

BVGer C-6675/2023 vom 31. Januar 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6675_2023

FR: TAF C-6675/2023 du 31 janvier 2025

IT: TAF C-6675/2023 del 31 gennaio 2025

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.1

Sous réserve d'exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références).

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA. De plus, selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.3

Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de la procédure ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

E. 2

Avant toute entrée en matière, le Tribunal examine en outre la compétence de l'autorité qui a rendu la décision contestée (arrêts du TAF C-1818/2017 du 29 mai 2017 ; C-6669/2013 du 21 mars 2016 consid. 3.1 et les réf. cit.), en l'occurrence l'OAIE.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 40 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur au 1er octobre 2023]) est compétent pour enregistrer et examiner les demandes (a.) l'office AI dans le secteur d'activité duquel les assurés sont domiciliés, (b.) l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2bis, si les assurés sont domiciliés à l'étranger (al. 1). L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). En cas de révision, la procédure est menée par l'office AI compétent au sens de l'art. 40 RAI à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas (art. 88 al. 1 RAI).

E. 2.2

En l'espèce, l'assuré était domicilié en France voisine à (...) au moment où son incapacité de travail est survenue en décembre 2008, respectivement à (...) au moment du premier réexamen de son droit à des prestations d'assurance-invalidité. Immédiatement avant la survenance de cette incapacité de travail, il effectuait des missions temporaires pour le compte de l'entreprise O. _____ sise à (...). Ce contrat de travail ayant pris fin au terme de la dernière mission survenu le 21 octobre 2008 (OAIE p. 272), c'est à juste titre que l'OAIE a conduit l'instruction et prononcé la décision d'octroi de rente du 22 septembre 2015, les tentatives de reprise d'une activité lucrative d'une durée de 2 jours à un mois maximum effectuées entre 2011 et 2013 n'étant pas décisives. Depuis lors, l'assuré, toujours domicilié en France voisine, n'a repris aucune activité lucrative au moment de l'introduction de la seconde procédure de révision, de sorte que c'est à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de celle-ci et notifié la décision litigieuse.

E. 3

L'objet du litige porte sur la diminution du droit à la rente du recourant résultant d'une éventuelle amélioration de l'état de santé de ce dernier susceptible d'entraîner une amélioration de sa capacité résiduelle de travail de 0% à 40% respectivement une diminution de son incapacité de gain de 100% à 67%.

E. 4

Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français domicilié en France voisine ayant travaillé et cotisé en Suisse (cf. supra let. A.), la procédure présente un aspect transfrontalier, de sorte que la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la

libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après: règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009). Cela étant dit, le fait que l'assuré a été mis au bénéfice d'une pension française d'invalidité à compter du 1er février 2011 (cf. supra lettre A.) ne préjuge pas du droit à une rente d'invalidité suisse (cf. OAIE p. 319 ; cf. également les décisions de renouvellement de ladite rente des 19 décembre 2013 et 22 février 2018 de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées du (...) reconnaissant à l'assuré la qualité de travailleur handicapé [OAIE p. 192 s., 317 s. ; voir également supra lettre A]).

E. 5

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Pierre Moor / Etienne Poltier, *Droit administratif*, vol. II, 3ème éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd., 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler/Kayser, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C 6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

E. 6.1.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1er janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505).

E. 6.1.2

En l'occurrence, la décision litigieuse du 15 novembre 2023 a été rendue sur la base d'une éventuelle amélioration de la capacité de gain du recourant qui lui serait opposable à compter du 10 février 2023. Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions de la LAI en vigueur dès le 1er janvier 2022.

E. 6.2

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 15 novembre 2023). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (Moser/Beusch/ Kneubühler, *Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd. 2013, p 117 § 2.204 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été établi postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

E. 7.1

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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations

entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

E. 7.1.1

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

E. 7.1.2

S'agissant des maladies psychiques tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), ainsi que les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert e (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 7.2.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 7.2.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op.cit., art. 57 LAI n° 33).

E. 7.2.3

Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF

139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position des services régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI - lesquelles ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1) n'ont pour fonction que de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (arrêt du TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2020 consid. 4). Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

E. 7.2.4

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, 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). Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une

expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

E. 8.1

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b).

E. 8.1.1

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance 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 (art. 87 al. 1 let. a et b RAI).

E. 8.1.2

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; Moser-Szeless, op. cit., art. 17 n. 20 ; Valterio, op. cit., art. 31 n. 19).

E. 8.1.3

Une communication au sens de l'art. 74ter let. f et 74quater al. 1 RAI par laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les réf. cit.). L'utilisation d'un tel acte administratif comme base de comparaison présuppose toutefois qu'il se fonde sur les clarifications qui paraissent nécessaires au regard des faits éventuellement modifiés, à savoir, conformément à la jurisprudence (ATF 147 V 167), des clarifications qui, si elles aboutissent à un résultat différent sur le fond, sont de nature à justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de la rente (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.2).

E. 8.1.4

Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; Moser-Szeless, op.cit., art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Valterio, op. cit., art. 31 n° 11 ss). En matière de révision, il revient au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

E. 8.1.5

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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.

