En procédure de recours, un rapport du 14 août 2019 du Dr K. _____ fait état d'un syndrome dépressif persistant ; le praticien conclut à une incapacité de travail de 100% (TAF pce 11).

E. 8.2

Se prononçant sur la base des documents précités, la Dre I. _____, estime, dans un avis du 10 décembre 2018 (OAI GE pce 145), que l'intéressé ne présente pas d'aggravation objective de ses problèmes ORL. Sur le plan psychiatrique, la Dre I. _____ considère que l'intéressé souffre d'une dépression réactionnelle ne présentant pas les symptômes d'un état dépressif sévère, et, se fondant sur l'appréciation du Dr H. _____, que le diagnostic d'ESPT chronique ne peut pas être retenu. La Dre I. _____ s'en tient donc aux conclusions de l'avis du SMR du 26 juillet 2010. En procédure d'audition, le Dr J. _____, médecin auprès du SMR, confirme l'avis de la Dre I. _____ (avis du 6 février 2019 [OAI GE pce 154]).

E. 9

A l'examen des documents qui précèdent, le Tribunal constate, comme le SMR, qu'au niveau somatique, la situation ne s'est pas modifiée, du moins de manière à influencer les droits du recourant.

E. 9.1

En effet, il ressort des documents médicaux produits que, dès février 2013, l'intéressé a présenté, outre les vertiges et les acouphènes dont il souffrait déjà auparavant, des otalgies, tout d'abord unilatérales gauches, puis bilatérales, et une baisse de l'acuité auditive, raisons pour lesquelles la Dre C._____ a adressé son patient au Dr F._____, otoneurologue (OAI GE pce 136 p. 875 à 879). Or, le Dr F._____, dans ses rapports des 28 septembre et 21 décembre 2015, ainsi que du 28 novembre 2016 (OAI GE pce 136 p. 758 et 759, p. 868 ; pce 126), relève que, hormis une hypoacousie assez marquée, bilatérale, que le patient n'a pas envie d'appareiller et dont il ne semble pas trop souffrir au quotidien, l'examen oto-neurologique ne montre rien de particulier, notamment aucune anomalie de la fonction vestibulaire périphérique, de sorte qu'il manque un support « organique » pouvant expliquer les différentes plaintes, relativement polymorphes, du patient. Le Dr F._____ pense ainsi que le problème, devenu chronique, se situe au niveau du ressenti et met l'intéressé en contact avec la Dre G._____ pour un bilan psychiatrique.

E. 9.2

Les observations de la Dre C._____, dans ses différents rapports, des 6 juin et 9 novembre 2016, ainsi que des 11 janvier et 18 mai 2017 (OAI GE pce 132 p. 690 à 702), vont pour l'essentiel dans le même sens. Elle y fait état d'épisodes de chutes et de vertiges rapportés par l'intéressé, qui seraient survenus dès le printemps 2016 et qui ont motivé la dernière consultation qu'elle a eue avec son patient, le 6 juin 2016. Elle explique toutefois qu'elle ne peut se prononcer formellement quant au diagnostic à poser et considère qu'il n'est pas exclu que ces symptômes surviennent dans le contexte d'état anxio-dépressif et de stress post-traumatique. Elle renvoie ainsi pour plus d'informations aux Drs F._____ et G._____ et conclut que l'éventuelle capacité de travail, comme les limitations fonctionnelles que pourrait présenter le recourant, sont à déterminer en fonction de l'état psychologique du patient. Dans son rapport le plus récent, du 18 mai 2017, elle note les diagnostics de surdité bilatérale importante et de vertiges post-traumatiques depuis 2007 ; cependant, les limitations fonctionnelles qu'elle retient alors, en particulier les activités en hauteur, qui sont interdites, et les activités nécessitant de bien entendre, qui sont extrêmement limitées, ne sont pas plus étendues que celles retenues dans le cadre de l'octroi de la demi-rente ; quant à la capacité de travail, elle estime qu'on ne peut s'attendre à une amélioration et renvoie là encore, pour plus de précisions, à la Dre G._____, ainsi qu'au Dr B._____, généraliste traitant.

E. 9.3

Or, le Dr B._____, s'il indique avoir placé son patient en arrêt de travail à 100% à partir de janvier 2015 en raison de l'aggravation de son état, note, tout comme les médecins spécialistes précités, que cette aggravation s'est manifestée par des douleurs d'oreilles, des vertiges accompagnés de chutes et une altération de l'état psychique. Pas plus que les spécialistes ORL, il ne fait état dans ses rapports, d'ailleurs succincts, peu clairs et, pour certains, peu lisibles, d'éléments objectifs permettant d'expliquer au niveau somatique l'aggravation qu'il rapporte (OAI GE pces 121, 138, 143). Il ressort d'ailleurs de ces documents que le Dr B._____ recherche avant tout, pour son patient, un médecin psychiatre en vue d'un suivi psychiatrique.

E. 9.4

Il y a encore lieu de mentionner que le Dr E._____, spécialiste ORL qui se prononce pour la SUVA, relève lui aussi une nette aggravation de la surdité neurosensorielle bilatérale, pour laquelle l'intéressé devrait être équipé d'appareils auditifs. Cela étant, il considère que l'incapacité totale de travail ne peut pas s'expliquer de manière plausible au niveau ORL (appréciation traduite le 16 janvier 2017 [OAI GE pce 136 p. 738 et 739]).

E. 9.5

Enfin, on peut ajouter que déjà au cours de la procédure de révision d'office entreprise en juillet 2012 (OAI GE pce 105), ayant abouti au maintien de la demi-rente du recourant (OAI GE pce 115), la Dre C._____ indiquait une baisse de l'audition et une aggravation de la symptomatologie vertigineuse, laquelle ne pouvait être objectivée par des examens (rapport des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]). Elle expliquait que les résultats des examens effectués s'étaient avérés normaux et qu'une consultation médico-psychologique conjointe avait dès lors été proposée au patient. La Dre C._____ concluait pourtant toujours à une capacité de travail de 50%.

E. 9.6

Ainsi, au niveau somatique, seule la détérioration de l'ouïe est objectivement établie, sans qu'on puisse cependant y corrélérer une péjoration de la capacité de travail. Les autres symptômes dont l'intéressé dit qu'ils se sont aggravés, à savoir les vertiges avec chutes et les otalgies, ne trouvent pas d'explication objective auprès des médecins, et les spécialistes ORL consultés y voient bien plutôt la manifestation de troubles psychiatriques.

E. 10

S'agissement justement de ces troubles, le Tribunal ne peut se rallier à cet égard aux conclusions que prend le SMR dans son avis du 10 décembre 2018, et soutenir, comme le fait la Dre I._____, qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé psychologique du recourant.

E. 10.1

Il ressort en effet des pièces au dossier qu'à l'époque de la décision d'octroi de la demi-rente d'invalidité (décision du 1er novembre 2010 [OAI GE pce 101]), une dépression réactionnelle, toutefois sans incidence sur la capacité de travail, avait été retenue (rapport du 26 juillet 2010 [(OAI GE pce 96)]. Le Dr L._____, neurologue consulté notamment pour des céphalées, avait mentionné un probable syndrome post-traumatique (rapport du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350]), et le Dr B._____ diagnostiquait une dépression réactionnelle (rapports des 13 février 2008 et 21 septembre 2009 [OAI GE pce 44 p. 295 ; pce 76]). Cependant, aucun médecin spécialiste n'avait été consulté. La dépression était soignée par le Dr B._____, lequel prescrivait du Prozac à son patient. Le Dr B._____ estimait d'ailleurs que ce dernier pouvait travailler à 50% dans une activité se déroulant au calme, ce que l'intéressé avait été effectivement capable de réaliser (voir Faits A.b).

E. 10.2

Puis, au cours de la procédure de révision d'office entreprise en juillet 2012, la Dre C._____ rapportait que des essais de traitements par anti-dépresseur avaient eu lieu, qui n'avaient toutefois pas été supportés, et que les examens au niveau somatique n'ayant rien révélé d'anormal pouvant expliquer l'intensité des vertiges ressentis par l'intéressé, une consultation médico-psychologique avait été proposée au patient ; cette consultation s'était

déroulée auprès d'une psychologue en août 2012, dont il était ressorti que le patient présentait probablement un syndrome de stress post-traumatique et qu'il serait souhaitable qu'il soit vu par un psychiatre. Selon la Dre C. _____ cependant, la capacité de travail, s'il n'était pas envisageable de l'augmenter, restait de 50% (rapport des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]), taux que le recourant était parvenu à maintenir jusqu'en janvier 2015, sans autre suivi au niveau psychiatrique que celui de son généraliste, l'intéressé ne souhaitant pas voir un autre médecin (entretiens téléphoniques avec la SUVA des 11 mai et 24 juillet 2012 [OAI GE pce 136 p. 945 et 946]).

