

BVGer C-4848/2007 vom 9. Februar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4848_2007

FR: TAF C-4848/2007 du 9 février 2010

IT: TAF C-4848/2007 del 9 febbraio 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1

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

E. 1.1

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

E. 1.2

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. 1.3

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

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité

sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'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. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables et il est fait référence dans le présent arrêt aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision par laquelle l'OAIE a réduit/supprimé le droit à la rente de l'assuré (dès le 1er juillet 2005 respectivement le 1er août 2007) est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 17 LPGA est donc applicable à la révision de la rente litigieuse. Les principes jurisprudentiels développés en matière de révision de rente sous le régime de l'ancien art. 41 LAI demeurent cependant applicables (ATF 130 V 343 consid. 4.5; arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 1).

E. 4

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral il n'est pas admis de rendre une décision sur opposition de nature cassatoire, en ce sens qu'elle se limite à annuler la décision précédente en raison de la nécessité d'une instruction complémentaire. Il convient bien plutôt de compléter le dossier et de réformer la décision initiale par une décision sur opposition mettant fin à l'instance (ATF 131 V 407). Dès lors, l'autorité inférieure a rendu à tort une décision sur opposition de nature cassatoire le 3 février 2006 (adressée à nouveau les 21

février et 3 mars suivant). Cela étant, la décision de l'OAIE du 11 juin 2007 doit être considérée comme une décision sur opposition mettant fin à l'instance au niveau de l'autorité inférieure.

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

E. 6.1

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.

E. 6.2

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

E. 6.3

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel

changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impuissance ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 88bis RAI fixe quand la modification du droit à la rente prend effet en cas d'augmentation (al. 1) et en cas de diminution (al. 2). Selon l'al. 2 let. a RAI la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend normalement effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 6.4

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 7.1

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

E. 7.2

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

E. 7.3

En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision du 9 octobre 1992 de la Caisse cantonale de compensation du canton de Neuchâtel, motivée principalement par les rapports des Drs B. _____ du 7 juin 1991 et de la Dresse C. _____ du 25 novembre 1991, et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision [sur opposition] du 11 juin 2007, principalement motivée par le rapport du CEMed de Nyon du 4 août 2006, confirmé par le service médical de l'OAIE, dont est recours, sont déterminants pour la discussion du cas.

E. 8.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

E. 8.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 9.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

E. 9.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 9.3

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

E. 10.1

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

E. 10.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 11

Le recourant conteste d'abord toute valeur probante à l'expertise du CEMed/COMAI de Nyon ordonné par l'autorité inférieure en raison de la partialité des experts.

E. 11.1

D'après la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut toutefois pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêts du Tribunal fédéral I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3 et I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.1, ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF 123 V 176 consid. 3d).

E. 11.2

Le recourant fait valoir que les experts du COMAI pourraient être enclins à prendre parti pour leur mandant ou employeur, d'autant plus dans un climat actuel de méfiance à l'égard des bénéficiaires de rentes et de besoin de faire des économies. Selon le Tribunal fédéral, si les COMAI sont principalement rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des

organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considérations de ces éléments notamment, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (cf. aussi l'arrêt du Tribunal fédéral I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3.2). Ce grief du recourant doit dès lors être rejeté n'ayant pas été apportée de preuve de quelque prévention.

E. 11.3

Le recourant vise aussi l'impartialité subjective des experts, qu'il dénie à ces médecins en raison de l'attitude qu'ils auraient eu envers lui. Comme l'impartialité des experts se présume jusqu'à la preuve du contraire (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.2 et la référence citée), il ne suffit pas d'alléguer une prétendue partialité, mais il incombe au recourant d'en établir la preuve, ce qu'il n'a pas fait en l'espèce. En effet, il a certes relevé que les experts auraient suggéré qu'il serait capable d'effectuer bien plus d'activités qu'il ne le prétendait en laissant entendre, notamment, qu'il ferait du vélo, qu'il avait les mains présentant des marques et traces noires (sous entendu qu'il travaillait régulièrement avec ses mains) et qu'il avait des kératoses aux genoux qui ressemblaient à celles que peuvent avoir un carreur. Toutefois, le recourant perd de vue qu'il incombe justement à l'expert (mandaté par l'administration) de signaler d'éventuelles incohérences dans les indications et le comportement de l'expertisé (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). En outre, la jurisprudence a déjà souligné l'importance des indications de l'assuré sur une thérapie par médicaments, dont l'observance peut être contrôlée par une prise de sang (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 329/05 du 10 février 2006 consid. 4.2.2). Dès lors qu'il incombe à l'expert invité à se prononcer sur la situation d'un assuré présentant un état douloureux de décrire le comportement de celui-ci et de faire des observations y relatives, on ne saurait en déduire des indices de partialité (arrêt I 329/05 cité consid. 4.2.1). Cela vaut également dans le cas d'une personne souffrant de dépression (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_255/2009 consid. 3.1).

E. 12

Le recourant dénie par ailleurs toute valeur probante à l'expertise du CEMed de Nyon du mois de mai 2006 du fait selon lui de son imprécision et de sa superficialité, ne répondant donc pas aux conditions minimales requises par la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment celle publiée aux ATF 132 V 65.

