

BVGer C-2572/2015 vom 24. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2572_2015

FR: TAF C-2572/2015 du 24 novembre 2017

IT: TAF C-2572/2015 del 24 novembre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. dbis PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA) et le recourant s'est dûment acquitté de l'avance de frais de la présente procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Vol. II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, *Introduction à la procédure administrative fédérale*, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, 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; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

Selon un principe général, le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques s'est produit (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'occurrence, l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er février 2004 étant litigieux (cf. TAF pce 1), il sied de considérer que dans le domaine de l'assurance-invalidité des modifications législatives sont entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215) et le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Ainsi, le droit à une rente d'invalidité du recourant est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 selon les anciennes règles en vigueur et pour la période suivante selon les règles en vigueur à compter du 1er janvier 2008 et du 1er janvier 2012 (cf. application pro rata temporis : ATF 130 V 445; dans ce sens aussi l'arrêt du TAF C-964/2011 cité consid. 3).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant portugais a été assuré en Suisse (cf. décision du 5 mars 2015 [AI vol. 1 pce 52 pp. 4 et 6]) et vit de nouveau au Portugal. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa) ainsi que les règlements auxquels il renvoie (cf. art. 1er al. 1 annexe II et art. 1 de la section A de l'annexe II ALCP, faisant en vertu de l'art. 15 ALPC partie intégrante de celui-ci). Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121). Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II précitée avec effet au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.1). Conformément à la jurisprudence constante, compatible avec les dispositions transitoires contenues à l'art. 87 du règlement n° 883/2004, le droit éventuel à des prestations se détermine ainsi selon l'ancien droit pour la période antérieure au 1er avril 2012 et selon le nouveau droit dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445 également déterminantes en ce qui concerne l'entrée en vigueur des règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 : ATF 140 V 98 consid. 5.2, 139 V 88 consid. 4, 138 V 533 consid. 2.2). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004 qui est similaire à l'art. 3 al. 1 de l'ancien règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 3.3

Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements le 1er juin 2002, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus (cf. art. 20 ALCP). Dans le cas concret il s'agit de la Convention de sécurité sociale du 11 septembre 1975 entre la Confédération suisse et la République française (ci-après : Convention bilatérale; RS 0.831.109.654.1). Cela étant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, dans les cas où l'assuré a exercé son droit à la libre circulation en partie avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, les conventions bilatérales de sécurité sociale plus favorables continuent à s'appliquer (ATF 142 V 112 consid. 4.3 et 4.4, 133 V 329 consid. 5 ss). Le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si la jurisprudence de l'ATF 133 V 329 et la jurisprudence européenne sur laquelle elle se fonde demeurent applicables sous le régime du règlement n° 883/2004 (ATF 142 V 122 consid. 5; mais voir arrêt du TAF C-5970/2014 du 4 novembre 2017 consid. 8 ss).

E. 4

Dans la décision contestée, l'OAIE a d'une part attribué à l'assuré une rente d'invalidité entière dès le 20 janvier 2005 sur la base de l'échelle de rente 4 notamment. D'autre part, l'OAIE a indiqué que la décision de suppression de rente du 30 avril 2004 n'a pas été manifestement erronée et ne peut pas être reconsidérée, en 2004, une amélioration de l'état de santé ayant été démontrée à partir de 2002 (TAF pce 1 annexe 2). Le recourant réclamant la reconsidération de la décision sur opposition du 30 avril 2004 et l'allocation d'une rente d'invalidité et des rentes y afférentes à partir du 1er février 2004 sur la base de l'échelle de rente 44 (cf. TAF pce 1), il est donc principalement litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE n'a pas reconsidéré sa décision sur opposition du 30 avril 2004, confirmant la suppression de rente à compter du 1er février 2004 (mais voir également consid. 8 ci-dessous).

E. 5.1

Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, n° 3125 p. 846; cf. aussi l'arrêt du TAF C-964/2011 cité consid. 9.1).