E. 10.3

Or, dans le cadre de la demande de révision, le recourant produit trois rapports de la Dre G. _____, médecin psychiatre, à laquelle l'a référé le Dr F. _____, au vu de la persistance de la symptomatologie ORL et du manque de support « organique » pouvant expliquer cette symptomatologie qui a conduit l'intéressé à cesser son activité professionnelle (rapport du 21 décembre 2015 [OAI GE pce 136 p. 868]). Il ressort de ces rapports des 22 mars, 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 (OAI pce 136 p. 854 et 855 ; pce 118 ; pce 133 p. 703 à 706) que la Dre G. _____ a reçu le recourant le 23 novembre 2015 pour la première fois, et qu'il présentait alors un état anxio-dépressif caractérisé par une asthénie marquée, une humeur triste sans idée suicidaire, une anhédonie partielle, des troubles du sommeil et des attaques de panique survenant principalement dans des contextes de sollicitation importante de son attention ; à cette symptomatologie était associé selon la Dre G. _____ un ESPT chronique caractérisé par un syndrome de reviviscence de l'événement, une hyperactivité du système nerveux, des altérations cognitives et émotionnelles et un évitement des éléments rappelant le vécu traumatique, ainsi qu'une intolérance aux ambiances bruyantes. Se fondant sur ces constatations objectives, la Dre G. _____ a retenu les diagnostics d'état dépressif sévère (Hamilton dépression 32 ; F32.2) et d'ESPT chronique (F.43.1), et a entrepris un traitement consistant en antidépresseur et hypnotique en cas d'insomnie, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique axé sur la prise en charge de l'état dépressif, auquel a été associé un travail de stabilisation pour la gestion des douleurs, des attaques de panique, un travail d'acceptation des difficultés somatiques et de restauration de l'estime de soi et des ressources personnelles. Elle note dans ses rapports des 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 qu'après un an de prise en charge, à laquelle le recourant a montré une très bonne observance, elle constate une évolution lentement progressive des symptômes dépressifs (Hamilton dépression 20), une amélioration de l'humeur, un léger apaisement avec une diminution sensible de l'irritabilité et une meilleure gestion des douleurs dans certaines situations ; par contre, la symptomatologie anxieuse, avec de fréquentes attaques de panique, et celle liée à l'ESPT sont persistantes, avec notamment des troubles du sommeil récurrents invalidants. Le Dre G. _____ a encore décrit des limitations fonctionnelles liées aux atteintes à la santé qu'elle a observées, ajoutant à la baisse de la capacité de concentration dont il était déjà fait état dans le cadre de l'octroi de la demi-rente (OAI GE pce 96), des difficultés d'attention, de l'hyperréactivité émotionnelle, de l'hypervigilance, de l'irritabilité, de l'anxiété avec attaques de panique ayant de nombreux déclencheurs, par exemple en cas de vertiges, lors de la réalisation de certaines tâches nécessitant de l'équilibre, de l'attention ou de la concentration, dans des contextes bruyants ou encore dans des situations relationnelles conflictuelles et tendues. Elle estime en conséquence que l'état clinique de son patient n'est pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle et conclut à une incapacité totale de travail depuis janvier 2015, qu'elle motive par l'état dépressif, venu compliquer un ESPT déjà existant en 2007 suite à

l'accident ; elle explique à cet égard que l'ESPT évoqué à cette époque n'a pas été considéré dans l'atteinte à la santé du patient, ni dans sa capacité de travail résiduelle de 50% qui a probablement été trop importante.

E. 10.4

Au vu des rapports qui précèdent, émanant d'un médecin psychiatre, on ne saurait suivre la Dre I. _____ lorsqu'elle affirme, dans son avis du 10 décembre 2018, en quelques lignes et sans exposer les éléments sur lesquels elle se fonde pour s'écarter du diagnostic de la Dre G. _____, que « sur le plan psychiatrique, on peut retenir une dépression réactionnelle, ne présentant pas tous les symptômes pour un état dépressif sévère ». Le médecin SMR, qui n'est pas psychiatre, poursuit en indiquant que « le trouble dépressif s'est d'ailleurs amélioré sous traitement antidépresseur, de faible dosage », ce qui n'est pas exact, le traitement médicamenteux n'ayant qu'accompagné un traitement psychothérapeutique, consistant en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), communication non violente, techniques de stabilisation, relaxation, hypnose et autohypnose, prodigué au cours de dix-sept séances. Puis la Dre I. _____ déclare que « le traitement actuel consiste en un traitement à base de plantes, sans que l'assuré ne présente de symptômes de trouble dépressif sévère ». Or, s'il est vrai que l'ordonnance la plus récente au dossier, signée de la Dre G. _____ et datée du 5 septembre 2017, concerne le médicament Solevita forte (OAI GE pce 138 p. 1312 ; voir également [OAI GE pce 139]), à base de millepertuis, cette information ne saurait suffire à affirmer que l'intéressé ne présente pas ou plus de symptômes de trouble dépressif sévère. Ce d'autant que la Dre I. _____ n'a jamais vu l'intéressé et qu'à la date de son avis médical, le dernier diagnostic posé par un médecin psychiatre ayant examiné le recourant, à savoir la Dre G. _____, était toujours celui d'état dépressif sévère, bien qu'amélioré par le traitement suivi. On peut préciser à cet égard que la thérapie menée par la Dre G. _____ a été interrompue non pas par le recourant et en raison d'une amélioration de son état, mais parce que la SUVA avait cessé la prise en charge des soins psychiatriques. La Dre I. _____ termine en indiquant ne pas pouvoir « retenir le diagnostic de PTSD chronique, comme le commente le Dr H. _____ pour la SUVA ». Or, dans son appréciation du 19 octobre 2016 (OAI GE pce 136 p. 776 et 777), le Dr H. _____, qui est psychiatre, ne réfute pas le diagnostic d'ESPT ; il s'étonne plutôt que ce diagnostic ait été posé si tardivement dans une situation hautement médicalisée et estime qu'il devrait être vérifié ; il est d'avis en outre que si ce diagnostic était avéré, ce trouble serait vraisemblablement très peu accessible au traitement, compte tenu du fait que l'on se trouve à près de 8 à 9 ans de l'accident déclencheur. S'agissant de l'état dépressif, le Dr H. _____, qui n'a jamais rencontré le recourant, ne se prononce ni sur sa sévérité, ni d'ailleurs sur le cas particulier, se contentant de relever que la réaction dépressive « est typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL qui inclut la présence de troubles de l'audition [...] ». Enfin, l'appréciation du psychiatre de la SUVA n'a pas de caractère définitif, puisqu'il conclut en proposant de laisser encore trois mois de traitement à la Dre G. _____, puis de lui soumettre à nouveau le dossier pour évaluation. Ainsi, on ne voit pas comment le SMR a pu se fonder sur ce rapport pour tirer des conclusions contraires à celles de la Dre G. _____.

E. 10.5

Le Tribunal constate dès lors, au vu de ce qui précède, qu'une modification de l'état de santé du recourant au niveau psychique, ayant nécessité un suivi psychiatrique, est bel et bien survenue depuis la décision du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101).

E. 11.1

Cela étant, les éléments au dossier, y compris les rapports de la Dre G._____, lesquels sont pourtant de bonne facture, ne suffisent pas à conclure que les circonstances se sont modifiées dans une mesure propre à augmenter la rente du recourant. En particulier, ils ne sont pas conformes aux critères posés par la jurisprudence en matière de maladies psychiques.

E. 11.2

Selon cette jurisprudence en effet, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de maladies psychiques doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative. Les indicateurs établis par le Tribunal fédéral permettent de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de compensation de la personne concernée d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen est la présence d'un diagnostic émanant d'un e expert e (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3) d'une part et la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement) d'autre part, relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). L'application de cette jurisprudence permet d'objectiver autant que possible la gravité et le caractère invalidant de ces troubles qui présentent un problème de preuve inhérent, leurs causes et leurs répercussions fonctionnelles n'étant pas ou, à tout le moins, pas clairement objectivables Cette jurisprudence, d'abord développée au sujet des troubles somatoformes douloureux et des autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), a par la suite été étendue au trouble de stress post-traumatique (TSPT ; ATF 142 V 342 consid. 5.2), puis aux troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2).

E. 11.3

S'agissant du TSPT, ou ESPT, la Haute Cour a notamment rappelé que la détermination et la justification du diagnostic nécessitaient déjà une attention particulière. Il s'agit ainsi de se concentrer sur le critère de stress, c'est-à-dire sur le traumatisme déclencheur. Ce n'est pas à l'expert lui-même qu'il incombe en premier lieu ou uniquement de l'éclairer, mais il doit s'y référer. Dans la littérature, il est également fait référence au fait que l'apparition occasionnelle de flashbacks ou de cauchemars n'est pas suffisante pour constituer un TSPT. Il faut donc partir du principe que le TSPT est un trouble qui non seulement n'est pas lié à un événement organique, mais pour lequel il n'existe pas ou peu d'éléments objectivables, ce qui est notamment le cas de ses symptômes typiques (réminiscences, cauchemars ou rêves, reviviscence, comportement d'évitement, hypersensibilité, nervosité accrue). D'autres symptômes peuvent en outre s'ajouter, que l'on retrouve également dans d'autres troubles et qui nécessitent un examen différencié. L'évolution est également très variable et difficile à pronostiquer, et la chronicité, associée à un retrait social et à un manque de motivation, est

plutôt rare. Dans le cas d'un tableau clinique aussi difficile à saisir, purement subjectif, non objectivable et non spécifique, il convient, dans le cadre de l'établissement du diagnostic, de veiller tout particulièrement aux motifs d'exclusion (agression et autres). Puis, dans la mesure où il s'agit en fin de compte surtout de relever et de pondérer les effets du trouble sur la capacité de travail, il y a lieu, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type d'atteintes, d'appliquer la grille d'analyse comportant les indicateurs établis par la jurisprudence sur les troubles de nature psychosomatique, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini (voir supra consid. 11.2 ; ATF 142 V 342 consid. 5.2.2 et 5.2.3, et les réf. cit. ; Mestre Carvalho Susana, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, RSAS 2019 p. 59, 71).

