

BVGer C-2768/2008 vom 13. Oktober 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-10-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2768_2008

FR: TAF C-2768/2008 du 13 octobre 2009

IT: TAF C-2768/2008 del 13 ottobre 2009

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal

administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz / Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

E. 3.2

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4e révision; RO 2003 3837) et qu'à partir du 1er janvier 2008, ce sont les dispositions de la LAI et de la LPGA introduites ou modifiées par la la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision; RO 2007 5129) qui s'appliquent, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les dispositions topiques sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur au 1er janvier 2008, sauf mention contraire.

E. 4.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition 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. 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 l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

E. 4.2

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI, al. 2 depuis le 1er janvier 2008). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%.

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (des assurances), la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 5.2

L'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet en principe, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

E. 6.1

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ancien art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ pour examiner si le degré

d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 6.2

En l'occurrence, le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er juillet 1991 ensuite d'une décision du 13 août 1991, laquelle se fondait sur un prononcé du 7 août 1991. Cette décision succédait, après la mesure de reclassement, aux décisions du 24 mai 1991 qui octroyaient respectivement une rente entière pour la période du 1er août 1988 au 31 octobre 1989 et une demi-rente du 1er novembre 1989 au 30 septembre 1990. Après une première procédure de révision comprenant instruction et examen de la cause au fond, l'OAIE a confirmé, par communication du 16 mars 1998, le droit à la rente de A._____. Une deuxième révision, engagée en octobre 2001, s'est terminée par une communication le 14 juin 2002 avisant le recourant de ce que son degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente. Il s'en suit que contrairement à ce qu'affirme l'autorité qui retient la date d'août 1991, le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA n'est ni la décision initiale de 1991 ni la communication du 14 juin 2002, mais bien celle du 16 mars 1998. En effet, cette décision clôt une procédure de révision dans laquelle ont été versés une prise de position orthopédique (pce 109), une expertise psychiatrique (pce 110) ainsi qu'un rapport neurologique (pce 111). En revanche, la deuxième procédure ne s'est pas fondée sur un examen matériel complet puisque outre le formulaire rempli par un médecin de l'I.N.S.S. ne figure dans le dossier qu'un rapport orthopédique.

E. 7

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 8.1

Pour comprendre les diagnostics posés au point de départ temporel déterminant pour la comparaison des faits, soit 1998 - il se justifie d'expliquer la situation médicale telle qu'elle se présentait en 1991. A cette date, la décision d'octroi reposait sur une nouvelle évaluation de la situation à la suite de la mise en oeuvre d'une mesure de reclassement (cf. rapport de la CAI-VS du 5 juillet 1991, pce 58). Ce constat permet tout d'abord à la Cour de céans d'écarter d'emblée les critiques de l'avocat du recourant qui se plaint que rien n'a été fait en faveur de sa réadaptation bien que le Dr F._____ le préconisait. En effet, le recourant a bénéficié d'un reclassement de 12 mois afin de recevoir une formation comme aide de laboratoire. Le bilan de cette mesure a montré qu'il pouvait en travaillant à 100% avec un rendement de 50% réaliser la moitié du gain qui serait le sien s'il était en bonne santé (pce