E. 5.2

Afin de juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 130 V 352, 125 V 383 consid. 3 p. 389 et leurs références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_45/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.2). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation initiale erronée des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, I 790/01 du 13 août 2003 consid. 1). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 545/02 du 17 août 2005 consid. 1.2). Une

décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée, voire erronée ; de même, une constatation erronée des faits peut être corrigée par le biais de la reconsidération (cf. ATF 126 V 399 consid. 2b/bb; arrêts du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3, 9C_71/2008 du 14 mars 2008, 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.1, I 790/01 du 13 août 2003 consid. 1 et leurs références). Une décision est manifestement erronée lorsqu'il n'existe aucun doute, même future, sur son inexactitude ; les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision concernée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3, 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 790/01 du 13 août 2003 consid.1 et leurs références). En outre, il ne suffit pas non plus, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, que l'assureur social ou le tribunal, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède -éventuellement après un examen plus approfondi des faits - à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 5.1). De plus, lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit déterminant à l'époque, une inexactitude manifeste ne saurait être admise (arrêts du Tribunal fédéral 9C_252/2014 du 17 juin 2014 consid. 1.2, 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2, I 338/06 du 30 janvier 2007 consid. 3). Or, en matière de l'assurance d'invalidité, l'évaluation de l'invalidité, de la capacité de travail, des preuves et de l'exigibilité de certaines mesures et comportements impliquent plusieurs démarches et éléments d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2).

E. 5.3

Il faut encore, pour qu'une décision initiale puisse donner lieu à reconsidération, que la rectification de la décision revête une importance notable. Pour déterminer si elle présente ce caractère, il faut se fonder sur l'ensemble des circonstances du cas particulier, notamment sur le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où, par exemple, des prestations indues ont été allouées ou sur le fait qu'il s'agit d'une prestation durable d'un montant important (Michel Valterio, op. cit., n° 3135 p. 849).

E. 5.4

L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré, ni le tribunal ne peuvent l'y contraindre. Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande lorsqu'elle se limite à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa) ; l'assureur doit alors communiquer le refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération par lettre simple, sans indication des voies de recours. Il ne peut y avoir de recours contre une décision de non-entrée en matière. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un

recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b et références; Michel Valterio, op. cit., n° 3136 ss p. 849).

E. 6.1

En l'occurrence, il est incontesté que l'OAIE est entré matière sur la demande de reconsidération de l'assuré et a refusé, dans la décision querellée, de reconsidérer la décision sur opposition du 30 avril 2004. Selon lui, cette décision sur opposition n'était pas manifestement erronée, en 2004 une amélioration de l'état de santé ayant été démontrée à partir de 2002, justifiant la suppression de la rente au 1er février 2004. Il explique que cette amélioration s'est ensuite cependant avérée passagère et une rechute de la même atteinte s'est produite en janvier 2005. En vertu de l'art. 29bis RAI, les conditions de la reprise immédiate de l'invalidité, à compter du 1er janvier 2005, étaient en revanche réunies (TAF pce 1 annexe 2). Le recourant, pour sa part, soutient que les conditions de la reconsidération sont réalisées. Il argue en substance que le rapport médical du Dr D. _____ du 23 décembre 2002 apparaît dans le dossier comme une appréciation largement négligeable, voire très peu pertinente, par rapport à l'intensité et la continuité des diagnostics constants de sinistrose et de stress post-traumatique. Il remarque qu'il est absurde, inconcevable et contraire à la logique la plus élémentaire de considérer qu'en bientôt 24 ans il aurait, selon l'OAIE, recouvré une capacité excluant le droit à la rente pendant 11 mois (nombre corrigé), du 1er février au 31 décembre 2004, alors qu'il avait touché une rente du 1er août 1991 au 31 janvier 2004 et de nouveau à partir du 1er janvier 2005. Il soutient aussi que les conclusions du Dr D. _____ sont chancelantes. Selon le recourant, l'OAIE a versé dans l'arbitraire le plus crasse, le TAF dans son arrêt du 2 décembre 2011 ayant pourtant mis l'accent sur le caractère arbitraire de l'appréciation effectuée et ayant montré la voie à l'autorité.