E. 11.4

Ainsi, même si en l'espèce le diagnostic d'ESPT a été posé par une spécialiste en psychiatrie, les rapports de la Dre G. _____ n'apparaissent pas assez précis et détaillés pour que ce diagnostic et l'incapacité de travail totale à laquelle conclut la psychiatre soient confirmés par le Tribunal. L'anamnèse y est sommaire, et les constatations objectives que rapporte la psychiatre et qui l'ont conduite à poser le diagnostic d'ESPT constituent en définitive une liste des symptômes typiques de ce trouble, sans références suffisantes à la situation spécifique de l'intéressé (rapport du 14 mai 2017 [OAI GE pce 133 p. 703 et 704]) ; en outre, la caractéristique chronique de l'ESPT, qu'a retenue la Dre G. _____, n'est pas expliquée. Cela étant, le reproche fait par l'OAI GE à la psychiatre traitante dans la prise de position du 17 juin 2019 (TAF pce 6 p. 2 en bas), selon lequel elle n'aurait pas expliqué les motifs pour lesquelles elle a retenu ledit diagnostic, alors qu'un temps de latence particulièrement long s'est écoulé entre l'événement traumatisant et la survenance de la pathologie (voir à ce sujet ATF 142 V 342 consid. 5.2.2), n'a pas lieu d'être, car en l'occurrence, la psychiatre n'a pas diagnostiqué un ESPT à expression retardée, mais un ESPT qui aurait déjà existé en 2007, peu après l'accident, sans jamais être diagnostiqué ni considéré dans l'atteinte à la santé de l'intéressé. On peut d'ailleurs relever à cet égard que par le passé, des spécialistes ORL traitant l'intéressé avaient déjà évoqué ce diagnostic (rapports du Dr L. _____ du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350] et de la Dre C. _____ des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]), sans toutefois qu'un psychiatre n'ait alors été consulté pour en vérifier la pertinence. Les faiblesses des rapports de la Dre G. _____ relevés ci-avant ne permettent pas non plus d'évaluer, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de l'intéressé en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant ces capacités et, d'autre part, le potentiel de compensation du recourant. Ainsi les limitations fonctionnelles décrites par la psychiatre ont un caractère général et sont insuffisamment ancrées dans le cas particulier (voir supra consid. 10.3), de sorte qu'on ne parvient pas à établir leur effet dans tous les domaines de la vie ; par ailleurs, on ne connaît pas la situation personnelle et familiale du recourant, ni le contexte social dans lequel il évolue.

E. 11.5

Enfin, le rapport du 14 août 2019 du Dr K. _____ (TAF pce 11), si ce n'est qu'il atteste de la reprise d'un traitement de psychothérapie chez un psychiatre dès janvier 2019, ainsi que d'un traitement antidépresseur (Seroplex et Xanax [TAF pce 9]), n'apporte pas d'éléments complémentaires permettant de confirmer, ou d'infirmer, les diagnostics et conclusions retenues par la Dre G. _____. Le Dr K. _____ y fait quelques observations succinctes, sans même poser véritablement de diagnostic, se contentant d'indiquer que l'état de son

patient « est un syndrome dépressif persistant qui justifie des consultations régulières pratiquement mensuelles » et qui « reste fluctuant malgré la prise régulière d'un traitement antidépresseur », que son patient « vit avec cette difficulté au long cours étant donné qu'il a toujours la crainte de retomber dans un état dépressif d'une plus grande intensité » et que « toute contrariété le replonge dans une réactivation anxieuse et une anhédonie ». Sur la base de ces quelques remarques, le psychiatre conclut sans autre motivation que l'état de santé de l'intéressé « justifie son incapacité de travail à 100% qui avait été mise en place il y a 4 ans par le Dr B. _____ ».

E. 11.6

Il résulte de ce qui précède que la documentation médicale au dossier est insuffisante pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes psychiques dont souffre le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail, singulièrement, pour établir s'il existe une modification de la capacité de travail de l'intéressé justifiant une augmentation de sa rente. Or, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur cette documentation et, en particulier, sur les appréciations du SMR, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de révision. Elle aurait dû procéder au niveau psychiatrique à une instruction complémentaire avant de statuer (voir supra consid. 6.2.2).

E. 12.1

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations de l'AI.

E. 12.2

L'instruction à venir concernera l'état de santé psychique de l'intéressé. Une expertise psychiatrique sera ainsi organisée en Suisse - l'expert mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) -, auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.). Cette expertise devra répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (voir supra consid. 11.2 ; ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418).

E. 13.1

Au terme de cette instruction complémentaire, s'il devait s'avérer que le recourant présente une capacité résiduelle de travail, il appartiendra alors à l'OAI, au vu de l'âge de l'intéressé

- 63 ans à la date du présent arrêt et 64 en décembre 2022 -, d'appliquer la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes se trouvant proche de l'âge de la retraite - lequel est, en Suisse, de 65 ans pour les hommes (art. 21 al. 1 let. a LAVS [RS 831.10]), afin de déterminer si cette capacité résiduelle de travail est encore économiquement exploitable par l'intéressé (arrêts du TF 9C_237/2018 du 31 août 2018 consid. 5.2 ; 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.3).

E. 13.2

En effet, selon cette jurisprudence, bien qu'il incombe en règle générale à la personne assurée d'intégrer de son propre chef le marché du travail (voir notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et que son âge n'est en principe pas un élément déterminant, il y a lieu, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'une personne qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cette personne est en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (art. 7 et 16 LPGa). En effet, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (arrêts du TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne concernée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. La mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail dépend en effet notamment de la durée prévisible des rapports de travail, en particulier lors d'un changement professionnel. Ainsi, la jurisprudence reconnaît, le cas échéant, que l'âge (avancé) peut conduire, avec d'autres éléments personnels et/ou professionnels (taux d'activité exigible, éventail d'activités exigibles, formation et expérience professionnelle, absence prolongée du marché du travail), à ce que la capacité de travail résiduelle ne soit plus exigible de manière réaliste sur un marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 et 3.2 ; arrêts du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2).

E. 13.3

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour une personne proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment où il a été constaté, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, respectivement, dans le cas particulier, que la capacité de travail médico-théorique s'était péjorée, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

E. 13.4

Lorsqu'il appert que la capacité de travail résiduelle n'est plus économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui donne droit à une rente d'invalidité entière, également pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; 9C_437/2008 du

19 mars 2009 consid. 4.3. et 4.4 où l'on devait également tenir compte du taux d'invalidité dans le ménage ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2). En effet, lors de l'évaluation de l'invalidité, aucun revenu d'invalidité ne peut alors être pris en compte.

E. 14

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 25 février 2019 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 15

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de neuf pages, d'une réplique de deux pages, d'une écriture subséquente d'une page et de trois courriers.

E. 22

janvier 2007 (OAI GE pce 39) précédant cette décision, le Service médical régional AI (SMR), se fondant sur les rapports médicaux au dossier (voir OAI GE pce 13 p. 57 à 63 ; pce 14 à 19 ; pce 21 p. 105, 111, 125 et 126, 128, 130, 131, 139, 143 ; pce 35 p. 230 et 231), relevait en particulier que l'acuité visuelle était normale, mais qu'il persistait des céphalées et une photophobie ; il était également fait mention d'un trouble dépressif. Le SMR concluait à une capacité de travail de 100% dès juin 2001 dans des activités n'exigeant pas l'usage d'un véhicule ou l'utilisation prolongée d'un ordinateur. A.b Employé depuis février 2007 par une société de placement intérimaire et travaillant alors comme technicien de maintenance à Genève (OAI GE pce 44 p. 261 et 262, 359, 369 à 385), A._____ est victime, le 15 mai 2007, d'un nouvel accident de travail, lors duquel un extincteur explose, provoquant des atteintes de l'audition, des acouphènes et des vertiges (OAI GE pce 44 p. 366 et 367, p. 386). A partir du 4 juin 2007, la capacité de travail de l'intéressé oscille entre 0%, 50% et 100% (certificats médicaux du Dr B._____, médecin généraliste traitant [OAI GE pce 44 p. 270, 277, 286, 296, 304, 308, 309, 311, 320, 332, 334, 337, 340, 341 ; pce 48 ; pce 56 p. 425, 429 ; pce 63 p. 449, 455 ; pce 69 p. 473, 475, 481 ; pce 71 p. 486, 490 ; pce 72 p. 497 ; pce 84] ; résumé des incapacités de travail par la SUVA, 17 mars 2010 : OAI GE pce 87).