63). Le prononcé indiquait un code infirmité 842 (accès maniaco-dépressif) et une atteinte fonctionnelle 65 (atteintes fonctionnelles combinées d'ordre mental et psychique). Toutefois, il est difficile de déterminer le rôle respectif des atteintes somatiques et psychiques dans le calcul du degré d'invalidité retenu. En effet, la motivation de la décision d'octroi de la rente précédant la mesure de reclassement affirmait que "tant du point de vue physique que du point de vue psychique, l'on pouvait exiger de vous depuis le 10 juillet 1989 l'exercice d'activités adaptées dans une mesure vous permettant de réaliser la moitié du gain qui aurait été le vôtre sans votre accident" (pce 36). Le Dr C._____, qui a opéré le recourant en février 1989, évoque un status après fracture-luxation du coude droit avec algodystrophie et sévère sinistrose; dans sa lettre au médecin-conseil de la SUVA, en novembre 1989, il relève la présence d'une main enflée et d'un pouce cyanosé. Le Dr D._____ parle aussi de sinistrose grave et pense que la capacité de travail est réduite essentiellement pour des motifs psychiques. Quant au psychiatre F._____, il n'écarte pas la sinistrose qu'il qualifie de réaction psychologique anormale à un stress. Il affirme qu'il faut admettre des troubles ou une fragilité de la personnalité antérieure à l'accident. Il privilégie toutefois dans son diagnostic la terminologie d'état dépressif et anxieux avec des somatisations chez une personne limite, qu'il estime plus précise et plus explicite que la précédente. A ce sujet, il faut savoir que le terme de sinistrose ne se trouve ni dans le DSM-IV ni dans la CIM-10 et ne constitue pas un diagnostic médical officiel (cf. Jacques-André Schneider, Andréas Saurer, Georges-A. Davoine, Gilles Godinat, Dominique Petite, La sinistrose: un diagnostic médical ?, in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 1998 p. 32). Néanmoins, certains auteurs estiment que dans ces ouvrages de classification des maladies figurent des troubles qui présentent une parenté certaine avec la sinistrose, tel le trouble somatoforme douloureux, sans le recouvrir totalement (cf. Peter Rosatti, De la sinistrose aux troubles somatoformes, le processus d'invalidation, in: Peter Rosatti [sous la dir.], L'expertise médicale col. 1, Genève 2002, p. 82; Angeles Perez Fuster, Le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de fatigue chronique, des nouvelles expressions de la médicalisation de la souffrance. Th. Univ. Lausanne 2006, p. 71, Anne-Françoise Allaz, Yasemine Celik-Massas, Sinistrose ou syndrome somatoforme douloureux persistant ?, in: Cahiers Psychiatriques n°23 p. 77, Genève 1997; Christina Ferreira, Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication, in: Revues Carnets de bord en sciences humaines, n°13 septembre 2007, p. 83). Selon Saurer, les rhumatologues parlent de fibromyalgie, les psychiatres de troubles somatoformes douloureux, les infectiologues de fatigue chronique et les médecins d'assurances de simulations ou de sinistroses alors qu'il s'agit en fait d'affections similaires (Andréas Saurer, Traiter un trouble somatoforme douloureux ou penser des sens possibles de l'histoire récente?, in: Revue Médicale Suisse n° 524 du 31 mars 2004). Dans sa thèse, Bruttin écrit toutefois que névroses de revendication et sinistrose sont synonymes (Pierre Bruttin, Névrotes et assurances sociales: thèse de droit suisse, Lausanne 1985), ce qui fait dire à Rosatti que les juristes ne donnent pas le même sens à cette notion que les médecins (Rosatti, op. cit. p. 85). Or la névrose de revendication (ou de compensation) est classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques) et selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assurances sociales ne couvrent pas les conséquences d'une telle affection (ATF 104 V 31 consid. 2b, arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b). Il n'est pas inutile non plus d'observer que la SUVA n'a pas tenu compte dans sa décision du 31 mai 1990 des troubles de nature psychique dont souffraient le recourant au motif qu'ils ne sont

pas en lien de causalité avec l'accident, tout en admettant qu'ils seraient de nature à déterminer une rente supérieure. L'assureur-accident a reconnu alors une incapacité de gain de 40% pour les séquelles consécutives à l'accident. Cette décision a été entreprise par la voie de l'opposition, le recourant alléguant entre autres que sa situation psychique avait été induite par l'accident. La SUVA lui a donné partiellement acte de ses conclusions et a attendu le terme des mesures de réadaptation de l'AI pour prononcer une nouvelle décision, laquelle, datée du 3 février 1992, se fondait sur un degré d'invalidité de gain de 50% sans que cette augmentation de 10% ne soit autrement motivée que par "sur la base des données médicales et économiques dont nous disposons". Entre les deux décisions de la SUVA, la CAI-VS avait elle-même rendu sa décision d'octroi d'une demi-rente. Il s'en suit que la demi-rente AI a été octroyée initialement vraisemblablement pour des atteintes fonctionnelles combinées, autant somatique que psychique, sans que l'on puisse en déterminer leur part respective.