E. 8.1.6

Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

E. 8.2

En l'espèce, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er décembre 2011 compte tenu d'une incapacité de travail dans toute activité lucrative de 50% dès le 4 décembre 2008 et de 100% à partir du 2 mars 2011 à la suite de troubles psychiques (cf. décision de l'OAIE du 22 septembre 2015 fondée sur la prise de position médicale du Dr B. _____ du 18 juin 2015 [OAIE p. 218 s., 226]). A l'issue d'une première procédure de révision d'office, l'OAIE a maintenu la rente ainsi allouée, considérant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits (cf. communication du 9 mars 2020 [OAIE p. 124]). A l'appui de ce prononcé, il s'est fondé sur la prise de position médicale du 3 mars 2020 du Dr E. _____ lequel avait estimé - sur la base de la documentation médicale recueillie, à savoir un rapport « E213 » du 9 décembre 2019 du Dr

D._____ (OAIE p. 156 ss) et un rapport du 24 janvier 2020 de la Dre F._____, psychiatre traitante (OAIE p. 137) - que des signes positifs et négatifs de la maladie étaient encore présents sur un registre interprétatif et persécutoire, a proposé de conserver l'incapacité de travail retenue jusqu'alors et a préconisé qu'une nouvelle procédure de révision fût initiée dans un délai de trois ans et que dans ce délai, l'établissement d'un rapport M06 fût requis auprès d'un psychiatre (OAIE p. 128). Cela étant, le Tribunal relève que le Dr E._____ s'est limité à confirmer la prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B._____, de sorte que l'appréciation du Dr E._____ du 3 mars 2020 se révèle singulièrement succincte. En outre, l'autorité inférieure n'a pas fondé son réexamen de la rente sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus, mais a sommairement constaté que les faits ne s'étaient pas notablement modifiés. Pour examiner le bienfondé de la décision litigieuse du 15 novembre 2023, il convient par conséquent de comparer les faits ayant présidé à ce prononcé avec ceux ayant fondé la décision initiale d'octroi de la rente prononcée le 22 septembre 2015.

E. 9.1.1

A l'appui de la décision de l'OAIE du 22 septembre 2015, l'autorité inférieure s'est fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), lequel a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) entraînant une incapacité de travail dans l'activité lucrative habituelle de 50% dès le 4 décembre 2008 (date de la 1ère hospitalisation psychiatrique de l'assuré) puis de 100% à compter du 2 mars 2011 (date de la seconde hospitalisation psychiatrique de l'assuré), aucune activité lucrative de substitution n'étant médicalement exigible. Après avoir établi une anamnèse succincte et retranscrit la teneur des rapports médicaux des médecins traitants à savoir du rapport du 9 janvier 2015 du Dr C._____ [psychiatre] et du rapport médical détaillé E213 du 11 février 2015 du Dr D._____, le médecin conseil a expliqué que l'assuré, âgé de 30 ans, était entré dans la schizophrénie à l'âge de 23 ans. Deux hospitalisations psychiatriques avaient été nécessaires, la première en 2008, la seconde en 2011. Entre 2008 et 2011, le trouble psychique avait été relativement stable, entraînant néanmoins une incapacité durable de travail limitée à 50% dans toute activité lucrative. Une aggravation de la pathologie psychique s'était produite en 2011 et avait nécessité une nouvelle hospitalisation psychiatrique entraînant durablement une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative. Après la survenance de la schizophrénie, l'assuré avait tenté de reprendre le travail, mais il n'avait pu décrocher que des emplois temporaires de courtes durées de 2 jours à un mois maximum du fait de l'importance des limitations fonctionnelles subies (symptômes psychotiques négatifs et positifs, idées délirantes, agressivité, ralentissement, manque d'initiative), l'assuré n'étant vraisemblablement que peu conscient de son état de santé psychique. Un traitement neuroleptique intramusculaire avait été instauré, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique régulier depuis 2009, le suivi d'un traitement médical susceptible d'améliorer significativement la capacité de travail ne pouvant toutefois raisonnablement pas être exigé de l'assuré. Le pronostic n'était pas favorable (OAIE p. 226).

E. 9.1.2

En outre, les constats médicaux suivants ressortent des deux rapports d'hospitalisation de l'assuré portés au dossier dans le cadre de la première procédure de révision du droit à la rente : - selon le rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____, l'assuré a été hospitalisé du 2 décembre 2008 au 19 février 2009 après qu'il