E. 6.2

Premièrement, en l'espèce, il est constant que la révocation de la décision sur opposition du 30 avril 2004, confirmant la suppression de la rente avec effet au 1er février 2004, revête une importance notable, s'agissant d'une prestation périodique (cf. ATF 119 V 475 consid. 1.c, 117 V 20 consid. bb, 110 V 275 consid. 3b in fine, 107 V 182 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral C 341/05 du 7 juin 2006 consid. 3.3) ; en effet, la reconsidération aurait pour effet que la rente d'invalidité continuerait à être déterminée en fonction d'une échelle de rente 44 notamment alors que la nouvelle rente octroyée dès le 1er janvier 2005 est calculée sur la base d'autres éléments (cf. à ce sujet également consid. 8 ci-dessous). Par conséquent, la période déterminante ne se limite en l'espèce pas seulement de février à décembre 2004 et le montant litigieux est important (cf. consid. 5.3 ci-dessus).

E. 6.3

Il convient maintenant d'examiner si la décision sur opposition du 30 avril 2004 était manifestement inexacte compte tenu des faits et de la situation juridique existant au moment où elle a été rendue. Pour les raisons ci-après, le TAF ne peut suivre la position du recourant :

E. 6.4.1

En 2004, l'OAIE s'est principalement basé sur le rapport du 23 décembre 2002 du Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (84 pp. 9 ss) qui a complété

ultérieurement par les nouvelles pages 8 et 9 (cf. AI vol. 1 pces 72 pp. 51 s.). Le Dr D._____, dans son rapport, a posé le diagnostic de névrose de compensation confinante à la simulation (F68.0), ayant considéré que l'assuré était revendicateur, s'est montré réticent à la passation des tests, faisait une rétention de l'information et se montrait manipulateur dans la relation au cours de l'entretien (pp. 7 s. du rapport [AI vol. 1 pce 84 pp. 15 s.]). Il a estimé que dans un premier temps, à compter de l'accident du 17 août 1990, la capacité de gain était restée nulle pour des raisons médicales, puis par un fonctionnement liée à une névrose de rente (pp. 8 s. du rapport [AI vol. 1 pces 72 pp. 51 s.]). Il estimait qu'au vu de son examen psychiatrique la capacité de travail devrait atteindre 100% et qu'un état dépressif-anxieux, s'il a existé, était totalement amendé (p. 10 du rapport [AI vol. 1 pces 72 84 p. 18]). Le Dr D._____ a cependant précisé que l'enkystement du mode de fonctionnement de l'assuré et son statut de malade reconnu comme acquis par celui-ci ainsi que sa longue inactivité (plus de 10 ans) nécessitaient une reprise progressive de l'activité pour éviter à coup sûr un échec. Le Dr D._____, dans son appréciation, avait tenu compte du rapport psychologique du 13 juin 2002 de Monsieur E._____ (AI vol. 1 pce 84 pp. 19 à 21) qui a relevé des incohérences et a conclu que l'assuré qui présentait des limitations intellectuelles et un trouble psychique se traduisant par un très important appauvrissement de la pensée et une méfiance exacerbée, tendait à exagérer ses difficultés, en se retenant de répondre aux tests projectifs, même d'une manière simple et élémentaire, ainsi qu'aux tests de niveau. Monsieur E._____ a alors fait l'hypothèse que l'assuré performait moins bien qu'il n'en était capable, ceci dans un contexte de forte revendication (AI vol. 1 pce 84 pp. 20 s.). La Dresse R._____ de l'OAIE avait confirmé les conclusions du Dr D._____ dans ses prises de position des 20 janvier 2003 et 6 février 2004 (AI vol. 1 pce 53 pp. 3 à 7). Vu les recommandations de l'expert et afin de permettre à l'assuré une réintégration progressive du monde du travail, elle a alors estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% depuis juin 2002 jusqu'à fin avril 2003 et une incapacité de 20% dès le 1er mai 2003 (AI vol. 1 pce 53 pp. 4 à 7).