C-1471/2019 Page 3 Les spécialistes ORL consultés suite à l'accident diagnostiquent un hydrogène endolymphatique post-traumatique et un traumatisme acoustique bilatéral, prédominant à gauche (OAI GE pce 44 p. 267 à 269, 279, 297 à 300 ; rapport médical LAA du 4 juin 2007 et rapport du 29 novembre 2007 de la Dre C._____, médecin ORL [OAI

GE pce 44 p. 355, 323 et 324] ; rapports du Pr D. _____ des 15 et 19 février 2008 [OAI GE pce 44 p. 280 et 281]). Le 17 avril 2008, l'intéressé subit une intervention au niveau de l'oreille gauche, consistant en la pose d'un drain transtympanique en titane (rapport opératoire de la Dre C. _____ [OAI GE pce 44 p. 271]). Le 3 juin 2008, l'intéressé dépose une seconde demande de prestations AI (OAI GE pce 43). Il a alors repris à 50% son activité de technicien de maintenance, qu'il exercera jusqu'au 30 septembre 2008, date à laquelle sa mission temporaire se termine (OAI GE pce 66 ; certificats médicaux des 27 mai, 4 septembre, 1er octobre, 1er novembre 2008 du Dr B. _____ [OAI GE pce 48 ; pce 56 p. 425 et 426 ; pce 63 p. 449 et 455] ; voir également OAI GE pce 56 p. 428 ; pce 63 p. 446 et 456). L'intéressé travaillera ensuite, à 50%, comme agent technique dans un emploi considéré comme protégé, auprès de la Communauté d'agglomération de Z. (OAI GE pce 82 p. 541 et 542 ; pce 84, TAF pce 1 p. 3). Se fondant sur les documents versés en cause (Dre C. _____ : rapports médicaux et courriers à la SUVA des 16 juillet, 16 octobre et 22 décembre 2008, puis 26 mars 2009 [OAI GE pce 56 p. 427 ; pce 63 p. 450 ; pce 69 p. 478 ; pce 71 p. 488 ; également entretien téléphonique du 8 mai 2009 [OAI GE pce 71 p. 485] ; rapport médical du 7 septembre 2009 [OAI GE pce 75] et courriers à l'OAI GE des 18 janvier et 22 juin 2010 [OAI GE pce 86 ; pce 94] ; Dr B. _____ : rapports des 13 février 2008 et 21 septembre 2009 [OAI GE pce 44 p. 295 ; pce 76] ; Dr E. _____, spécialiste ORL, SUVA : appréciations des 10 avril 2008 et 19 juin 2009 [OAI GE pce 44 p. 272 à 275 ; pce 72 p. 495 et 498]), le SMR, dans un rapport du 26 juillet 2010 (OAI GE pce 96), retient comme atteinte principale à la santé un status post-barotraumatisme avec hypoacousie de perception bilatérale prédominant à gauche et un syndrome de type méniérisiforme et, comme pathologie associée, une dépression réactionnelle. Fixant le début de l'incapacité de travail au 4 juin 2007, le SMR considère que la capacité de travail est de 50% dès le 1er décembre 2009 dans une activité qui, comme celle exercée auprès de la Communauté d'agglomération de Z., tient compte des limitations fonctionnelles observées.

C-1471/2019 Page 4 Par décision du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101), l'OAIE octroie à l'intéressé une demi-rente d'invalidité du 1er juin au 30 novembre 2008, puis une rente entière du 1er décembre 2008 au 30 novembre 2009, et enfin, une demi-rente à partir du 1er décembre 2009. A.c Au mois de juillet 2012, l'OAI GE entreprend une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de l'intéressé (OAI GE pce 105) et requiert un rapport de la Dre C. _____ (rapport des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109 ; voir également OAI GE pce 136 p. 935, 936, 953]) et du Dr B. _____ (rapport du 12 septembre 2012 [OAI GE pce 111]). Dans un avis du 18 février 2013 (OAI GE pce 114), le SMR estime que l'état de santé de l'intéressé est stationnaire. Par communication du 20 février 2013 (OAI GE pce 115), l'Office cantonal informe l'intéressé que son degré d'invalidité n'a pas changé et qu'il continue de bénéficier d'une demi-rente. B. Par correspondance du 18 octobre 2016, reçue le 26 octobre 2016 (OAI GE pce 117), A. _____ informe l'OAI GE de l'aggravation de son état de santé, indiquant qu'il est en arrêt de travail depuis le 12 janvier 2015 (OAI GE pce 136 p. 887). Il demande que sa situation soit réexaminée. Il ressort des documents produits dans ce cadre qu'en février 2013, la Dre C. _____, devant les vertiges récurrents dont souffre son patient, les acouphènes et les douleurs d'oreilles, de l'hémiface et temporales gauches pour lesquelles elle ne trouve pas de solution, ainsi qu'en raison d'une baisse de l'acuité auditive bilatérale, a adressé son patient au Dr F. _____, otoneurologue, pour évaluation et également pour une prise en charge par hypnose ; de la physiothérapie vestibulaire a également été mise en place en mai 2015 (OAI GE pce 136 p. 875 à 879). En novembre 2015, une thérapie débute

auprès de la Dre G. _____, psychiatre (OAI GE pce 136 p. 758, 759 et 872). Après avoir consulté et requis des rapports ORL des Drs C. _____ (OAI GE pce 132 p. 690 à 702), F. _____ (OAI GE pces 126 et 136) et E. _____ (OAI GE pce 136 p. 733 à 736, 738 et 739), des rapports psychiatriques de la Dre G. _____ (OAI GE pce 118 ; pce 133 p. 703 à 706 ; pce 136 p. 854 et 855 ; pce 139) et du Dr H. _____, psychiatre auprès de la SUVA (OAI GE pce 136 p. 776 et 777), ainsi que du Dr B. _____ (OAI GE pces 121, 138, 143), la Dre I. _____, médecin généraliste et interniste auprès du SMR, estime dans un avis du C-1471/2019 Page 5 10 décembre 2018 (OAI GE pce 145), que l'intéressé ne présente pas d'aggravation objective de ses problèmes ORL. Sur le plan psychiatrique, la Dre I. _____ relève que l'intéressé souffre d'une dépression réactionnelle ne présentant pas les symptômes d'un état dépressif sévère et que le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) chronique ne peut pas être retenu. Le médecin SMR, suivi en procédure d'audition par son confrère, le Dr J. _____ (avis du 6 février 2019 [OAI GE pce 154]), s'en tient donc aux conclusions de l'avis du SMR du 26 juillet 2010 (voir également avis des 2 mai et 5 septembre 2017, puis du 23 mai 2018 [OAI GE pce 123 ; pce 134 ; pce 141]). Par décision du 25 février 2019 (OAI GE pce 157), l'OAIE confirme le projet de décision du 11 décembre 2018 (OAI GE pce 146), contesté par l'intéressé dans des observations du 24 janvier 2019 (OAI GE pce 152), et rejette la demande d'augmentation de rente déposée par A. _____ dont le droit à une demi-rente fondé sur un degré d'invalidité de 50% reste inchangé. C. C.a Le 26 mars 2019, l'intéressé, représenté par le syndicat Unia, à Genève, interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Il conclut principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière à partir du 26 octobre 2016. Il maintient que son état de santé a évolué défavorablement jusqu'à l'empêcher d'exercer toute activité dès janvier 2015, en raison de troubles psychologiques de plus en plus prononcés, de l'existence d'acouphènes, de vertiges accompagnés de chutes et des hypoacusies. Il joint à son recours une documentation médicale d'ores et déjà au dossier (TAF pce 1). C.b Par réponse du 20 juin 2019, l'OAIE, renvoyant à la prise de position de l'OAI GE, propose le rejet du recours. Dans sa prise de position du 17 juin 2019, l'Office cantonal soutient que l'instruction menée en procédure de révision n'a pas permis d'objectiver une détérioration de l'état de santé du recourant ; il estime avoir considéré à juste titre qu'au niveau somatique, la situation était inchangée depuis la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et qu'au niveau psychiatrique, le recourant présente une dépression réactionnelle non incapacitante, comme cela avait été retenu également lors de la dernière décision entrée en force (TAF pce 6).

C-1471/2019 Page 6 C.c Dans un courrier du 21 juin 2019 (TAF pce 7), le recourant informe le Tribunal qu'il a été licencié le 14 juin 2019 par la Communauté d'agglomération de Z. en raison de son incapacité de travail définitive (TAF pce 7). Dans sa réplique du 15 août 2019 (TAF pce 9), il indique avoir repris, depuis le 22 janvier 2019, des séances chez un psychiatre, le Dr K. _____, dont il produira un rapport le 20 août 2019 (TAF pce 11). Le recourant verse également au dossier un arrêt du 28 juin 2019 rendu par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève dans la cause l'opposant à la SUVA ; dans cet arrêt, la Chambre des assurances sociales constate que les troubles psychiques sont en relation de causalité avec l'accident du 15 mai 2007. C.d Par duplique du 27 septembre 2019 (TAF pce 13), l'autorité inférieure maintient ses conclusions précédentes. L'Office cantonal, dans sa prise de position du 23 septembre 2019, considère

que le rapport précité du Dr K. _____ n'est pas de nature à influencer l'appréciation de la capacité de travail au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce que le recourant conteste dans une écriture subséquente du 10 octobre 2019 (TAF pce 15). Droit : 1. 1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). 1.2 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20] ; voir également art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201], en particulier art. 40 al. 2 et 3 RAI). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 2 à 4), le recours est recevable.