avait appelé le Service d'aide médicale urgente (SAMU) en raison d'hallucinations visuelles, d'un discours et de propos incohérents avec une angoisse importante dans un contexte de prise de cannabis ; au début de l'hospitalisation, le patient qui présentait des antécédents psychiatriques de consommation de cannabis chronique depuis l'âge de 18 ans, de consommation chronique d'alcool et de consommation de cannabis chez le père - avait évoqué un syndrome délirant à thème de persécution et à mécanisme interprétatif avec adhésion totale ; la mise en place d'une hospitalisation à la demande d'un tiers avec mise en chambre d'isolement s'était révélée nécessaire devant une importante sthénicité avec refus de prise de traitement ; le diagnostic principal de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques ainsi que les diagnostics associés de schizophrénie paranoïde et syndrome de dépendance au cannabis actuellement abstinent dans un environnement protégé avaient été posés ; le sujet avait adhéré aux soins et avait accepté le traitement injectable par Clopixol action prolongée ; après l'introduction du traitement médicamenteux, le patient s'était montré plus calme, adapté au service, mais il était resté très dissocié et anosognosique, des activités thérapeutiques lui ayant été proposées afin de favoriser son ancrage dans la réalité ; progressivement, il avait été observé un début de critique de ses troubles, avec toutefois la persistance d'un délire de persécution enkysté qu'il n'évoquait pas spontanément ; les sorties d'essai organisées afin de favoriser sa réinsertion socio-familiale s'étaient bien déroulées ; à sa sortie, son traitement s'était constitué de Clopixol AP 200 mg/1 : 3 ampoules tous les 28 jours en intramusculaire, de Parkinale LP 5 mg : 2 x 1 comprimé par jour et de Valium 10 mg : 3 x 1 comprimé par jour (OAIE p. 172) ; - selon le rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G. _____, H. _____ et C. _____, l'assuré avait été hospitalisé du 2 au 30 mars 2011 sur l'indication de troubles du comportement (hétéro-agressivité) dans un contexte délirant chez un patient schizophrène en rupture de traitement ; ce dernier avait été acheminé aux urgences par les pompiers et la police pour un état d'agitation sur la voie publique avec hétéro-agressivité envers sa compagne ; au cours des 15 jours précédents, il avait présenté une recrudescence des troubles (délire de persécution, jalousie, comportement modifié dans un contexte délirant, interprétatif, agressif) suite à une rupture de traitement (arrêt du Solian 100 mg depuis un mois) et suite au décès de son père survenu en décembre 2010 ; le diagnostic principal retenu était demeuré celui de schizophrénie paranoïde traitée, à la sortie, par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour ; durant son hospitalisation et après réajustement du traitement, le patient s'était montré moins tendu et moins angoissé ; il s'était montré dubitatif par rapport à son délire de jalousie ; le ralentissement psychomoteur s'était amélioré avec la diminution du traitement ; si le sujet avait été à même de critiquer un peu son comportement agressif, il était cependant resté anosognosique par rapport à ses troubles ; il avait néanmoins participé aux activités proposées et les sorties d'essai lui avaient permis de réintégrer son milieu socio-familial (OAIE pce 168).

E. 9.2

Aux termes de la décision litigieuse prononcée le 15 novembre 2023, l'OAIE a diminué le droit à la rente du recourant compte tenu d'un degré d'invalidité passé de 100% à 67%, considérant que l'état de santé respectivement le degré d'invalidité de ce dernier passé de 100% à 67% s'était amélioré à la faveur d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 40% depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé et respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenues (OAIE p. 36-39). A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur la prise de position médicale

SM/OAIE du 7 juillet 2023 du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Se référant à la prise de position médicale SM/OAIE du Dr K. _____ du 6 juillet 2023, au rapport médical détaillé « E213 » du Dr D. _____ du 4 décembre 2019, à l'ordonnance médicale du 19 janvier 2023 du Dr C. _____, au rapport du 10 février 2023 du Dr J. _____ et au rapport du 21 avril 2023 du Dr C. _____, le Dr E. _____ considère que l'ensemble de ces documents atteste d'une stabilisation efficace de la pathologie psychiatrique, sous traitement injectable mensuel, et de la récupération d'une capacité de travail dans une activité lucrative adaptée ; il retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement ; à l'appui de l'amélioration médicale ainsi retenue, il explique que le rapport de la Dre F. _____ du 24 janvier 2020 n'établissait pas de modification notable de la psychose laquelle était traitée alors par Risperidone injectable ; par contre, le rapport du Dr C. _____ du 21 avril 2023 atteste d'une stabilité trouvée grâce à un traitement de Palmitate de Paliperidone injectable mensuellement ; le médecin conseil ajoute que ce constat est corroboré par le rapport du Dr J. _____ du 10 février 2023, lequel atteste également d'un état de santé parfaitement stabilisé sous l'effet d'un traitement antipsychotique injectable ; considérant qu'il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions du psychiatre et du généraliste traitants attestant tous deux d'un état de santé psychique parfaitement stabilisé, le médecin conseil - qui retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement (F20.0) considère qu'une capacité de travail de 40% est opposable à l'assuré depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles suivantes : énoncé de consignes claires, sans horaire de nuit, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité ; compte tenu de la pathologie présentée par l'assuré et de sa fragilité psychique psychotique, le médecin conseil préconise de réviser de manière anticipée à distance de deux ans le droit à la rente de l'assuré afin d'évaluer le maintien de la stabilité psychique et celui de la récupération de la capacité de travail, notamment en sollicitant auprès de l'organisme de liaison l'établissement par un psychiatre d'un rapport M06 complet (OAIE p. 77-81).

E. 9.3.1

Le recourant, qui conteste toute amélioration de son état de santé, invoque, au contraire, une aggravation de celui-ci caractérisée par une tension artérielle élevée lorsqu'il se tient debout seule la position allongée favorisant une tension artérielle correcte , par du surpoids (102kg/185cm), par une perte de ses facultés intellectuelles en raison du traitement médicamenteux de ses troubles psychiques, par l'angoisse, les idées noires, les murmures dans sa tête et les mensonges surgissant dans ses contacts sociaux (TAF pce 1 et annexes).

