

BVGer C-358/2008 vom 7. Juni 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-358_2008

FR: TAF C-358/2008 du 7 juin 2010

IT: TAF C-358/2008 del 7 giugno 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), l'autorité de céans, 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'OAIE concernant l'assurance-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 étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. L'art. 1 al. 1 LAI stipule 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

Le recourant a pris part à la procédure devant l'autorité inférieure; il est spécialement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA, cf. art. 59 LPGA). Il est, partant, légitimé à recourir. Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais fournie dans le délai (cf. pce 10 dossier TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 2.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109. 268.1) s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71

(RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.2

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

E. 3.1

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (également dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2008), 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. S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2008 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), 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). Lors de l'examen d'un éventuel droit à une prestation de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur au 1er janvier 2003 de la LPGA, respectivement avant le 1er janvier 2008, il y a lieu de se référer aux principes généraux en matière de droit intertemporel selon lesquels sont en règle générale déterminantes les dispositions légales en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques. Par conséquent, le droit à une prestation s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002, respectivement le 31 décembre 2007, à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles.

E. 3.2

Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à percevoir une rente entière d'invalidité après le 1er février 2008. Il s'agit donc d'examiner si c'est à raison que l'autorité inférieure a supprimé la rente entière allouée à partir du 1er janvier 1994. A cet égard, il convient de relever que la date de la décision attaquée (11 décembre 2007) marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b).

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 de lui 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 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 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.

E. 4.2

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité à un quart de rente si l'assuré 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. 2 LAI). 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%. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de cet accord (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

E. 4.3

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 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, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 6.1

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 6.2

En effet, l'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur ou le juge peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et réf. cit.). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend 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 (arrêt du TFA du 6 mai 2003, I 375/02 consid. 2.2). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1).

E. 6.3

Dans le cas présent, la décision initiale du 23 avril 1999 n'a pas été réformée par voie de reconsidération, la rente ayant en effet été supprimée en application de l'art. 17 LPGA dans le cadre de la seconde procédure de révision. Cependant, la question de la reconsidération ayant été évoquée dans le dossier (voir pce 131), il convient tout d'abord d'examiner si les

conditions permettant de procéder à une reconsidération de la décision de rente étaient réunies. En l'espèce, la décision initiale n'a pas fait l'objet d'un recours si bien qu'elle est formellement entrée en force. La première condition pour procéder à une reconsidération est donc remplie. Reste à déterminer si la décision de rente était sans nul doute erronée. Lors du prononcé du 27 août 1998, à l'origine de la décision mentionnée, l'OAI-VD, à l'issue d'une procédure ordinaire initiée le 8 novembre 1993, était bien renseigné quant à la nature des atteintes subies par le recourant et leur incidence sur la capacité de travail. Ainsi, pour établir le degré d'invalidité, l'Office cantonal AI a notamment versé au dossier un rapport de l'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Vaud daté du 17 mai 1994, différents rapports de la Dresse U._____ (médecin traitant), un rapport médical fondé sur des examens pratiqués entre février et mai 1996 à la Policlinique médicale universitaire (PMU), à Lausanne, avec évaluation psychiatrique, ainsi qu'un rapport d'expertise psychiatrique du 14 avril 1998, fondé sur 6 entretiens menés entre mai et juillet 1997 et des tests psychologiques effectués les 12 et 19 juin 1997 par le Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA, Dr G._____, médecin chef, Dresse O._____, médecin assistant, et Mme T._____, psychologue, voir pce 207). En conséquence, l'instruction menée à l'époque par l'OAI-VD ne montre pas de lacune et ne prête pas le flanc à la critique. Eu égard à ce qui précède, une reconsidération de la décision du 23 avril 1999 fixant le degré d'invalidité à 100% et le début du droit au 1er janvier 1994 ne saurait se concevoir, ce d'autant plus que cet argument n'est plus avancé par l'autorité inférieure. Il convient alors d'examiner si une suppression ou une diminution des prestations allouées peut être motivée en se basant sur les dispositions de l'art. 17 LPGA.