E. 6.4.2

Dans le dossier AI se trouvait également le rapport psychiatrique du 16 juin 2001 de la Dresse S._____ qui concluait dans son rapport succinct que l'assuré, souffrant d'une dépression d'une certaine gravité, présentait une incapacité de travail totale. Ce médecin a encore noté que l'assuré consultait régulièrement un psychiatre pour des troubles de tristesse, d'isolement, d'inhibition et d'autres plaintes dépressives d'une certaine gravité qui causaient, selon elle, une apathie et une inactivité, que l'assuré était traité par un antidépresseur et un anxiolytique, que lors de l'examen il était tendu et anxieux, que son discours était lent et peu fluide mais cohérent, que son humeur était dépressif avec des ruminations morbides, que sa mémoire présentait des altérations principalement en ce qui concerne les faits en lien avec l'accident, que sinon son apparence était soignée et propre, qu'il faisait plus que son âge, qu'il était conscient de soi-même et des autres, qu'il ne présentait pas de troubles de la pensée et de la perception, que son jugement critique est intacte (AI vol. 1 pce 84 p. 22).

E. 6.4.3

L'OAIE disposait aussi d'autres pièces médicales ; pourtant, dans ces rapports, les différents médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il s'agit du rapport médical du 4 juin 2001 du Dr F._____, le psychiatre traitant de l'assuré, qui avait remarqué que celui-ci était incapable de modifier son fonctionnement socio-familial

actuel caractérisé par une apathie, une bonté, une absence de projets, une baisse de résistance au stress, un isolement et une inhibition, qu'il relate toujours une anxiété, une impulsivité, un changement d'humeur, des difficultés mnésiques, des insomnies, une apathie, une démotivation, une incapacité d'organiser son quotidien de façon gratifiante et des préoccupations de nature hypocondriaque et que ce comportement / symptomatologie est très structuré et immuable (AI vol. 1 pce 84 pp. 1 s. [pour la date cf. également l'opposition de l'assuré du 19 janvier 2004 [AI vol. 1 pce 64 p. 2]), du rapport médical de la sécurité sociale portugaise du 23 juillet 2001, faisant brièvement état d'un état anxieux avec labilité émotionnelle, d'un discours lent et peu fluctuant et des altérations de mémoire (AI vol. 1 pce 84 pp. 33 à 36), du questionnaire pour la révision de la rente rempli et signé le 23 janvier 2002 par la Dresse C._____, le médecin de famille, qui a retenu des céphalées, des altérations de comportement ainsi que des abdominalgies depuis 1990, nécessitant un suivi général ainsi qu'un suivi psychiatrique (AI vol. 1 pce 37 pp. 1 et 2) ou encore du rapport médical non daté de la Dresse C._____, faisant suite à la suppression de rente de l'assuré et dans lequel celle-ci a notamment fait état d'une aggravation de la pathologie lombaire (AI vol. 1 pce 84 pp. 23 à 26, respectivement pour une traduction pp. 7 s.).

E. 6.4.4

Il est rappelé que selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la valeur probante d'une expertise médicale dépend notamment du fait qu'elle a fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2). De plus, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de s'écarter sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche des experts étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et leurs références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

E. 6.4.5

En l'espèce, le TAF remarque que le rapport d'expertise du Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été établi après l'examen du dossier médical annexé, de l'examen clinique de l'assuré et des tests psychologiques effectués par le psychologue (cf. pp. 1 du rapport [AI vol. 1 pce 84 p. 9]). Le rapport a par ailleurs fait état de l'anamnèse, des plaintes de l'assuré et du status (cf. pp. 1 à 6 du rapport). En outre, le Dr D._____ a motivé ses conclusions et a répondu aux questions de l'OAIÉ (pp. 7 à 10 du rapport). A juste titre, le recourant ne fait pas valoir que le Dr D._____ aurait ignoré des éléments pertinents, ses observations et constats ayant en grande partie rejoint ceux des autres médecins (cf. consid. 6.4.2 et 6.4.3 ci-dessus). En effet, il a noté que l'assuré se plaignait des douleurs liées à l'accident, surtout au niveau de la rate, des céphalées, des reviviscences