E. 9.3.2

Par réponse du 14 août 2024 fondée sur une prise de position médicale SM/OAIE du 26 juillet 2024 du Dr E. _____, l'autorité inférieure conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention pour un complément d'instruction afin de confirmer ou d'infirmier l'amélioration de l'état de santé psychique retenue (TAF pce 27 et annexe). En substance, le Dr E. _____ explique que parmi les documents produits dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de l'OAIE du 15 novembre 2023, il n'est retrouvé aucun document idoine en psychiatrie décrivant une modification notable et manifeste de l'état de santé psychique de l'assuré ainsi qu'une capacité de travail adaptée à son état de santé, à l'instar de celles ressortant du rapport du 10 février 2023 du Dr J. _____ et du rapport du 21 avril 2023 du Dr C. _____. Seul un rapport médical complet en psychiatrie

de type M06 serait susceptible de confirmer une modification de l'état de santé mentale de l'assuré.

E. 9.4

D'emblée, le Tribunal constate que sur le plan somatique, le recourant invoque une aggravation de son état de santé caractérisée par une tension artérielle élevée et des difficultés physiques lorsqu'il reste debout (TAF pce 1). Or, ces allégués ne sont corroborés par aucune pièce médicale. Au contraire, il ressort du rapport du 10 février 2023 du Dr J._____ (généraliste traitant) que le patient ne se plaint d'aucun symptôme physique particulier et qu'il se porte bien (OAIE p. 91). Par conséquent, les allégations d'aggravation somatique seront écartées sans autre suite.

E. 9.5

Sur le plan psychique, l'OAIE a considéré dans la décision litigieuse que le recourant avait bénéficié d'une stabilisation de sa schizophrénie paranoïde sous l'effet d'un traitement injectable mensuellement de sorte qu'il aurait recouvré une capacité résiduelle de travail de 40% depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative adaptée à son état de santé (à savoir moyennant l'énoncé de consignes claires, sans horaire nocturne, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité).

E. 9.5.1

D'entrée de cause, le Tribunal constate que les seuls rapports médicaux susceptibles d'entrer en ligne de compte afin de statuer sur l'état de santé psychique de l'assuré au moment de la décision litigieuse du 15 novembre 2023 sont l'ordonnance médicale du 19 janvier 2023 et le rapport médical du 21 avril 2023 du Dr C._____ (psychiatre traitant), le rapport du 10 février 2023 du Dr J._____ (généraliste traitant) et le rapport médical détaillé E213 du Dr D._____ du 4 décembre 2019 ne répondant pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur accorder une valeur probante en l'espèce. En effet, le premier a été établi par un médecin généraliste ne disposant pas des connaissances spécialisées requises sur le plan psychiatrique, tandis que le second a été porté au dossier dans le cadre de la première procédure de révision, a été établi par un médecin dont la spécialisation n'est pas indiquée et se réfère aux principes d'assurance de droit français (cf. chiffre 11.7 du rapport médical détaillé « E213 » du 4 décembre 2019 du Dr D._____ [OAIE p. 165]).

E. 9.5.2

Cela étant, il ressort de l'ordonnance médicamenteuse du 19 janvier 2023 du Dr C._____ (spécialiste en psychiatrie) qu'un traitement par Xeplion 50 mg en intramusculaire tous les 28 jours et par Lysanxia 10 mg / 1 x par jour en solution buvable a été prescrit à l'assuré (OAIE p. 99). En outre, il ressort du rapport du 21 avril 2023 du Dr C._____ que l'assuré présente une psychose schizophrénique évoluant depuis 2008 ; la pathologie est relativement stabilisée grâce à un traitement de Xeplion 50 mg en injection intramusculaire toutes les 4 semaines ; il n'y a pas eu de ré-hospitalisation depuis le 9 mars 2020 ; le tableau clinique actuel est stabilisé sur un mode semi-déficitaire avec une vie sociale réduite, une aboulie, une discordance idéo-affective, un émoussement des affects, l'émergence d'idées de références et des épisodes de désorganisation psychique ; il n'y a pas de symptomatologie dépressive associée ; le diagnostic entraîne une incapacité de travail de 60% (OAIE p. 90).

E. 9.5.3

Au moment de la décision du 22 septembre 2015 octroyant une rente entière à l'assuré à partir du 1er décembre 2011, le Dr B._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) avait retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (cf. prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 [OAIE p. 226-229]) après que l'assuré avait été hospitalisé à deux reprises - du 2 décembre 2008 au 19 février 2009 pour un syndrome délirant à thème de persécution et à mécanisme interprétatif avec adhésion totale sur des hallucinations visuelles et la tenue d'un discours et de propos incohérents avec une angoisse importante dans un contexte de prise de cannabis traité par Clopixol AP 200 mg/1 : 3 ampoules tous les 28 jours en intramusculaire, par Parkinale LP 5 mg : 2 x 1 comprimé par jour et par Valium 10 mg : 3 x 1 comprimé par jour (cf. rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 172]), puis - du 2 au 30 mars 2011 sur l'indication de troubles du comportement (hétéro-agressivité) dans un contexte délirant à la suite d'une recrudescence des troubles (délire de persécution, jalousie, comportement modifié dans un contexte délirant, interprétatif, agressif) suite à une rupture du traitement par Solian 100 mg, un traitement par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour lui ayant été prescrit à la sortie (cf. rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 168-171]).