E. 7.1

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 7.2

En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 1994 pour un degré d'invalidité de 100% (décision du 23 avril 1999). Dans ce contexte, il est utile de préciser que l'assuré a travaillé en Suisse comme maçon, en dernier lieu auprès de l'entreprise D._____ SA, à Lausanne, du 15 avril 1991 jusqu'au 24 janvier 1993. Selon les indications de l'ancien employeur, le dernier jour de travail effectif a été le 15 janvier 1993 (voir pce 6). A l'issue d'une première révision d'office, l'Office AI compétent a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité pour un degré d'invalidité inchangé. La question de savoir si le degré d'invalidité a connu une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 avril 1999 (dernière décision ayant examiné matériellement le droit à la rente, cf. consid. 6.1 ci-dessus) et ceux prévalant le 11 décembre 2007, date de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.3). Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'assuré affirme n'avoir exercé aucune activité lucrative; l'éventuelle modification du taux

d'invalidité doit donc être évaluée uniquement sur la base des données médicales.

E. 8

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. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 9.1

Le droit à la rente entière a été reconnu au recourant sur la base de l'expertise psychiatrique menée entre mai et juillet 1997 par les Drs G. _____ et O. _____. Les experts ont retenu, après six entretiens complétés par deux séries de tests psychologiques, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de dysthymie dans le cadre d'une personnalité prépsychotique, les comorbidités sur le plan somatique étant une insuffisance mitrale sur valvulopathie d'origine rhumatismale, une dyspepsie épisodique sans lésion ulcéreuse ainsi que des troubles statiques du rachis (scoliose lombaire sinistro-convexe et bascule du bassin du côté gauche). En effet, les résultats des investigations spécialisées ont mis en évidence un trouble prépsychotique du fonctionnement mental, trouble attribué aux conséquences de la perturbation du développement psychoaffectif révélées par l'anamnèse de l'enfance et de l'adolescence (maltraitance et violences parentales), marqués par une énurésie prolongée et des fugues à répétition, ainsi que des troubles importants de la santé physique tels un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 9 ans suivi d'une réduction de la mobilité de plusieurs mois, et une comitialité entre 13 et 15 ans, se manifestant par des crises épileptiques. Ont également été montrés les signes d'un trouble durable de l'humeur (tonalité dépressive de l'humeur, diminution de l'appétit, troubles du sommeil, perte d'énergie et fatigue, difficulté de concentration, perte d'espoir) qui correspondent aux critères diagnostiques de la dysthymie, soit une forme de dépressivité durable, d'intensité modérée ne constituant pas un état dépressif caractérisé. Si la vulnérabilité psychique est restée relativement bien compensée durant de nombreuses années, les spécialistes ont fait état de difficultés d'adaptation aux problèmes existentiels et au stress psycho-social lesquels ont finalement provoqué la décompensation progressive de l'équilibre psychique précaire que l'assuré était parvenu à conserver auparavant.

E. 9.2

Quant à l'évolution des pathologies ayant motivé l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la capacité de travail de l'intéressé durant la période entrant en considération, force est de constater que les avis exprimés à ce sujet par les médecins dans le cadre de la présente procédure divergent. En effet, le rapport d'expertise établi à la CRR (6 février 2006) conclut à des capacités fonctionnelles actuelles compatibles avec l'exercice à temps complet de toutes les activités réputées sédentaires, sous réserve de l'évolution de la valvulopathie mitrale, avec sanction chirurgicale vraisemblable à moyen terme, qui justifiera de revoir l'appréciation de la capacité de travail exigible. Les facteurs précédemment actifs sur le plan psychiatrique tels que la dysthymie et - vraisemblablement - la consommation excessive d'alcool, ne seraient plus présents, alors que le profil de personnalité de l'assuré ne