E. 12.1

En l'espèce, le Tribunal de céans observe que le recourant ne conteste pas dans le recours (cf. en particulier p. 7) que sur le plan physique (le diagnostic de status après spondylodèse postérieure L4 à S1 pour discopathie L4-L5 et spondylolyse L5-S1 retenu en 1992, confirmé en 1999 occasionnant un syndrome douloureux lombovertébral chronique persistant) son état de santé est resté stationnaire. Le Tribunal de céans peut dès lors retenir à la date de la décision [sur opposition] attaquée du 11 juin 2007, sur le plan physique, une capacité de travail entière, comme en 1992, dans des activités légères adaptées. Le recourant n'a pas produit de preuve pouvant démontrer une aggravation de l'état de santé physique jusqu'au 11 juin 2007. Seuls les derniers rapports médicaux qu'il a produits font état d'aggravation de sa santé au niveau du colon. Toutefois ils ne peuvent être pris en compte du fait que l'aggravation en question, dans la mesure de sa réalité, est intervenue après la décision [sur opposition] attaquée.

E. 12.2

Est par contre objet de contestation l'amélioration de l'état de santé du recourant au plan psychique.

E. 12.2.1

En 1991, la Dresse C._____, dans son rapport du 25 novembre (pce 115), avait relevé une somatisation chez une personnalité immature, phobique, ayant des difficultés d'introspection, à la personnalité très perturbée, présentant une dépression masquée, soit des atteintes limitant totalement la capacité de travail dans le cadre d'un status psychologique anosognosique, toute mesure médicale psychiatrique s'avérant inutile. Cette appréciation est intervenue à la suite de l'échec de sept tentatives de réinsertion professionnelle.

E. 12.2.2

Tenant compte de la bonne santé physique générale de l'assuré (cf. notamment le rapport E 213 du 3 février 2004 [pce 142]), mais aussi de l'incidence de son passé psychologique, le Dr F._____ de l'OAIE conclut dans son rapport du 4 octobre 2004 (pce 146) à la possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité lucrative à 50%, ce qui selon la comparaison des revenus de l'évaluation économique de l'invalidité conduisit à une invalidité de 60% et à $\frac{3}{4}$ de rente (décision du 19 mai 2005 [pce 159]).

E. 12.2.3

Dans le cadre de la procédure d'opposition contre la décision de l'OAIE du 19 mai 2005, il fut réalisée le 18 mai 2006 une expertise au CEMed de Nyon. Selon le rapport d'expertise du 4 août 2006 (pce 206), outre de présenter un parfait état général physique, le recourant n'a, sur le plan psychologique, montré aucun signe dépressif ou anxieux, d'idéation suicidaire, de pathologie psychiatrique sous-jacente grave ou décompensée, d'élément de la lignée psychotique. Le jugement et le raisonnement furent retenus parfaitement dans les normes. Par ailleurs, il fut également relevé une mauvaise compliance entre la prise de médicament alléguée et les taux sériques. Il apparut donc par un examen prima facie - vu les constatations faites au CEMed et ensuite reprises par le Dr H._____, du service médicale de l'OAIE, nonobstant sa prise de position quelque peu différente du 21 janvier 2006 dans laquelle il semblait prendre en considération une capacité résiduelle de travail d'au maximum 50% (cf. pce 171) - que l'intéressé ne présentait plus de problème psychologique affectant sa capacité de travail de façon déterminante.

E. 12.2.4

Toutefois, dans son recours, l'intéressé a justement relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65) les experts doivent mettre les informations recueillies en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. L'on ne saurait donc sans autre accorder une pleine valeur probante à une expertise médicale sur la capacité de travail (raisonnablement exigible) d'un assuré, lorsque l'expert ne met pas en rapport ses constatations, impressions et appréciations qu'il a rassemblées au cours de l'examen avec l'historique clinique de l'expertisé, d'autant plus si une rente entière a été octroyée pour des motifs psychiques pendant plus de 15 ans. Par ailleurs, la qualité d'une expertise est déterminée, entre autre, sur la base de la récolte et de la description des informations -