E. 9.5.4

Dans le cadre de la première procédure de révision, le rapport médical du 24 janvier 2020 de la Dre F._____ (psychiatre traitante) mentionnait la persistance des symptômes incapacitants tels que la tenue d'un discours pauvre, provoqué et laconique avec des barrages et quelques éléments interprétatifs de méfiance et réticence ; la voix était monocorde et il existait un émoussement affectif ; la pensée était pauvre, superficielle et peu construite, cependant que l'alliance thérapeutique (Risperdal Consta 25mg/2ml, une ampoule injectable en intra-musculaire tous les 14 jours) était satisfaisante (OAIE p. 137).

E. 9.5.5

Compte tenu de ce qui précède (cf. consid. 9.5.2 - 9.5.4), le Tribunal constate qu'au moment de la décision d'octroi de rente du 22 septembre 2015, l'assuré présentait une schizophrénie paranoïde caractérisée par des symptômes psychotiques graves, notamment des troubles du comportement et des épisodes marqués de délire, de désorganisation et de dissociation psychiques (cf. rapport médical du 9 janvier 2015 du Dr C._____ [OAIE p. 269 ; voir également supra lettre B.a p. 3] ; rapport médical détaillé E213 du 11 février 2015 du Dr D._____ [OAIE p. 254 ; voir également supra lettre B.a p. 3-4]). Il a été hospitalisé à deux reprises, du 4 décembre 2008 au 19 février 2009, puis du 2 au 30 mars 2011. Le traitement instauré à la sortie de la première hospitalisation se composait d'injections de CLOPIXOL à action prolongée [3 ampoules de 200 mg/ml tous les 28 jours], de PARKINANE LP [10 mg/jour] et de VALIUM [30 mg/jour] (cf. rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 172]). Le traitement instauré à la sortie de la seconde hospitalisation se composait d'un traitement par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour (cf. rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 168-171]). Le 9 janvier 2015, le Dr C._____ a constaté une relative stabilisation de l'état de santé grâce à un traitement par RISPERDAL 25mg en injection intramusculaire tous les 14 jours et à du LEPTICUR [10 mg/jour] si besoin (OAIE p. 269). Ce nonobstant, une incapacité totale de travail dans

toute activité lucrative a été reconnue à l'assurée dès la deuxième hospitalisation (cf. prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B._____ [OAIE p. 226-229]).

E. 9.5.6

Dans la mesure où depuis lors et en particulier au moment de la décision litigieuse de diminution du droit à la rente prononcée le 15 novembre 2023, le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement de Xeplion 50 mg en injection intramusculaire toutes les 4 semaines a été retenu par des spécialistes en psychiatrie et qu'aucune ré-hospitalisation de l'assuré n'est plus survenue depuis la communication de l'OAIE du 9 mars 2020 (cf. supra let. B.b), il ne peut être a priori exclu qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré se soit produite. Toutefois, le rapport du 21 avril 2023 du Dr C._____ souligne que le tableau clinique est stabilisé sur un mode semi-déficitaire avec une vie sociale réduite, une aboulie, une discordance idéo-affective, un émoussement des affects, l'émergence d'idées de références et des épisodes de désorganisation psychique, sans symptomatologie dépressive associée, entraînant une incapacité de travail de 60% (OAIE p. 90). Pour autant, le Dr C._____ n'explique pas en quoi l'assuré serait apte à exercer une activité lucrative à 40% nonobstant un mode de fonctionnement semi-déficitaire. Le Dr C._____ ne précise pas non plus si la capacité de travail de 40% s'inscrit dans l'exercice d'une activité lucrative habituelle d'électricien en bâtiment / monteur électricien ou dans celui d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé dont de surcroît le psychiatre traitant ne décrit aucune des limitations. Sur ce point, le Tribunal de céans observe que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E._____ dans sa prise de position du 7 juillet 2023 établie sur dossier énoncé de consignes claires, sans horaire de nuit, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité - ne sauraient être retenues sans autre considération fondée sur un examen clinique, dès lors qu'elles ne sont corroborées par aucune des autres pièces médicales figurant au dossier.