C-1471/2019 Page 7 2. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). 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 ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 3. 3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 25 février 2019, date de la décision litigieuse. Les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au RAI (RO 2021 706), entrées en vigueur le 1er janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. 3.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 25 février 2019). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération

C-1471/2019 Page 8 lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). 3.3 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français, domicilié en France, ayant travaillé en Suisse, l'affaire présente un aspect transfrontalier (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP [RS 0.142.112.681]), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALPC). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'AI suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). 4. 4.1 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 (al. 1). De même, 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 (al. 2).

C-1471/2019 Page 9 En application de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 4.2 Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la demande de révision ; elle doit alors examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne concernée est effectivement survenue. Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la décision précédente, passée en force, ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Sinon, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à des prestations et de statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 130 V 71 consid. 3 ; 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 262 consid. 3 ; 109 V 108 consid. 2, en particulier 2b ; arrêts du TF 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4 ; I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2 ; I 490/03

du 25 mars 2004 ; arrêts du TAF C-7302/2016 du 12 octobre 2020 consid. 4.2 et 4.4 ; C-6221/2008 du 9 septembre 2011 consid. 3 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance- invalidité [LAI], Genève■Zurich■Bâle 2018, n° 27 ss ad art. 31). 4.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a), en ce sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 11 ss ad art. 31). Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité justifiant la révision du droit à des prestations au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision

C-1471/2019 Page 10 avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et les réf. cit.). 4.4 En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du

E. 25

février 2019 (OAIE pce 157), par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de révision de l'intéressé au motif que les éléments médicaux transmis ne permettent pas de retenir une aggravation durable de son état de santé. Dès lors que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la demande de révision, le Tribunal doit examiner, dans un premier temps, si l'état de santé et/ou ses conséquences sur la capacité de gain de l'intéressé ont bel et bien subi un changement, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101) octroyant au recourant, en particulier, une demi-rente à partir du 1er décembre 2009, cette décision constituant la dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et les faits qui ont existé jusqu'au 25 février 2019, date de la décision litigieuse. Puis, le cas échéant, le Tribunal jugera, dans un deuxième temps, si la modification constatée suffit à fonder une invalidité permettant d'augmenter la rente allouée ou si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de révision du recourant. La communication du 20 février 2013 (OAI GE pce 115), rendue suite à la révision d'office entreprise par l'Office AI, s'avère n'être quant à elle qu'une confirmation formelle du droit du recourant à une demi- rente d'invalidité, suite au constat, par l'administration, d'une situation demeurée inchangée. 5. 5.1 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). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant

C-1471/2019 Page 11 d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGA). 5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. 6. 6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). 6.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

C-1471/2019 Page 12 6.2.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 33 ad art. 57). 6.2.2 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou

principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 43 ad art. 57). Les prises de position des SMR doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne

C-1471/2019 Page 13 concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Par ailleurs, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent là aussi donner lieu à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). 6.2.3 Les rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, doivent quant à eux être appréciés avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son ou sa patiente, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 48 et 49 ad art. 57). 7. 7.1 Dans le cadre de la demande de prestations ayant abouti à l'octroi de la demi-rente d'invalidité (décision du 1er novembre 2010 [OAI GE pce 101]), des rapports de la Dre C. _____ et du Pr D. _____, médecins ORL, du Dr L. _____, neurologue, du Dr B. _____, médecin généraliste traitant, et du Dr E. _____, médecin ORL auprès de la SUVA, ont été produits. La Dre C. _____, qui a pris en charge le recourant au niveau ORL suite à l'accident du 15 mai 2007, considérait dans ses derniers rapports, en particulier dans le rapport médical du 7 septembre 2009 à l'OAI GE (OAI C-1471/2019 Page 14 GE pce 75), que la situation était stabilisée, une amélioration étant peu probable. Elle posait le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'hydrops endolymphatique retardé à gauche post-traumatique (syndrome de type ménièreiforme), diagnostic partagé par le Pr D. _____ (rapport du 19 février 2008 [OAI GE pce 44 p. 280]), et celui, sans effet sur la capacité de travail, d'hypoacousie de perception

post-traumatique bilatérale prédominant à gauche. Elle décrivait des vertiges, des troubles de l'équilibre invalidants, des acouphènes, une hypoacousie et des céphalées, provoquant une fatigue importante physique et psychologique. Elle estimait sur cette base qu'il existait une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations décrites. Consulté par la Dre C._____, le Dr L._____ considérait pour sa part que l'ensemble de la clinique était en faveur d'une céphalée de tension dans le cadre d'un probable syndrome post-traumatique lié aux deux accidents subis (rapport du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350]). Le Dr B._____ retenait quant à lui le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de vertiges et de bruit dans l'oreille gauche, et celui, sans effet sur la capacité de travail, de dépression réactionnelle. Il estimait que la capacité de travail pouvait être de 50% si l'activité se déroulait au calme et n'exigeait pas de tâches en hauteur (rapports des 13 février 2008 et 21 septembre 2009 [OAI GE pce 44 p. 295 ; pce 76]). Se prononçant pour la SUVA, le Dr E._____ était lui aussi d'avis que l'état du patient était largement stabilisé et qu'on ne pouvait plus exiger de lui que des activités légères, en position assise, à 50% au maximum (appréciations des 10 avril 2008 et 19 juin 2009 [OAI GE pce 44 p. 272 à 275 ; pce 72 p. 495 et 498]). 7.2 Il ressort dès lors de cette documentation, ainsi que l'a retenu le SMR dans son rapport du 26 juillet 2010 (OAI GE pce 96), qu'à l'époque de la décision d'octroi de la demi-rente du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101), le recourant souffrait, comme atteinte principale à la santé, d'un status post-barotraumatisme avec hypoacousie de perception bilatérale prédominant à gauche et d'un syndrome de type méniérisiforme. Il présentait des troubles de l'équilibre, des vertiges fréquents, des céphalées et des acouphènes, dont il découlait une fatigue importante. Cela limitait l'intéressé à exercer, à 50% au maximum, une activité professionnelle permettant une position assise ou semi sédentaire avec des déplacements à plat, et évitant le travail en hauteur, la conduite de véhicules et d'engins, le travail en zone bruyante, le port de charges supérieures à 20kg et le

C-1471/2019 Page 15 travail à genoux ou accroupi ; sa capacité de résistance et de concentration était également réduite de 50%. Comme pathologie associée, l'intéressé présentait, au niveau psychiatrique, une dépression réactionnelle, toutefois sans incidence sur la capacité de travail. 8. Dans le cadre de la demande de révision déposée par l'intéressé en octobre 2016 (OAI GE pce 117), de nouveaux documents médicaux sont produits. 8.1 8.1.1 Dans trois rapports des 22 mars, 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 (OAI pce 136 p. 854 et 855 ; pce 118 ; pce 133 p. 703 à 706), la Dre G._____, qui a pris en charge l'intéressé à partir du 23 novembre 2015, pose les diagnostics d'état dépressif sévère (Hamilton dépression 32 en novembre 2015 et 20 en novembre 2016) et d'ESPT chronique (F32.2 et F43.1). Elle constate après un an de traitement une persistance de la symptomatologie anxieuse et de nombreux symptômes d'ESPT engendrant des limitations fonctionnelles. Elle conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité dès janvier 2015 (OAI GE pce 118 ; voir également rapport à la SUVA du 22 mars 2016 [OAI GE pce 136 p. 854 et 855]). 8.1.2 Dans un rapport de consultation du 28 novembre 2016 (OAI GE pce 126), le Dr F._____ relève, outre un important déficit auditif (rapport du 21 décembre 2015 à la SUVA [OAI GE pce 136 p. 868 et 869]), que l'examen clinique ne démontre pas d'anomalie de la fonction vestibulaire périphérique. Il estime que les douleurs péri-auriculaires dont se plaint le recourant pourraient être en rapport avec une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire et, par ailleurs, qu'une prise en charge psychiatrique est essentielle. 8.1.3 La Dre C._____ note pour sa part, dans un rapport du 18 mai 2017 (OAI GE pce 132 p. 690 à 697), les diagnostics de surdité bilatérale importante et de vertiges post-traumatiques depuis 2007. Elle estime qu'on ne peut s'attendre à une

amélioration de la capacité de travail, mais renvoie aux Drs G. _____ et B. _____ pour une évaluation plus précise de cette capacité. Elle joint différents rapports à ce document : un rapport du 6 juin 2016, dans lequel elle indique que les épisodes de vertiges et de chutes qu'aurait présentés le patient au printemps 2016 peuvent faire penser à des « drop attacks » ou « crises de Tumarkin » ; un rapport du 9 novembre