E. 8.2

Dans la procédure de révision engagée en 1996 qui a amené à la communication du 16 mars 1998, date de départ déterminante en l'espèce pour la comparaison des faits, outre le questionnaire à l'assuré qui n'indique rien de pertinent, figure un rapport médical de révision d'invalidité complété par un médecin de l'I.N.S.S (nom illisible). Daté du 1er octobre 1997, il pose le diagnostic de séquelles après luxation du coude droit et personnalité névrotique, entre parenthèse il se demande s'il s'agit d'une "neurose de rente?" et affirme qu'il n'y a pas d'incapacité dans la dernière profession (pce 123). Dans un rapport du 9 mai 1997, le Dr N._____, psychiatre, conclut à une personnalité avec des traces névrotiques mais sans incapacité de travail dans la profession d'aide de laboratoire (pce 110). Dans son expertise du 13 mai 1997, le Dr M._____, médecin orthopédiste, remarque que le patient présente un avant-bras et une main droite un peu tuméfiée ainsi qu'une limitation de la mobilité de l'épaule droite et qu'il affirme ressentir une paresthésie des doigts. Ce médecin relève la forte composante psychique de l'affection et comme les observations n'expliquent pas les plaintes objectives, il suggère de procéder à une radiographie ou à un électromyogramme et de requérir l'avis d'un psychiatre (pce 109). Quant au Dr O._____, neurologue, il note dans son rapport du 22 mai 1997 que les plaintes du patient et l'examen clinique sont compatibles avec une algodystrophie au sujet de laquelle, n'observant pas de déficit neurologique, il propose de demander l'avis d'un rhumatologue ou d'un orthopédiste complété par celui d'un psychiatre; il mentionne un aspect oedémateux de la main droite et un examen électromyographique normal (pce 111). Ces documents ont été soumis à l'appréciation du Dr R._____, médecin de l'OAIE, qui va retenir le diagnostic de personnalité de type névrotique, status après luxation du coude ayant développé un syndrome algo-dystrophique et affirmé que selon l'ensemble de la documentation à disposition, il est clair que le patient continue à présenter une incapacité de travail de 50% (pce 112).

E. 8.3

Ont été versés en cause lors de la révision de 2001, le rapport du 27 décembre 2001 du Dr M._____, orthopédiste (pce 126) et le formulaire (équivalent au E 213 avant l'ALCP) du 14 janvier 2002 de la Dresse P._____, de l'institut portugais de sécurité sociale qui avait examiné le recourant le 3 décembre 2001 (pces 124 et 139). Selon le Dr M._____, l'assuré présente un déficit d'extension du coude droit et une limitation de la flexion, de la pronation et de la supination avec douleurs lors des mouvements ainsi qu'une paresthésie

dans le territoire du nerf cubital. Ce médecin signale une composante psychique évidente qui aggrave toute la problématique. Les radiographies suggèrent une épicondilite et une épitrocléite ainsi qu'une arthrose débutante. Il invoque la situation et des circonstances socio-culturelles pour affirmer qu'à son avis le patient ne travaillera jamais plus. La Dresse P._____ renvoie au rapport du Dr M._____. Elle diagnostique des séquelles après luxation du coude droit et une personnalité névrotique; elle estime qu'il n'y a pas d'incapacité dans l'ancienne activité d'aide de laboratoire. La Dresse P._____ relève aussi un discret oedème à la main droite, une diminution de la capacité fonctionnelle du membre supérieur droit et une discrète diminution de sa force musculaire. Consultée, la Dresse Q._____, médecin à l'OAIE, retient le diagnostic de personnalité névrotique et syndrome algodystrophoïque après luxation du coude et suggère de reconnaître une incapacité de travail inchangée.