E. 9.5.7

Dans ces circonstances, il subsiste des doutes quant à l'état de santé psychique et à la capacité de travail de l'assuré. Aussi le Tribunal de céans considère-t-il, à l'instar de l'autorité inférieure, que l'instruction de la seconde procédure de révision ne permet pas en l'état de statuer en connaissance de cause sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail respectivement de gain de l'assuré. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle diminution du droit à la rente de l'assuré, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Par conséquent, il convient de lui renvoyer le dossier en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en oeuvre d'une expertise en psychiatrie auprès d'un expert indépendant (cf. art. 44 LPGA), désigné dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. art. 7j de l'Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA ; RS 830.11] ; voir également ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). L'expert sera invité à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé depuis décembre 2011, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans toute activité lucrative, cela jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. Compte tenu du syndrome de dépendance au cannabis présenté par l'assuré lors de sa première hospitalisation (cf. rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____ [cf. supra

consid. 9.1.2]), des tests de laboratoires seront effectués afin d'établir s'il persiste un sevrage complet de l'assuré tel qu'évoqué dans le rapport médical détaillé « E213 » du 4 décembre 2019 du Dr D._____ (OAIE p. 157) ou si au contraire le recourant souffrirait d'une nouvelle dépendance au cannabis susceptible d'influer sur sa capacité de travail. Le cas échéant, il recueillera l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il incombe en premier lieu à l'expert de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 consid. 3.2 du 10 septembre 2013).

E. 9.5.8

Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction médicale dans le sens des considérants, avant de rendre une nouvelle décision.

E. 10

; voir également procuration du 24 février 2024 annexée). D.d Par décision incidente du 3 juin 2024, l'assistance judiciaire a été dé-niée au recourant s'agissant des frais de procédure, ceux-ci étant couverts par son assurance de protection juridique. En revanche, l'assistance judiciaire lui a été accordée en ce sens que Me Dinsfriend-Djedidi, lui a été désignée en qualité de mandataire d'office pour la présente procédure de recours dans la stricte mesure où les frais et honoraires devaient dépasser le solde de la couverture d'assurance de CHF 2'994.80 (soit EUR 4000.— [couverture d'assurance] - CHF 800.— [frais de procédure présumés] [TAF pce 20]). D.e Le 24 juin 2024, Me Pedergnana a produit une note d'honoraires d'un montant de CHF 737.25 pour son intervention du 23 février 2024 au 24 juin 2024 en faveur du recourant (TAF pce 25 et annexe). D.f Par réponse du 14 août 2024 fondée sur une prise de position médicale SM/OAIE du 26 juillet 2024 du Dr E._____, l'autorité inférieure a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention pour un complément d'instruction afin de confirmer ou d'infirmer l'amélioration de l'état de santé psychique retenue (TAF pce 27 et annexe).

C-6675/2023 Page 7 D.g Le 19 septembre 2024, le recourant a répliqué, indiquant ne pas s'op-poser à l'admission partielle de son recours et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure, ajoutant toutefois que, le cas échéant, les frais de pro-cédure et de représentation devaient être imputés à l'autorité inférieure (TAF pce 29). D.h Par ordonnance du 20 septembre 2024, le Tribunal a transmis la ré- plique à l'OAIE pour information et clos l'échange d'écritures, précisant que d'autres mesures d'instruction demeuraient toutefois réservées (TAF pce 30). E. Les faits déterminants pour la présente procédure seront complétés dans la partie en droit ci-après, en tant que de besoin. Droit : 1. Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cogni- tion sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 con- sid. 1.2). 1.1 Sous réserve d'exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à

l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références). 1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA. De plus, selon un principe

C-6675/2023 Page 8 général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2). 1.3 Quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce. 1.4 Interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de la procédure ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA). 2. Avant toute entrée en matière, le Tribunal examine en outre la compétence de l'autorité qui a rendu la décision contestée (arrêts du TAF C-1818/2017 du 29 mai 2017 ; C-6669/2013 du 21 mars 2016 consid. 3.1 et les réf. cit.), en l'occurrence l'OAIE. 2.1 Aux termes de l'art. 40 du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur au 1er octobre 2023]) est compétent pour enregistrer et examiner les demandes (a.) l'office AI dans le secteur d'activité duquel les assurés sont domiciliés, (b.) l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2bis, si les assurés sont domiciliés à l'étranger (al. 1). L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 2). En cas de révision, la procédure est menée par l'office AI compétent au sens de l'art. 40 RAI à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas (art. 88 al. 1 RAI). 2.2 En l'espèce, l'assuré était domicilié en France voisine à (...) au moment où son incapacité de travail est survenue en décembre 2008, respectivement à (...) au moment du premier réexamen de son droit à des prestations d'assurance-invalidité. Immédiatement avant la survenance de cette incapacité de travail, il effectuait des missions temporaires pour le compte de l'entreprise O. _____ sise à (...). Ce contrat de travail ayant pris fin au

C-6675/2023 Page 9 terme de la dernière mission survenu le 21 octobre 2008 (OAIE p. 272), c'est à juste titre que l'OAIE a conduit l'instruction et prononcé la décision d'octroi de rente du 22 septembre 2015, les tentatives de reprise d'une activité lucrative d'une durée de 2 jours à un mois maximum effectuées entre 2011 et 2013 n'étant pas décisives. Depuis lors, l'assuré, toujours domicilié en France voisine, n'a repris aucune activité lucrative au moment de l'introduction de la seconde procédure de révision, de sorte que c'est à juste titre que l'OAIE a procédé à l'instruction de celle-ci et notifié la décision litigieuse. 3. L'objet

du litige porte sur la diminution du droit à la rente du recourant résultant d'une éventuelle amélioration de l'état de santé de ce dernier susceptible d'entraîner une amélioration de sa capacité résiduelle de travail de 0% à 40% respectivement une diminution de son incapacité de gain de 100% à 67%. 4. Dans la mesure où le recourant est un ressortissant français domicilié en France voisine ayant travaillé et cotisé en Suisse (cf. supra let. A.), la procédure présente un aspect transfrontalier, de sorte que la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après: règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même