constituerait pas à lui seul un facteur qui justifierait une inaptitude totale à exercer une activité professionnelle. A cet égard, le rapport de l'expert psychiatre (Dr V. _____) retient bien de la biographie de l'assuré des perturbations du développement psychoaffectif dans un contexte de fratrie nombreuse et de violences familiales, dont il serait difficile d'évaluer l'importance. Or l'expert reconnaît, tout comme les spécialistes du DUPA en 1997, des éléments validants ces perturbations du développement psychique, en particulier une énurésie persistante jusqu'à l'adolescence, des crises d'agitation et des troubles du comportement, une problématique de liens affectifs particulièrement marquée avec des relations sentimentales instables et un investissement minime dans les relations avec ses propres enfants (5 au total, de 3 mères différentes), ainsi que deux hospitalisations en milieu psychiatrique sans pour autant en déduire un facteur notoire d'incapacité de travail. Suite à une aggravation du problème cardiologique ayant nécessité le remplacement de la valve mitrale en août 2006, de nouveaux documents médicaux faisant état d'une évolution favorable ont été produits. Cela justifierait, de l'avis du service médical de l'OAIE, de statuer sur une incapacité de travail de 100% comme maçon et de 0% dans des activités de substitution adaptées. A cet égard, le Dr L. _____, chirurgie cardiovasculaire, relève dans son rapport du 12 septembre 2006 une dilatation discrète des cavités gauches à l'échographie, alors qu'il décrit le 16 novembre 2007 une hypertrophie concentrique du ventricule gauche de degré important et une insuffisance tricuspide discrète. Il sied de noter que, dans les deux rapports, trouvant le patient un peu déprimé, ce médecin recommande une aide psychologique. Alors que l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative depuis de nombreuses années et que les rapports médicaux des 5 et 12 novembre 2007 (voir pces 245-247) concluent à une incapacité de travail, le service médical de l'OAIE affirme que la nécessité d'une interruption de travail ou l'impossibilité de reprendre une activité n'est pas stipulé. L'assuré, par l'intermédiaire de sa compagne, affirme en revanche ne pas présenter les conditions physiques et psychologiques pour la reprise d'une activité lucrative, l'indication d'un internement psychiatrique étant même évoquée. La Dresse S. _____, psychiatre, mentionne, dans un bref rapport du 5 novembre 2007, un suivi initié en janvier 2007 en raison d'un trouble dépressif, de découragement, d'une fragilité émotionnelle et de difficultés relationnelles, d'une légère amélioration sous traitement et d'un arrêt volontaire de la médication après trois mois avec rechute aiguë et reprise de la médication, l'assuré présentant actuellement un trouble dépressif, des difficultés de faire face à des situations stressantes, avec tendance à l'isolement et aux idées suicidaires. Le certificat médical psychologique du 12 novembre 2007 confirme l'existence d'un trouble dépressif récurrent, de tristesse, perte d'intérêt et de plaisir, altérations du sommeil et du comportement, difficulté relationnelle, isolement social, vision sombre et pessimiste de l'avenir, pensée de culpabilité et d'inutilité, ainsi que d'idées de suicide. Le service médical de l'OAIE ayant adopté l'avis des médecins de la CRR, retient néanmoins une évolution tout à fait favorable après pose d'une valve métallique au niveau mitral pour insuffisance mitrale sévère avec, au test d'effort une réponse cardio-respiratoire normale et une évolution physiologique de la tension artérielle sans arythmie et sans ischémie coronaire, la seule limitation étant en rapport avec la nécessité d'une anti-coagulation à vie empêchant les métiers à risques. En conséquence, il considère qu'une activité légère de magasinier, menuisier ou jardinier est exigible à 100% après une période de deux mois de convalescence. Quant au problème des meralgies paresthésiques dans le membre inférieur gauche, il conclut qu'il s'agit là habituellement d'un trouble transitoire sous traitement approprié lequel ne conditionne pas d'incapacité de travail au long cours.