E. 8.4

Lors de la révision de 2006 ayant amené à la décision litigieuse, le Dr G._____, médecin orthopédiste, établit un rapport détaillé le 10 mai 2006 (pce 140). Il note que le recourant déambule sans claudication, qu'il se vêt et se dévêt facilement tout en évitant de bouger son membre supérieur droit, qu'il collabore verbalement mais qu'il ne se laisse que difficilement examiner les membres supérieurs. Le Dr G._____ observe une limitation discrète de la mobilité passive à l'abduction (limitée à 80%) et lors de rotation interne de l'épaule droite ainsi qu'une légère atrophie de l'avant-bras droit (de 1,5 cm). Il remarque aussi des lésions cutanées de type fongique dans les plis de la main droite. En conclusion, il relève une position d'hipomobilité de tout le membre droit, avec attitude de flexion des doigts de la main. Toutefois, il utilise les deux membres et les deux mains pour déboutonner la chemise et délayer ses chaussures. Un formulaire E 213 a été complété en date du 12 juin 2006 par le Dr H._____ de l'institut portugais de sécurité sociale. Ce médecin relève en substance les mêmes limitations au bras droit que le Dr G._____, observant également une diminution des réflexes des biceps et triceps droits. Il ne s'exprime pas clairement sur la capacité résiduelle de travail du recourant et les activités adaptées, se contentant d'écrire qu'il maintient une incapacité de 50%. Dans son expertise, le Dr I._____ psychiatre à U._____, au vu des douleurs du recourant qui ne s'expliquent pas entièrement par un processus physiologique, admet l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il explique toutefois longuement pour quelle raison il écarte la présence d'une comorbidité psychiatrique. Il conclut que d'un point de vue psychiatrique, le recourant est apte à travaillé à 100%. Il estime la situation stable mais conseille cependant la prescription d'un anti-dépresseur.

E. 9.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 9.2

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2).

E. 9.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 10.1

Le tableau clinique n'est pas limpide. Non seulement la motivation d'octroyer à l'origine une demi-rente n'est pas très claire (troubles somatiques ou psychiques ou mixtes ?) mais de plus les révisions successives n'ont pas eu comme effet de dissiper la confusion. Lors de la révision de 1996 - point de départ temporel pour examiner une modification selon 17 LPGA - le médecin orthopédiste et le neurologue requéraient tous les deux l'avis d'un psychiatre, lequel observait une personnalité névrotique sans que cela ait d'incidence sur la capacité de travail. Le neurologue parle clairement d'algodystrophie sans déficit neurologique observé. Or, depuis 1993, le terme de "syndrome douloureux régional complexe" (SDRC) est préféré à celui d'algodystrophie en raison de la pluralité des appellations de ce syndrome (maladie de Sudeck, causalgie, dystrophie neurovasculaire, etc.). Le SDRC est difficile à diagnostiquer et à traiter, deux catégories ont été définies: les SDRC de type I (sans lésion nerveuse) et de type II (avec lésion nerveuse). Il s'agit en fait d'un ensemble de symptômes atteignant plusieurs articulations du membre supérieur après un traumatisme ou une intervention chirurgicale, sans relation avec l'acte lui-même. Les critères de diagnostic insistent sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'évènement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes comme oedème, asymétrie de température, modification de la couleur de la peau, réduction de l'amplitude articulaire (cf. Dresse Anne Berquin, Progrès récents dans le diagnostic et le traitement du syndrome douloureux régional complexe, in: Revue Médicale Suisse n° 162 du 18 juin 2008). Si l'on se réfère à la

position médicale du Dr R. _____ de l'OAIE, la demi-rente avait alors été maintenue en raison d'une personnalité de type névrotique et d'un syndrome algodytrophique.