C-6675/2023 Page 10 après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n°987/2009). Cela étant dit, le fait que l'assuré a été mis au bénéfice d'une pension française d'invalidité à compter du 1er février 2011 (cf. supra lettre A.) ne préjuge pas du droit à une rente d'invalidité suisse (cf. OAIE p. 319 ; cf. également les décisions de renouvellement de ladite rente des 19 décembre 2013 et 22 février 2018 de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées du (...) reconnaissant à l'assuré la qualité de travailleur handicapé [OAIE p. 192 s., 317 s. ; voir également supra lettre A]). 5. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd., 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine

les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). 6. 6.1

C-6675/2023 Page 11 6.1.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706). Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1er janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505). 6.1.2 En l'occurrence, la décision litigieuse du 15 novembre 2023 a été rendue sur la base d'une éventuelle amélioration de la capacité de gain du recourant qui lui serait opposable à compter du 10 février 2023. Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions de la LAI en vigueur dès le 1er janvier 2022. 6.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 15 novembre 2023). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd. 2013, p 117 § 2.204 ; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été établi

C-6675/2023 Page 12 postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b). 7. 7.1 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 (art. 8 al. 1

LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 7.1.1 Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). 7.1.2 S'agissant des maladies psychiques – tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), ainsi que les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) –, la

C-6675/2023 Page 13 capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). 7.2 7.2.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur

lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de

C-6675/2023 Page 14 travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). 7.2.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 33). 7.2.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé,

C-6675/2023 Page 15 à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position des services régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI – lesquelles ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, ne posent pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent une appréciation sur celles

déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1) – n’ont pour fonction que de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l’angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (arrêt du TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2020 consid. 4). Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s’il y a lieu de se fonder sur l’une ou l’autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43) ou s’il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d’aider les profanes en médecine qui travaillent dans l’administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l’angle médical, concernant la suite à donner au dossier. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s’il y a lieu de se fonder sur l’une ou l’autre de ces pièces ou s’il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d’un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d’autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l’assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C–2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 7.2.4 S’agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu’il soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l’expérience, le médecin traitant est généralement

C-6675/2023 Page 16 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). Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d’apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l’expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l’unit à celui-ci ou à celle-ci. Il convient donc d’apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Cela étant, le simple fait qu’un rapport médical soit établi à la demande d’une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s’inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s’avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d’une expertise indépendante et s’avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l’expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO,

op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2). 8. 8.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). 8.1.1 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou en- core du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour im- potent ou de la contribution d'assistance ou lorsque des organes de l'as- surance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent

C-6675/2023 Page 17 entraîner une modification importante du taux d'invalidité (art. 87 al. 1 let. a et b RAI). 8.1.2 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un exa- men matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une mo- dification des effets économiques – une comparaison des revenus con- forme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision liti- gieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 20 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n. 19). 8.1.3 Une communication au sens de l'art. 74ter let. f et 74quater al. 1 RAI par laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux pres- tations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les réf. cit.). L'utilisation d'un tel acte administratif comme base de comparaison présuppose toutefois qu'il se fonde sur les clarifications qui paraissent né- cessaires au regard des faits éventuellement modifiés, à savoir, conformé- ment à la jurisprudence (ATF 147 V 167), des clarifications qui, si elles aboutissent à un résultat différent sur le fond, sont de nature à justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de la rente (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.2). 8.1.4 Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui- ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adap- tation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 con- sid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 11 ss, et les

C-6675/2023 Page 18 réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La régle- mentation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juri- dique à un

réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11 ss). En matière de révision, il revient au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

8.1.5 Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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.

8.1.6 Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

8.2 En l'espèce, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er décembre 2011 compte tenu d'une incapacité de travail dans toute activité lucrative de 50% dès le 4 décembre 2008 et de 100% à partir du 2 mars 2011 à la suite de troubles psychiques (cf. décision de l'OAIE du 22 septembre 2015 fondée sur la prise de position médicale du Dr B. _____ du 18 juin 2015 [OAIE p. 218 s., 226]). A l'issue d'une première procédure de révision d'office, l'OAIE a maintenu la rente ainsi allouée, considérant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié de manière à influencer ses droits (cf. communication du 9 mars 2020 [OAIE p. 124]). A l'appui de ce prononcé, il s'est fondé sur la prise de position médicale du 3 mars 2020 du Dr E. _____ lequel avait estimé – sur la base de la documentation médicale recueillie, à savoir un rapport « E213 » du 9 décembre 2019 du Dr D. _____ (OAIE p. 156 ss) et un rapport du 24 janvier 2020 de la Dre F. _____, psychiatre traitante (OAIE p. 137) –