occasionnelles de l'accident avec la vision de personnes mortes, des troubles de sommeil malgré la prise d'un médicament à action tranquillisante, anxiolytique et antidépressive, des intérêts, activités et contacts limités, des difficultés de concentration, de troubles mnésiques et attentionnels. S'agissant du constat clinique, l'expert a notamment observé une mimique légèrement mobile et un faciès peu expressif, un discours cohérent mais peu informatif et pauvre, un assuré peu collaborant, des compétences intellectuelles faibles et un caractère manipulateur (pp. 4 à 6 du rapport). Seule son appréciation de la capacité de travail diffère de celle de la Dresse S. _____ qui pourtant, contrairement au Dr D. _____, n'a pas motivé la sienne ; les autres médecins ne se sont pas déterminés à ce sujet. Or, le recourant n'explique pas pour quelle raison, en 2002, cette évaluation du Dr D. _____, fondée sur une expertise conforme aux conditions jurisprudentielles, apparaîtrait manifestement infondée alors qu'elle comporte, de surcroît, des éléments d'appréciation importants ; le recourant se contente d'invoquer que les conclusions du Dr D. _____ sont chancelantes sans motiver son argument ; il ne saurait être suivi. Par ailleurs, il est rappelé que le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergent des conclusions d'une expertise médicale ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1), encore moins à attester qu'elle était manifestement insoutenable compte tenu du droit et de l'état de faits déterminants à l'époque.

E. 6.4.6

Dès lors, le TAF constate qu'en 2004, l'OAIE était légitimement fondé, sur la base du rapport d'expertise du 23 décembre 2002 du Dr D. _____, de confirmer la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré avec effet au 1er février 2004 ; l'Office n'a pas statué sur la base d'un dossier manifestement lacunaire et n'a pas fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation.

E. 6.5

Le recourant, avançant que le rapport médical du Dr D. _____ du 23 décembre 2002 apparaît dans le dossier comme une appréciation largement négligeable, voire très peu pertinente, et estimant qu'il est absurde et arbitraire de considérer qu'en bientôt 24 ans il a recouvert en 2002-2003 pendant quelques mois une capacité excluant son droit à la rente, se positionne sur les faits tels qu'ils se présentent au moment de la décision attaquée du 5 mars 2015 - presque 24 ans après que la rente a été octroyée initialement - et transpose le résultat de son évaluation à l'époque de la décision sur opposition du 30 avril 2004 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 consid. 3.2 qui est similaire sur ce point). Le recourant pratique ainsi une nouvelle appréciation, rétrospective, de la situation existante en 2004 compte tenu des connaissances acquises ultérieurement notamment grâce au nouveau rapport d'expertise du 14 octobre 2009 du Dr D. _____ qui a attesté que l'assuré présentait pour un status post-état de stress post traumatique chronicisé, un épisode dépressif sévère et une névrose de compensation (AI vol. 1 pce 199 pp. 10 et 13) une incapacité de travail totale depuis plusieurs années déjà (cf. p. 15 du rapport). Toutefois, selon la jurisprudence susmentionnée, une nouvelle appréciation de la situation après un examen postérieur, approfondi des faits, ne permet pas de prouver que la décision initiale était manifestement erronée ; en l'occurrence, seule la situation de fait et de droit existant en 2004 est déterminante (cf. consid. 5.2 et 6.4 ss ci-dessus) ; or, en 2004, il était évidemment inconnu qu'un nouveau droit à la rente renaîtra en janvier 2005 suite à la nouvelle demande de prestations de l'assuré et le Dr D. _____ n'avait pas encore procédé à sa deuxième