C-1471/2019 Page 16 2016 à la SUVA, dans lequel elle conclut que la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sont à déterminer en fonction de l'état psychologique du patient ; un rapport du 11 janvier 2017, contenant les mêmes éléments que celui du 9 novembre 2016 (OAI GE pce 132 p. 698 à 702). 8.1.4 De son côté, le Dr B. _____, dans un rapport du 10 novembre 2016 (OAI GE pce 121), explique que son patient a été placé en arrêt de travail à partir de janvier 2015 en raison de l'aggravation de son état, se manifestant par des douleurs, des vertiges de l'oreille gauche accompagnés de chutes, et une altération de l'état psychique. Le médecin traitant confirme ses conclusions dans un rapport ultérieur, daté du 20 septembre 2017 (OAI GE pce 138), notant que l'état de santé de son patient est stationnaire et qu'il est en quête d'un psychiatre en France, puis dans un rapport du 28 mai 2018 (OAI GE pce 143), dans lequel il indique que l'état de l'intéressé s'est aggravé. 8.1.5 Se prononçant pour la SUVA, le Dr H. _____, psychiatre, s'étonne, dans une appréciation du 19 octobre 2016 (OAI GE pce 136 p. 776 et 777), que le diagnostic d'ESPT chronique, qui demanderait à être vérifié, ait été posé si tardivement dans la situation présente. En ce qui concerne la réaction dépressive, elle serait typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL. Pour sa part, le Dr E. _____ indique que l'ouïe de l'intéressé s'est nettement détériorée, mais que l'incapacité de travail ne peut pas être expliquée de manière plausible dans son domaine de spécialité (appréciation du 30 décembre 2016, traduite le 16 janvier 2017 [OAI GE pce 136 p. 738 et 739, 747 et 748]). 8.1.6 En procédure de recours, un rapport du 14 août 2019 du Dr K. _____ fait état d'un syndrome dépressif persistant ; le praticien conclut à une incapacité de travail de 100% (TAF pce 11). 8.2 Se prononçant sur la base des documents précités, la Dre I. _____, estime, dans un avis du 10 décembre 2018 (OAI GE pce 145), que l'intéressé ne présente pas d'aggravation objective de ses problèmes ORL. Sur le plan psychiatrique, la Dre I. _____ considère que l'intéressé souffre d'une dépression réactionnelle ne présentant pas les symptômes d'un état dépressif sévère, et, se fondant sur l'appréciation du Dr H. _____, que le diagnostic d'ESPT chronique ne peut pas être retenu. La Dre I. _____ s'en tient donc aux conclusions de l'avis du SMR

C-1471/2019 Page 17 du 26 juillet 2010. En procédure d'audition, le Dr J. _____, médecin auprès du SMR, confirme l'avis de la Dre I. _____ (avis du 6 février 2019 [OAI GE pce 154]). 9. A l'examen des documents qui précèdent, le Tribunal constate, comme le SMR, qu'au niveau somatique, la situation ne s'est pas modifiée, du moins de manière à influencer les droits du recourant. 9.1 En effet, il ressort des documents médicaux produits que, dès février 2013, l'intéressé a présenté, outre les vertiges et les acouphènes dont il souffrait déjà auparavant, des otalgies, tout d'abord unilatérales gauches, puis bilatérales, et une baisse de l'acuité auditive, raisons pour lesquelles la Dre C. _____ a adressé son patient au Dr F. _____, otoneurologue (OAI GE pce 136 p. 875 à 879). Or, le Dr F. _____, dans ses rapports des 28 septembre et 21 décembre 2015, ainsi que du 28 novembre 2016 (OAI GE pce 136 p. 758 et 759, p. 868 ; pce 126), relève que, hormis une hypoacousie assez marquée, bilatérale, que le patient n'a pas envie d'appareiller et dont il ne semble pas trop souffrir au quotidien, l'examen oto-neurologique ne montre rien de

particulier, notamment aucune anomalie de la fonction vestibulaire périphérique, de sorte qu'il manque un support « organique » pouvant expliquer les différentes plaintes, relativement polymorphes, du patient. Le Dr F._____ pense ainsi que le problème, devenu chronique, se situe au niveau du ressenti et met l'intéressé en contact avec la Dre G._____ pour un bilan psychiatrique. 9.2 Les observations de la Dre C._____, dans ses différents rapports, des 6 juin et 9 novembre 2016, ainsi que des 11 janvier et 18 mai 2017 (OAI GE pce 132 p. 690 à 702), vont pour l'essentiel dans le même sens. Elle y fait état d'épisodes de chutes et de vertiges rapportés par l'intéressé, qui seraient survenus dès le printemps 2016 et qui ont motivé la dernière consultation qu'elle a eue avec son patient, le 6 juin 2016. Elle explique toutefois qu'elle ne peut se prononcer formellement quant au diagnostic à poser et considère qu'il n'est pas exclu que ces symptômes surviennent dans le contexte d'état anxio-dépressif et de stress post-traumatique. Elle renvoie ainsi pour plus d'informations aux Drs F._____ et G._____ et conclut que l'éventuelle capacité de travail, comme les limitations fonctionnelles que pourrait présenter le recourant, sont à déterminer en fonction de l'état psychologique du patient. Dans son rapport le plus récent, du 18 mai 2017, elle note les diagnostics de surdité bilatérale importante et de vertiges post-traumatiques depuis 2007 ; cependant, les limitations fonctionnelles qu'elle retient alors, en particulier les activités en hauteur,

C-1471/2019 Page 18 qui sont interdites, et les activités nécessitant de bien entendre, qui sont extrêmement limitées, ne sont pas plus étendues que celles retenues dans le cadre de l'octroi de la demi-rente ; quant à la capacité de travail, elle estime qu'on ne peut s'attendre à une amélioration et renvoie là encore, pour plus de précisions, à la Dre G._____, ainsi qu'au Dr B._____, généraliste traitant. 9.3 Or, le Dr B._____, s'il indique avoir placé son patient en arrêt de travail à 100% à partir de janvier 2015 en raison de l'aggravation de son état, note, tout comme les médecins spécialistes précités, que cette aggravation s'est manifestée par des douleurs d'oreilles, des vertiges accompagnés de chutes et une altération de l'état psychique. Pas plus que les spécialistes ORL, il ne fait état dans ses rapports, d'ailleurs succincts, peu clairs et, pour certains, peu lisibles, d'éléments objectifs permettant d'expliquer au niveau somatique l'aggravation qu'il rapporte (OAI GE pces 121, 138, 143). Il ressort d'ailleurs de ces documents que le Dr B._____ recherche avant tout, pour son patient, un médecin psychiatre en vue d'un suivi psychiatrique. 9.4 Il y a encore lieu de mentionner que le Dr E._____, spécialiste ORL qui se prononce pour la SUVA, relève lui aussi une nette aggravation de la surdité neurosensorielle bilatérale, pour laquelle l'intéressé devrait être équipé d'appareils auditifs. Cela étant, il considère que l'incapacité totale de travail ne peut pas s'expliquer de manière plausible au niveau ORL (appréciation traduite le 16 janvier 2017 [OAI GE pce 136 p. 738 et 739]). 9.5 Enfin, on peut ajouter que déjà au cours de la procédure de révision d'office entreprise en juillet 2012 (OAI GE pce 105), ayant abouti au maintien de la demi-rente du recourant (OAI GE pce 115), la Dre C._____ indiquait une baisse de l'audition et une aggravation de la symptomatologie vertigineuse, laquelle ne pouvait être objectivée par des examens (rapport des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]). Elle expliquait que les résultats des examens effectués s'étaient avérés normaux et qu'une consultation médico-psychologique conjointe avait dès lors été proposée au patient. La Dre C._____ concluait pourtant toujours à une capacité de travail de 50%. 9.6 Ainsi, au niveau somatique, seule la détérioration de l'ouïe est objectivement établie, sans qu'on puisse cependant y corrélérer une péjoration de la capacité de travail. Les autres symptômes dont l'intéressé dit qu'ils se sont aggravés, à savoir les vertiges avec chutes et les otalgies, ne trouvent pas d'explication objective auprès des

médecins, et les

C-1471/2019 Page 19 spécialistes ORL consultés y voient bien plutôt la manifestation de troubles psychiatriques. 10. S'agissant justement de ces troubles, le Tribunal ne peut se rallier à cet égard aux conclusions que prend le SMR dans son avis du 10 décembre 2018, et soutenir, comme le fait la Dre I. _____, qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé psychologique du recourant. 10.1 Il ressort en effet des pièces au dossier qu'à l'époque de la décision d'octroi de la demi-rente d'invalidité (décision du 1er novembre 2010 [OAI GE pce 101]), une dépression réactionnelle, toutefois sans incidence sur la capacité de travail, avait été retenue (rapport du 26 juillet 2010 [(OAI GE pce 96)]. Le Dr L. _____, neurologue consulté notamment pour des céphalées, avait mentionné un probable syndrome post-traumatique (rapport du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350]), et le Dr B. _____ diagnostiquait une dépression réactionnelle (rapports des 13 février 2008 et 21 septembre 2009 [OAI GE pce 44 p. 295 ; pce 76]). Cependant, aucun médecin spécialiste n'avait été consulté. La dépression était soignée par le Dr B. _____, lequel prescrivait du Prozac à son patient. Le Dr B. _____ estimait d'ailleurs que ce dernier pouvait travailler à 50% dans une activité se déroulant au calme, ce que l'intéressé avait été effectivement capable de réaliser (voir Faits A.b). 10.2 Puis, au cours de la procédure de révision d'office entreprise en juillet 2012, la Dre C. _____ rapportait que des essais de traitements par anti-dépresseur avaient eu lieu, qui n'avaient toutefois pas été supportés, et que les examens au niveau somatique n'ayant rien révélé d'anormal pouvant expliquer l'intensité des vertiges ressentis par l'intéressé, une consultation médico-psychologique avait été proposée au patient ; cette consultation s'était déroulée auprès d'une psychologue en août 2012, dont il était ressorti que le patient présentait probablement un syndrome de stress post-traumatique et qu'il serait souhaitable qu'il soit vu par un psychiatre. Selon la Dre C. _____ cependant, la capacité de travail, s'il n'était pas envisageable de l'augmenter, restait de 50% (rapport des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]), taux que le recourant était parvenu à maintenir jusqu'en janvier 2015, sans autre suivi au niveau psychiatrique que celui de son généraliste, l'intéressé ne souhaitant pas voir un autre médecin (entretiens téléphoniques avec la SUVA des 11 mai et 24 juillet 2012 [OAI GE pce 136 p. 945 et 946]).