laquelle dans le cas en examen a été assez bonne -, la qualité de l'intégration des informations recueillies dans un tableau global cohérent, l'aspect convaincant et complet de la discussion et enfin la clarté et la précision de la réponse aux questions posées (cf. à ce sujet les lignes directrices de la société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques [approuvé et mis en vigueur par l'assemblée générale de la Société suisse de psychiatrie d'assurance le 13 novembre 2003, Bulletin des médecins suisses 2004 p. 1905 ss]). Or, l'expertise du CEMed ne répond pas suffisamment à ces derniers critères du fait que ne ressortent pas de celle-ci des explorations complémentaires pour découvrir, au delà des apparences, l'existence ou non d'une dépression ou d'autres affections psychiatriques cachées, alors même qu'il avait été relevé que le recourant souffrait de dépression masquée dans le cadre d'une personnalité anosognosique. Compte tenu de cela, et même si l'appréciation psychiatrique de l'expertise du CEMed paraît confirmer celle de la Dresse E. _____ du 11 novembre 1998 et celle de la Dresse I. _____ du 9 août 2004, il appert que les antécédents psychiatriques du recourant, ses échecs cumulés de réinsertion professionnelle, sa personnalité immature, phobique, anosognosique, ayant des difficultés d'introspection, sont des aspects qui n'ont pas été suffisamment discutés dans le rapport d'expertise du CEMed de Nyon. Celui-ci s'est en effet limité, sur le plan psychiatrique, à mettre en exergue un bon status psychologique et somatique apparent et à mettre en doute d'une façon sommaire et imprécise le bien-fondé de l'appréciation de la Dresse C. _____ de 1991. Compte tenu des rapports psychiatriques du Dr M. _____ produits par le recourant, notamment ceux du 5 juillet 2007 et du 1er février 2008 (dont il convient de tenir compte dans la présente cause parce qu'ils se réfèrent à des faits antérieurs à la décision attaquée du 11 juin 2007; cf. sur la question ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b), décrivant un status psychiatrique invalidant, sans que ni le rapport d'expertise du CEMed de Nyon ni les prises de position ultérieures à celui-ci du Dr H. _____, du service médical de l'OAIE, n'ont réussi à satisfaction de droit, selon des critères et des motivations logiques et compréhensibles, de convaincre le Tribunal de céans de l'existence d'une amélioration significative, et par ailleurs pas seulement passagère ou momentanée, de l'état de santé psychique du recourant, il convient de relativiser la position de l'OAIE fondée principalement sur l'expertise du CEMed de Nyon. Il sied dans ce cadre de relever que l'opinion du psychiatre traitant de l'intéressé, le Dr M. _____, est d'autant plus importante dans le cas d'espèce que celui-ci suit régulièrement le recourant depuis mars 2006, que l'expertise psychiatrique du CEMed de Nyon repose sur une seule visite du recourant (par surabondance il sied par ailleurs de relever que - selon les dires du recourant, non contestés par l'autorité inférieure - la durée de l'expertise a été inférieure à l'heure nonobstant la complexité du cas), que les rapports du Dr M. _____ susmentionnés n'ont pas été soumis à l'expert psychiatrique du CEMed, que l'expertise du CEMed a été faite une année avant la prise de la décision de l'OAIE et que les avis exprimés par le Dr H. _____ sur le cas après la réalisation de l'expertise du CEMed sont quelque peu vagues. Il faut également relever, notamment, qu'il ne ressort pas des faits de la cause que le Dr H. _____ a examiné en détail le rapport du Dr M. _____ du 1er février 2008. Or ce rapport s'est basé, d'une part, sur des examens cliniques, et non sur des simples tests comme celui du 4 avril 2008, et indique, d'autre part, les affections psychiatriques de l'intéressé selon un système de classification international reconnu. Vu ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut que renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise psychiatrique ayant pour objet l'examen et la discussion de la persistance ou non des symptômes précédemment (1991) retenus ayant justifié pour

l'essentiel une rente entière ou la survenance d'autres affections psychiatriques. L'OAIE veillera aussi à ce que les différents rapports du psychiatre traitant du recourant soient suffisamment pris en compte afin d'établir à satisfaction de droit si depuis 1991 il y a eu, effectivement, ou non, une amélioration significative de l'état de santé du recourant, et, le cas échéant, s'il ne peut éventuellement être retenue qu'une capacité de travail partielle compte tenu des antécédents et de l'évolution des symptômes comme l'avait estimé le Dr F. _____ en octobre 2004 (pce 143) et implicitement aussi le Dr H. _____ en janvier 2006 (pce 171). Il veillera à ce que l'expert précise, cas échéant, les dates déterminantes à retenir dans l'hypothèse d'améliorations successives de l'état de santé. Il paraît en effet, sur la base des actes de la cause en l'état actuel du dossier, qu'une diminution de rente à partir de juillet 2005 (¾ de rente au lieu d'une rente entière) comme retenue dans la décision de l'OAIE du 19 mai 2005, reprise sur ce point dans celle attaquée du 11 juin 2007, ne trouve aucune justification, les éléments pour ce faire à disposition de l'administration à l'époque ayant été insuffisants et ayant obligé d'ordonner par la suite une expertise du CEMed dans laquelle ne ressortent pas d'éléments probants pour admettre une première amélioration de l'état de santé du recourant en 2005 et une deuxième amélioration de ce même état de santé en 2007.

E. 13

Le recours doit ainsi être partiellement admis et le dossier retourné à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant une nouvelle expertise psychiatrique et toute autre mesure utile à déterminer la capacité de travail du recourant (notamment concernant l'aggravation de l'état de santé physique de celui-ci qui serait intervenue postérieurement à la prise de la décision [sur opposition] attaquée).

E. 14.1

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

E. 14.2

Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est allouée une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision), compte tenu de la difficulté de la cause et du volume du dossier ainsi que du travail nécessaire effectué par l'avocat.

E. 14.3

Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet. (dispositif page suivante)