expertise. Du reste, il est remarqué que le Dr D. _____ n'a pas invalidé, avec son rapport du 14 octobre 2009, son appréciation initiale mais a fait état, en 2009, d'une grave péjoration et dégradation de l'état psychique de l'assuré, précisant qu'il a observé une thymie nettement abaissée et un sentiment marqué de dévalorisation et d'inutilité alors qu'en 2002 il n'a pas constaté un tableau typique d'un syndrome de stress post-traumatique, ni un état dépressif patent pouvant empêcher sur le plan médical une reprise progressive d'une activité professionnelle (pp. 11 et 13 du rapport [AI vol. 1 pce 199]). Enfin, le recourant ne peut rien déduire en sa faveur de l'arrêt du TAF C-964/2011, le Tribunal n'ayant pas attesté que la décision sur opposition du 30 avril 2004 était manifestement erronée mais a mentionné cette éventualité dans le cas où le complément d'instruction exigé, portant sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré dès le 1er février 2004, devait aboutir à ce résultat. En outre, l'OAIE a tenu compte du constat du TAF que l'atteinte psychiatrique de l'assuré était manifestement dans la continuité de sa précédente atteinte (consid. 9.1 de l'arrêt du TAF C-964/2011), ayant justifié l'octroi d'une rente jusqu'au 31 janvier 2004, en accordant une nouvelle rente à partir du 1er janvier 2005 déjà conformément à l'art. 29bis RAI, dans sa version en vigueur du 1er janvier 1977 (RO 1976 2650) au 31 décembre 2007 (RO 2007 5155), selon lequel si une rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente de nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira la période d'attente qui a précédé le premier octroi (cf. aussi l'ancien 29 al. 1 let. b LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; cf. aussi arrêt du TAF C-964/2011 consid. 6.3, 6.5 et 9.1 s.). Dès lors, les arguments du recourant sont infondés.

E. 6.6

En conséquence, c'est à bon droit que l'OAIE n'a pas reconsidéré la décision sur opposition du 30 avril 2004.

E. 7.1

Pour être complet, le TAF remarque que c'est à juste titre que le recourant ne prétend pas qu'il y a lieu de réviser la décision sur opposition du 30 avril 2004 aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA prévoyant la révision procédurale d'une décision entrée en force. Selon cette disposition, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force lorsque l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Ne peuvent dès lors justifier une révision par voie procédurale que les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure antérieure, des faits pouvaient encore être allégués, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence ; en outre, ces faits doivent être importants - pertinents -, c'est-à-dire de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une solution différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ainsi, il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Il n'y a pas motif à révision du seul fait que l'administration paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_226/2014 du 19 mai 2014 consid. 4 et les références; Michel Valterio, op. cit., n° 3121 ss pp. 845 s.). En l'occurrence, en l'absence de

tout fait ou moyen de preuve nouveaux que l'assuré n'aurait pas pu produire dans la procédure antérieure, il apparaît d'emblée qu'il n'y a aucun motif pour procéder à une révision procédurale de la décision sur opposition du 30 avril 2004.

E. 7.2

Enfin, le TAF peut confirmer l'octroi d'une nouvelle rente d'invalidité entière à compter du 1er janvier 2005, le Dr D. _____ ayant constaté dans son rapport d'expertise du 14 octobre 2009 une aggravation de l'état de santé de l'assuré le rendant incapable d'exercer une activité lucrative (AI vol. 1 pce 199). Après le complément d'instruction ordonné par le TAF dans son arrêt C-964/2011, l'OAIE a fixé le début de cette aggravation au 20 janvier 2005 ce qui est favorable au recourant, cette date correspondant au premier constat médical se trouvant dans le dossier après la suppression de la rente au 1er février 2004. De plus, eu égard à l'art. 29bis RAI cité (cf. consid. 6.5 ci-dessus), l'OAIE a alloué la rente dès le 1er janvier 2005.