C-1471/2019 Page 20 10.3 Or, dans le cadre de la demande de révision, le recourant produit trois rapports de la Dre G. _____, médecin psychiatre, à laquelle l'a référé le Dr F. _____, au vu de la persistance de la symptomatologie ORL et du manque de support « organique » pouvant expliquer cette symptomatologie qui a conduit l'intéressé à cesser son activité professionnelle (rapport du 21 décembre 2015 [OAI GE pce 136 p. 868]). Il ressort de ces rapports des 22 mars, 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 (OAI pce 136 p. 854 et 855 ; pce 118 ; pce 133 p. 703 à 706) que la Dre G. _____ a reçu le recourant le 23 novembre 2015 pour la première fois, et qu'il présentait alors un état anxio-dépressif caractérisé par une asthénie marquée, une humeur triste sans idée suicidaire, une anhédonie partielle, des troubles du sommeil et des attaques de panique survenant principalement dans des contextes de sollicitation importante de son attention ; à cette symptomatologie était associé selon la Dre G. _____ un ESPT chronique caractérisé par un syndrome de reviviscence de l'événement, une hyperactivité du système nerveux, des altérations cognitives et émotionnelles et un évitement des éléments rappelant le vécu traumatique, ainsi qu'une intolérance aux ambiances bruyantes. Se fondant sur ces constatations objectives, la Dre G. _____ a retenu les diagnostics d'état dépressif sévère (Hamilton dépression 32 ; F32.2)

et d'ESPT chronique (F.43.1), et a entrepris un traitement consistant en antidépresseur et hypnotique en cas d'insomnie, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique axé sur la prise en charge de l'état dépressif, auquel a été associé un travail de stabilisation pour la gestion des douleurs, des attaques de panique, un travail d'acceptation des difficultés somatiques et de restauration de l'estime de soi et des ressources personnelles. Elle note dans ses rapports des 2 novembre 2016 et 14 mai 2017 qu'après un an de prise en charge, à laquelle le recourant a montré une très bonne observance, elle constate une évolution lentement progressive des symptômes dépressifs (Hamilton dépression 20), une amélioration de l'humeur, un léger apaisement avec une diminution sensible de l'irritabilité et une meilleure gestion des douleurs dans certaines situations ; par contre, la symptomatologie anxieuse, avec de fréquentes attaques de panique, et celle liée à l'ESPT sont persistantes, avec notamment des troubles du sommeil récurrents invalidants. Le Dre G._____ a encore décrit des limitations fonctionnelles liées aux atteintes à la santé qu'elle a observées, ajoutant à la baisse de la capacité de concentration dont il était déjà fait état dans le cadre de l'octroi de la demi-rente (OAI GE pce 96), des difficultés d'attention, de l'hyperréactivité C-1471/2019 Page 21 émotionnelle, de l'hypervigilance, de l'irritabilité, de l'anxiété avec attaques de panique ayant de nombreux déclencheurs, par exemple en cas de vertiges, lors de la réalisation de certaines tâches nécessitant de l'équilibre, de l'attention ou de la concentration, dans des contextes bruyants ou encore dans des situations relationnelles conflictuelles et tendues. Elle estime en conséquence que l'état clinique de son patient n'est pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle et conclut à une incapacité totale de travail depuis janvier 2015, qu'elle motive par l'état dépressif, venu compliquer un ESPT déjà existant en 2007 suite à l'accident ; elle explique à cet égard que l'ESPT évoqué à cette époque n'a pas été considéré dans l'atteinte à la santé du patient, ni dans sa capacité de travail résiduelle de 50% qui a probablement été trop importante. 10.4 Au vu des rapports qui précèdent, émanant d'un médecin psychiatre, on ne saurait suivre la Dre I._____ lorsqu'elle affirme, dans son avis du 10 décembre 2018, en quelques lignes et sans exposer les éléments sur lesquels elle se fonde pour s'écarter du diagnostic de la Dre G._____, que « sur le plan psychiatrique, on peut retenir une dépression réactionnelle, ne présentant pas tous les symptômes pour un état dépressif sévère ». Le médecin SMR, qui n'est pas psychiatre, poursuit en indiquant que « le trouble dépressif s'est d'ailleurs amélioré sous traitement antidépresseur, de faible dosage », ce qui n'est pas exact, le traitement médicamenteux n'ayant qu'accompagné un traitement psychothérapeutique, consistant en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), communication non violente, techniques de stabilisation, relaxation, hypnose et autohypnose, prodigué au cours de dix-sept séances. Puis la Dre I._____ déclare que « le traitement actuel consiste en un traitement à base de plantes, sans que l'assuré ne présente de symptômes de trouble dépressif sévère ». Or, s'il est vrai que l'ordonnance la plus récente au dossier, signée de la Dre G._____ et datée du 5 septembre 2017, concerne le médicament Solevita forte (OAI GE pce 138 p. 1312 ; voir également [OAI GE pce 139]), à base de millepertuis, cette information ne saurait suffire à affirmer que l'intéressé ne présente pas ou plus de symptômes de trouble dépressif sévère. Ce d'autant que la Dre I._____ n'a jamais vu l'intéressé et qu'à la date de son avis médical, le dernier diagnostic posé par un médecin psychiatre ayant examiné le recourant, à savoir la Dre G._____, était toujours celui d'état dépressif sévère, bien qu'amélioré par le traitement suivi. On peut préciser à cet égard que la thérapie menée par la Dre G._____ a été interrompue non pas par le recourant et en raison d'une amélioration de son état, mais parce que la SUVA avait cessé la prise en

charge des soins psychiatriques.

C-1471/2019 Page 22 La Dre I. _____ termine en indiquant ne pas pouvoir « retenir le diagnostic de PTSD chronique, comme le commente le Dr H. _____ pour la SUVA ». Or, dans son appréciation du 19 octobre 2016 (OAI GE pce 136 p. 776 et 777), le Dr H. _____, qui est psychiatre, ne réfute pas le diagnostic d'ESPT ; il s'étonne plutôt que ce diagnostic ait été posé si tardivement dans une situation hautement médicalisée et estime qu'il devrait être vérifié ; il est d'avis en outre que si ce diagnostic était avéré, ce trouble serait vraisemblablement très peu accessible au traitement, compte tenu du fait que l'on se trouve à près de 8 à 9 ans de l'accident déclencheur. S'agissant de l'état dépressif, le Dr H. _____, qui n'a jamais rencontré le recourant, ne se prononce ni sur sa sévérité, ni d'ailleurs sur le cas particulier, se contentant de relever que la réaction dépressive « est typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL qui inclut la présence de troubles de l'audition [...] ». Enfin, l'appréciation du psychiatre de la SUVA n'a pas de caractère définitif, puisqu'il conclut en proposant de laisser encore trois mois de traitement à la Dre G. _____, puis de lui soumettre à nouveau le dossier pour évaluation. Ainsi, on ne voit pas comment le SMR a pu se fonder sur ce rapport pour tirer des conclusions contraires à celles de la Dre G. _____. 10.5 Le Tribunal constate dès lors, au vu de ce qui précède, qu'une modification de l'état de santé du recourant au niveau psychique, ayant nécessité un suivi psychiatrique, est bel et bien survenue depuis la décision du 1er novembre 2010 (OAI GE pce 101). 11. 11.1 Cela étant, les éléments au dossier, y compris les rapports de la Dre G. _____, lesquels sont pourtant de bonne facture, ne suffisent pas à conclure que les circonstances se sont modifiées dans une mesure propre à augmenter la rente du recourant. En particulier, ils ne sont pas conformes aux critères posés par la jurisprudence en matière de maladies psychiques. 11.2 Selon cette jurisprudence en effet, la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de maladies psychiques doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative. Les indicateurs établis par le Tribunal fédéral permettent de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de compensation de la personne concernée d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418

C-1471/2019 Page 23 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3) d'une part et la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement) d'autre part, relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). L'application de cette jurisprudence permet d'objectiver autant que possible la gravité et le caractère invalidant de ces troubles qui présentent un problème de preuve inhérent, leurs causes et leurs répercussions fonctionnelles n'étant pas ou, à tout le moins, pas clairement objectivables Cette jurisprudence, d'abord développée au sujet des troubles somatoformes douloureux et des autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid.