E. 9.3

En l'espèce, l'autorité de céans ne peut adhérer aux conclusions de l'OAIE et de son service médical. Attribuant une certaine priorité à la discussion des atteintes somatiques et leur incidence éventuelle sur la capacité de travail dans des activités jugées adaptées, le service médical de l'OAIE semble n'accorder qu'une importance secondaire à la pathologie psychiatrique, estimant qu'il n'existait plus d'affection psychiatrique à proprement parler lors de l'expertise pluridisciplinaire début 2006 (voir pce 256). Or c'était précisément cette atteinte qui avait motivé en 1997 la reconnaissance d'une incapacité de travail totale par les experts du DUPA et l'octroi de la rente entière d'invalidité. Les investigations menées à l'époque sont basées sur une période d'observation de plusieurs semaines - de mai à juillet 1997 - dont les résultats ont été minutieusement exposés et les conclusions clairement motivées. Ainsi l'expertise retrace-t-elle l'évolution de l'atteinte invalidante, trouvant son origine dans les troubles de développement psycho-affectif durant l'enfance, renforcée par l'existence d'une comorbidité somatique, relativement importante, quoique bénigne, et une situation d'émigration dans le contexte d'une vie sentimentale et relationnelle grandement perturbée, marquée par plusieurs périodes d'arrêt de travail à partir de 1990 pour aboutir enfin à une incapacité de travail de 100%, irréductible depuis l'arrêt définitif de toute activité professionnelle en janvier 1993, selon les experts. Ces derniers ont souligné la nature persistante des troubles somatoformes en question et le fait que l'assuré ne peut exprimer sa souffrance psychique invalidante dont les causes premières sont profondément enracinées dans son inconscient et dont les manifestations polyalgiques résultent de l'influence d'un trouble persistant du fonctionnement de sa personnalité prépsychotique. Les spécialistes ont dès lors conclu que la déficience des capacités de mentalisation rendait illusoire toute perspective psychothérapeutique, a fortiori qu'il y a une dénégarion persistante du fondement psychique des douleurs ressenties. Dans ce contexte, un reclassement ou une réadaptation professionnelle ne paraissent pas envisageables. Le rapport psychiatrique réalisé dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire début 2006 repose quant à lui sur un unique entretien/examen et se lit en trois pages dont la moitié résume le contexte (éléments du dossier) et l'anamnèse, l'autre moitié contenant les plaintes actuelles en moins de sept lignes, une brève observation générale ainsi qu'une discussion admettant qu'il était ardu d'apprécier l'incapacité de travail dans le cas présent, l'expertisé ayant adopté une identité d'invalidé depuis de nombreuses années. La conclusion succincte ne contient cependant aucun élément permettant de comprendre à la faveur de quels événements extérieurs ou de quel changement de circonstances l'assuré aurait pu surmonter l'organisation prépsychotique de sa personnalité et trouver les ressources nécessaires pour développer une capacité de travail hypothétique. L'expert de la CRR estime néanmoins que les troubles présentés actuellement ne constituent pas un facteur notoire d'incapacité de travail. En réalité, le tableau psychique sommaire décrit dans ce rapport n'autorise aucunement de conclure à une amélioration quelconque sur le plan psychique depuis l'expertise approfondie du DUPA, alors que l'état de santé s'est même détérioré sur le plan physique par rapport à 1997, en particulier si l'on tient compte qu'il a fallu procéder à un remplacement valvulaire en été 2006. Sur le vu de ce qui précède, force est de conclure que l'OAIE et son service médical se sont bornés d'affirmer qu'il n'y avait plus de trouble dépressif récurrent, mais juste un état dépressif réactionnel passager à mettre sur le compte de la suppression de rente et du stress induit, de même que de l'intervention cardiaque, sans pour autant être en mesure de démontrer sur quelles observations et constats pouvaient s'appuyer une telle affirmation. Dans ces circonstances, le recours doit être admis dans le

sens que le droit de l'assuré à la rente entière d'invalidité est maintenu au-delà du 1er février 2008.

E. 10

La décision attaquée a été rendue après le 1er juillet 2006, entrée en vigueur de l'art. 69 al. 2 LAI soumettant la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral à des frais de procédure. Au vu de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 37 LTAF et 63 al. 2 et 3 PA). L'avance de frais déjà payée est restituée au recourant. Celui-ci, non représenté, n'ayant pas à supporter des frais indispensables et relativement élevés, aucune indemnité de dépens n'est allouée (cf. art. 7 al. 1 du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF] et 64 al. 1 PA).

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