E. 8

Le recourant réclamant notamment l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur la base de l'échelle de rente 44, le montant des rentes d'invalidité et, concrètement, les périodes de cotisations déterminantes sont également litigieux. Le TAF rappelle alors la jurisprudence rendue sous le régime du règlement n° 1408/71 selon laquelle les accords de sécurité sociale bilatéraux plus favorables à la personne assurée restent applicables dans les cas où l'assuré a exercé son droit à la libre circulation en partie avant l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002 dans la relation avec la Suisse (consid. 3.3 ci-dessus). Or, en l'occurrence, l'assuré ayant cotisé en Suisse depuis juin 1988 (cf. TAF pce 1 annexe 2) et la rente d'invalidité à fixer étant née le 1er janvier 2005, sous le règlement n° 1408/71, la Convention bilatérale entre la Suisse et le Portugal reste déterminante (ATF 142 V 112 consid. 4.1 ss). En effet, selon l'art. 12 al. 1 de cette convention, pour déterminer les périodes de cotisations qui doivent servir de base au calcul de la rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse due à un ressortissant suisse ou portugais, les périodes de cotisations et les périodes assimilées accomplies selon les dispositions légales portugaises sont prises en compte comme des périodes de cotisations suisses en tant qu'elles ne se superposent pas à ces dernières ; seules les périodes de cotisations suisses sont prises en compte pour déterminer le revenu annuel moyen. L'on parle d'une convention de type A. A l'inverse, l'art. 46 par. 1 du règlement n° 1408/71, moins favorable à l'assuré, prévoit le système de type B, soit le calcul autonome des rentes, compte tenu des seules périodes accomplies sous la législation nationale (ATF 142 V 112 consid. 4.2, 133 V 329 consid. 4.4 et, 131 V 371 consid. 6 et 9.4). Partant, les rentes auxquelles le recourant a droit dès le 1er janvier 2005 ont été fixées à tort sans tenir compte des cotisations portugaises (cf. notamment AI vol. 1 pce 77). Le dossier doit donc être renvoyé à l'OAIE pour un nouveau calcul des rentes. Il est en outre précisé que l'assuré aura droit au maintien de sa situation acquise au 31 mars 2012, avant l'entrée en vigueur du nouveau règlement n° 883/2004, au-delà de cette date (ATF 142 V 112 consid. 5).

E. 9

En conclusion, le recours est admis partiellement. La décision du 5 mars 2015 est annulée s'agissant du montant des rentes d'invalidité auxquelles le recourant a droit à compter du 1er janvier 2005. La cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède à un nouveau calcul des rentes compte tenu des périodes de cotisations portugaises et rende une nouvelle décision.

E. 10

Il reste à déterminer la participation aux de frais de la présente procédure et l'allocation de dépens.

E. 10.1

En vertu de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. Lorsqu'une partie est déboutée partiellement, ses conclusions sont déterminantes afin de pouvoir évaluer à quelle hauteur elle a succombé et doit, partant, participer aux frais de procédure (cf. Michael Beusch, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2008, art. 63 n° 13; cf. aussi ATF 123 V 156 consid. 3c). En l'espèce, le TAF estime que le recourant, ayant conclu à la reconsidération de la décision sur opposition du 30 avril 2004 et à l'octroi des rentes d'invalidité à partir du 1er février 2004 sur la base de l'échelle de rente 44, a obtenu gain de cause à hauteur de 1/4, le montant de ses rentes allouées dès le 1er janvier 2005 devant être recalculé. Dès lors, il doit participer aux frais de procédure de 400 francs à hauteur de 300 francs ; le solde de 100 francs lui sera restitué. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 10.2

Selon les art. 64 PA et 7 du règlement 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. En vertu de l'art. 7 al. 2 FITAF, lorsqu'une partie n'obtient que partiellement gain de cause, les dépens auxquels elle peut prétendre sont réduits en proportion. Les dépens comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie (cf. art. 8 al. 1 FITAF). Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF), en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps y consacré. En l'espèce, aucun décompte n'a été présenté et le Tribunal, compte tenu des affaires similaires, estime qu'un forfait de 2'800 francs (TVA et frais inclus) devrait être alloué à la partie qui aurait obtenu gain de cause totale. Dès lors, le recourant ayant obtenu gain de cause à concurrence de 1/4 a droit à une indemnité à titre de dépens de 700 francs à charge de l'OAIE. Il est rappelé que la TVA n'est pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1er et 8 de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]; arrêts du TAF C_738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2). L'OAIE, en tant qu'autorité, n'a pas droit aux dépens conformément à l'art. 7 al. 3 FITAF. Le dispositif se trouve à la page suivante.

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