2.2.1.3), a par la suite été étendue au trouble de stress post-traumatique (TSPT ; ATF 142 V 342 consid. 5.2), puis aux troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2). 11.3 S'agissant du TSPT, ou ESPT, la Haute Cour a notamment rappelé que la détermination et la justification du diagnostic nécessitaient déjà une attention particulière. Il s'agit ainsi de se concentrer sur le critère de stress, c'est-à-dire sur le traumatisme déclencheur. Ce n'est pas à l'expert lui-même qu'il incombe en premier lieu ou uniquement de l'éclairer, mais il doit s'y référer. Dans la littérature, il est également fait référence au fait que l'apparition occasionnelle de flashbacks ou de cauchemars n'est pas suffisante pour constituer un TSPT. Il faut donc partir du principe que le TSPT est un trouble qui non seulement n'est pas lié à un événement organique, mais pour lequel il n'existe pas ou peu d'éléments objectivables, ce qui est notamment le cas de ses symptômes typiques (rémiscences, cauchemars ou rêves, reviviscence, comportement d'évitement, hypersensibilité, nervosité accrue). D'autres symptômes peuvent en outre s'ajouter, que l'on retrouve également dans d'autres troubles et qui nécessitent un examen différencié. L'évolution est également très variable et difficile à pronostiquer, et la chronicité, associée à un retrait social et à

C-1471/2019 Page 24 un manque de motivation, est plutôt rare. Dans le cas d'un tableau clinique aussi difficile à saisir, purement subjectif, non objectivable et non spécifique, il convient, dans le cadre de l'établissement du diagnostic, de veiller tout particulièrement aux motifs d'exclusion (agression et autres). Puis, dans la mesure où il s'agit en fin de compte surtout de relever et de pondérer les effets du trouble sur la capacité de travail, il y a lieu, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type d'atteintes, d'appliquer la grille d'analyse comportant les indicateurs établis par la jurisprudence sur les troubles de nature psychosomatique, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini (voir supra consid. 11.2 ; ATF 142 V 342 consid. 5.2.2 et 5.2.3, et les réf. cit. ; MESTRE CARVALHO SUSANA, Exigibilité – La question des ressources mobilisables, RSAS 2019 p. 59, 71). 11.4 Ainsi, même si en l'espèce le diagnostic d'ESPT a été posé par une spécialiste en psychiatrie, les rapports de la Dre G. _____ n'apparaissent pas assez précis et détaillés pour que ce diagnostic et l'incapacité de travail totale à laquelle conclut la psychiatre soient confirmés par le Tribunal. L'anamnèse y est sommaire, et les constatations objectives que rapporte la psychiatre et qui l'ont conduite à poser le diagnostic d'ESPT constituent en définitive une liste des symptômes typiques de ce trouble, sans références suffisantes à la situation spécifique de l'intéressé (rapport du 14 mai 2017 [OAI GE pce 133 p. 703 et 704]) ; en outre, la caractéristique chronique de l'ESPT, qu'a retenue la Dre G. _____, n'est pas expliquée. Cela étant, le reproche fait par l'OAI GE à la psychiatre traitante dans la prise de position du 17 juin 2019 (TAF pce 6 p. 2 en bas), selon lequel elle n'aurait pas expliqué les motifs pour lesquelles elle a retenu ledit diagnostic, alors qu'un temps de latence particulièrement long s'est écoulé entre l'événement traumatisant et la survenance de la pathologie (voir à ce sujet ATF 142 V 342 consid. 5.2.2), n'a pas lieu d'être, car en l'occurrence, la psychiatre n'a pas diagnostiqué un ESPT à expression retardée, mais un ESPT qui aurait déjà existé en 2007, peu après l'accident, sans jamais être diagnostiqué ni considéré dans l'atteinte à la santé de l'intéressé. On peut d'ailleurs relever à cet égard que par le passé, des spécialistes ORL traitant l'intéressé avaient déjà évoqué ce diagnostic (rapports du Dr L. _____ du 15 juin 2007 [OAI GE pce 44 p. 349 et 350] et de la Dre C. _____ des 31 août et 3 septembre 2012 [OAI GE pce 109]), sans toutefois qu'un psychiatre n'ait alors été consulté pour en vérifier la pertinence. Les faiblesses des rapports de la Dre G. _____ relevés ci-avant ne

permettent pas non plus d'évaluer, sur une base individuelle, les capacités

C-1471/2019 Page 25 fonctionnelles effectives de l'intéressé en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant ces capacités et, d'autre part, le potentiel de compensation du recourant. Ainsi les limitations fonctionnelles décrites par la psychiatre ont un caractère général et sont insuffisamment ancrées dans le cas particulier (voir supra consid. 10.3), de sorte qu'on ne parvient pas à établir leur effet dans tous les domaines de la vie ; par ailleurs, on ne connaît pas la situation personnelle et familiale du recourant, ni le contexte social dans lequel il évolue. 11.5 Enfin, le rapport du 14 août 2019 du Dr K. _____ (TAF pce 11), si ce n'est qu'il atteste de la reprise d'un traitement de psychothérapie chez un psychiatre dès janvier 2019, ainsi que d'un traitement antidépresseur (Seroplex et Xanax [TAF pce 9]), n'apporte pas d'éléments complémentaires permettant de confirmer, ou d'infirmer, les diagnostics et conclusions retenues par la Dre G. _____. Le Dr K. _____ y fait quelques observations succinctes, sans même poser véritablement de diagnostic, se contentant d'indiquer que l'état de son patient « est un syndrome dépressif persistant qui justifie des consultations régulières pratiquement mensuelles » et qui « reste fluctuant malgré la prise régulière d'un traitement antidépresseur », que son patient « vit avec cette difficulté au long cours étant donné qu'il a toujours la crainte de retomber dans un état dépressif d'une plus grande intensité » et que « toute contrariété le replonge dans une réactivation anxieuse et une anhédonie ». Sur la base de ces quelques remarques, le psychiatre conclut sans autre motivation que l'état de santé de l'intéressé « justifie son incapacité de travail à 100% qui avait été mise en place il y a 4 ans par le Dr B. _____ ». 11.6 Il résulte de ce qui précède que la documentation médicale au dossier est insuffisante pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes psychiques dont souffre le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail, singulièrement, pour établir s'il existe une modification de la capacité de travail de l'intéressé justifiant une augmentation de sa rente. Or, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale. L'autorité inférieure ne pouvait donc se baser sur cette documentation et, en particulier, sur les appréciations du SMR, pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de révision. Elle aurait dû procéder au niveau psychiatrique à une instruction complémentaire avant de statuer (voir supra consid. 6.2.2).

C-1471/2019 Page 26 12. 12.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. 12.2 L'instruction à venir concernera l'état de santé psychique de l'intéressé. Une expertise psychiatrique sera ainsi organisée en Suisse – l'expert mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine

d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2) –, auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation du recourant (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et de l'art. 72bis RAI (art. 81 du règlement [CE] n° 883/2004 ; ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du TAF C- 3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 9.3 et les réf. cit.). Cette expertise devra répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de maladies psychiques (voir supra consid. 11.2 ; ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). 13. 13.1 Au terme de cette instruction complémentaire, s'il devait s'avérer que le recourant présente une capacité résiduelle de travail, il appartiendra alors à l'OAIE, au vu de l'âge de l'intéressé – 63 ans à la date du présent arrêt et 64 en décembre 2022 –, d'appliquer la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes se trouvant proche de l'âge de la retraite – lequel est, en Suisse, de 65 ans pour les hommes (art. 21 al. 1 let. a LAVS [RS 831.10]), afin de déterminer si cette capacité résiduelle de travail est encore économiquement exploitable par l'intéressé (arrêts du TF 9C_237/2018 du 31 août 2018 consid. 5.2 ; 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.3).

C-1471/2019 Page 27 13.2 En effet, selon cette jurisprudence, bien qu'il incombe en règle générale à la personne assurée d'intégrer de son propre chef le marché du travail (voir notamment ATF 138 I 205 consid. 3) et que son âge n'est en principe pas un élément déterminant, il y a lieu, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'une personne qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cette personne est en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (art. 7 et 16 LPG). En effet, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (arrêts du TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1). Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la personne concernée, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. La mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail dépend en effet notamment de la durée prévisible des rapports de travail, en particulier lors d'un changement professionnel. Ainsi, la jurisprudence reconnaît, le cas échéant, que l'âge (avancé) peut conduire, avec d'autres éléments personnels et/ou professionnels (taux d'activité exigible, éventail d'activités exigibles, formation et expérience professionnelle, absence prolongée du marché du travail), à ce que la capacité de travail résiduelle ne soit plus exigible de manière réaliste sur un marché du travail même équilibré (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 et 3.2 ; arrêts du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2). 13.3 Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour une personne proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment où il a été constaté, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, respectivement, dans le cas particulier, que la capacité de travail médico-théorique s'était péjorée, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

C-1471/2019 Page 28 13.4 Lorsqu'il appert que la capacité de travail résiduelle n'est plus économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui donne droit à une rente d'invalidité entière, également pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.4 ; arrêts du TF 9C_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.3. et 4.4 où l'on devait également tenir compte du taux d'invalidité dans le ménage ; I 831/05 du 21 août 2006 consid. 4.1.1 ; arrêt du TAF C-1834/2019 du 10 février 2022 consid. 8.2). En effet, lors de l'évaluation de l'invalidité, aucun revenu d'invalidé ne peut alors être pris en compte. 14. Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 25 février 2019 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 15. Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de CHF 2'800.-, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de neuf pages, d'une réplique de deux pages, d'une écriture subséquente d'une page et de trois courriers.

C-1471/2019 Page 29

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