E. 10.2

La situation médicale prévalant en 2007 au moment de la décision litigieuse ne révèle pas de franche amélioration de l'état de santé du recourant. Il est difficile de suivre le Dr J. _____ de l'OAIE lorsqu'il proclame le recourant psychologiquement sain. Le syndrome somatoforme persistant douloureux est considéré comme une maladie et est classé en tant que telle dans la CIM-10. C'est son caractère invalidant qui n'est qu'exceptionnellement reconnu; en effet, au regard de la jurisprudence, les troubles somatoformes n'entraînent pas en soi une invalidité au sens de la LAI. Le caractère non-exigible de la reprise du travail suppose, en principe, la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante (ATF 130 V 352 du 12 mars 2004). Au demeurant, cette jurisprudence ne justifie pas la diminution ou la suppression d'une rente en cours (allouée à une époque antérieure au 12 mars 2004 par une décision entrée en force formelle) au titre d'une adaptation à une modification de fondements juridiques (ATF 135 V 201 consid. 7) et ne constitue pas non plus un motif de reconsidération de la décision de rente (SVR 2008 IV n° 5 p. 12, I 138/07 consid. 4). En l'espèce, on doit se demander avec les nombreux auteurs déjà cités (cf. supra consid. 8.1) si le diagnostic de "sinistrose sévère" à l'époque ne correspond pas à celui de troubles somatoformes douloureux utilisé aujourd'hui et qu'il n'est dès lors pas possible, par analogie avec les jurisprudences précitées, d'appliquer les critères restrictifs développés en la matière postérieurement à la décision de 1991 pour apprécier le caractère invalidant d'un tel état de santé. Toutefois, le cadre temporel débute en l'espèce avec la décision matérielle de révision de 1998 (cf. supra consid. 6.2). Or à cette époque, le bilan psychiatrique évoquait bien une personnalité névrotique mais sans incidence sur la capacité de travail. Dès lors, on ne peut pas dire que de ce point de vue l'état de santé du recourant se soit amélioré au point d'entraîner une modification de son degré d'invalidité puisqu'à l'époque sur le plan psychique, il était déjà apte à travailler. Sur le plan somatique, la question est complexe. En 1998, le diagnostic d'algodytrophie semblait justifier le maintien de la rente. Or ce syndrome est une réaction neurovasculaire douloureuse et aberrante dont l'origine est méconnue (psychique ou somatique ?) et peut être considérée comme une affection psychosomatique (cf. Ch. Grasser, L'algodytrophie: une affection psychosomatique exemplaire; in: Revue Douleur et Analgésie, vol. 13 n° 4 décembre 2000, p. 189). La part psychique n'est donc pas absente, quand bien même le diagnostic est posé par un rhumatologue ou un neurologue. Or, aucune expertise d'un de ces spécialistes ne figure au dossier de la dernière révision, alors que le rapport du Dr G. _____, orthopédiste, donne des indices en faveur d'un SDRC I (douleur disproportionnée, atrophie, limitation de la mobilité, lésion de la peau), de même que celui du 17 novembre 2007 du Dr M. _____, également orthopédiste, produit par le recourant en procédure d'audition devant l'autorité inférieure (paresthésie avec oedème, mouvements douloureux, déficit d'extension). Par ailleurs, il faut également se demander si le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ne recouvre pas au moins partiellement pour un psychiatre celui de syndrome douloureux régional complexe posé par les neurologues.

E. 11

Pour ces raisons, la Cour n'est pas en mesure de se rallier sans réserve aux conclusions de l'autorité inférieure. Il y a donc lieu d'annuler la décision et de la renvoyer à l'autorité inférieure afin qu'elle détermine clairement, avant de prendre une nouvelle décision, si l'état

de santé du recourant s'est notablement amélioré notamment pour ce qui concerne l'algodystrophie et qu'elles en sont les incidences sur sa capacité de travail. Il ne suffit pas que le médecin de l'autorité inférieure parle d'amélioration spontanée de l'algodystrophie (pce 180) pour exclure ce diagnostic, vu que ce progrès n'est pas corroboré par les pièces figurant au dossier. En effet, il est indispensable que les médecins, dans un cas aussi équivoque, s'expriment sans ambiguïté sur l'évolution de l'état de santé, notamment sur les corrélations entre les différents diagnostics qui au fil des ans ont soit disparu, soit été remplacés par d'autres. Il est également nécessaire de clarifier les problèmes de terminologie qui ont été évoqués ci-dessus. Sans cela, il est impossible pour un Tribunal de déterminer si l'on est en présence d'une amélioration de l'état de santé, d'une adaptation aux changements de la terminologie médicale pour un même problème de santé ou encore d'une appréciation différente d'un même état de santé. En l'espèce, compte tenu de l'enchevêtrement des diagnostics, une expertise pluridisciplinaire s'impose.

E. 12.1

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par le recourant lui sera restituée sur le compte bancaire qu'il aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

E. 12.2

Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 durèglement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). En l'espèce, le travail accompli par le représentant du recourant en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de 4 pages et d'une réplique de 2 pages et demie. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 1'500.- à charge de l'OAIE.

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