C-6675/2023 Page 19 que des signes positifs et négatifs de la maladie étaient encore présents sur un registre interprétatif et persécutoire, a proposé de conserver l'incapacité de travail retenue jusqu'alors et a préconisé qu'une nouvelle procédure de révision fût initiée dans un délai de trois ans et que dans ce délai, l'établissement d'un rapport M06 fût requis auprès d'un psychiatre (OAIE p. 128). Cela étant, le Tribunal relève que le Dr E. _____ s'est limité à confirmer la prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B. _____, de sorte que l'appréciation du Dr E. _____ du 3 mars 2020 se révèle singulièrement succincte. En outre, l'autorité inférieure n'a pas fondé son réexamen de la rente sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus, mais a sommairement constaté que les faits ne s'étaient pas notablement modifiés. Pour examiner le bienfondé de la décision litigieuse du 15 novembre 2023, il convient par conséquent de comparer les faits ayant présidé à ce prononcé avec ceux ayant fondé la décision initiale d'octroi de la rente prononcée le 22 septembre 2015.

9. 9.1 9.1.1 A l'appui de la décision de l'OAIE du 22 septembre 2015, l'autorité inférieure s'est fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), lequel a retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) entraînant une incapacité de travail dans l'activité lucrative habituelle de 50% dès

le 4 décembre 2008 (date de la 1ère hospitalisation psychiatrique de l'assuré) puis de 100% à compter du 2 mars 2011 (date de la seconde hospitalisation psychiatrique de l'assuré), aucune activité lucrative de substitution n'étant médicalement exigible. Après avoir établi une anam- nèse succincte et retranscrit la teneur des rapports médicaux des méde- cins traitants – à savoir du rapport du 9 janvier 2015 du Dr C._____ [psychiatre] et du rapport médical détaillé E213 du 11 février 2015 du Dr D._____ –, le médecin conseil a expliqué que l'assuré, âgé de 30 ans, était entré dans la schizophrénie à l'âge de 23 ans. Deux hospitalisations psychiatriques avaient été nécessaires, la première en 2008, la seconde en 2011. Entre 2008 et 2011, le trouble psychique avait été relativement stable, entraînant néanmoins une incapacité durable de travail limitée à 50% dans toute activité lucrative. Une aggravation de la pathologie psy- chique s'était produite en 2011 et avait nécessité une nouvelle hospitalisa- tion psychiatrique entraînant durablement une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative. Après la survenance de la

C-6675/2023 Page 20 schizophrénie, l'assuré avait tenté de reprendre le travail, mais il n'avait pu décrocher que des emplois temporaires de courtes durées – de 2 jours à un mois maximum – du fait de l'importance des limitations fonctionnelles subies (symptômes psychotiques négatifs et positifs, idées délirantes, agressivité, ralentissement, manque d'initiative), l'assuré n'étant vraisem- blablement que peu conscient de son état de santé psychique. Un traite- ment neuroleptique intramusculaire avait été instauré, ainsi qu'un suivi psy- chothérapeutique régulier depuis 2009, le suivi d'un traitement médical susceptible d'améliorer significativement la capacité de travail ne pouvant toutefois raisonnablement pas être exigé de l'assuré. Le pronostic n'était pas favorable (OAIE p. 226). 9.1.2 En outre, les constats médicaux suivants ressortent des deux rap- ports d'hospitalisation de l'assuré portés au dossier dans le cadre de la première procédure de révision du droit à la rente : – selon le rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____, l'assuré a été hospitalisé du 2 décembre 2008 au 19 février 2009 après qu'il avait appelé le Service d'aide mé- dicale urgente (SAMU) en raison d'hallucinations visuelles, d'un dis- cours et de propos incohérents avec une angoisse importante dans un contexte de prise de cannabis ; au début de l'hospitalisation, le patient – qui présentait des antécédents psychiatriques de consommation de cannabis chronique depuis l'âge de 18 ans, de consommation chro- nique d'alcool et de consommation de cannabis chez le père – avait évoqué un syndrome délirant à thème de persécution et à mécanisme interprétatif avec adhésion totale ; la mise en place d'une hospitalisa- tion à la demande d'un tiers avec mise en chambre d'isolement s'était révélée nécessaire devant une importante sthénicité avec refus de prise de traitement ; le diagnostic principal de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques ainsi que les diagnos- tics associés de schizophrénie paranoïde et syndrome de dépendance au cannabis actuellement abstinent dans un environnement protégé avaient été posés ; le sujet avait adhéré aux soins et avait accepté le traitement injectable par Clopixol action prolongée ; après l'introduction du traitement médicamenteux, le patient s'était montré plus calme, adapté au service, mais il était resté très dissocié et anosognosique, des activités thérapeutiques lui ayant été proposées afin de favoriser son ancrage dans la réalité ; progressivement, il avait été observé un début de critique de ses troubles, avec toutefois la persistance d'un délire de persécution enkysté qu'il n'évoquait pas spontanément ; les sorties d'essai organisées afin de favoriser sa réinsertion socio-

C-6675/2023 Page 21 familiale s'étaient bien déroulées ; à sa sortie, son traitement s'était constitué de Clopixol AP 200 mg/1 : 3 ampoules tous les 28 jours en intramusculaire, de Parkinale LP 5 mg : 2 x 1 comprimé par jour et de Valium 10 mg : 3 x 1 comprimé par jour (OAIE p. 172) ; – selon le rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G. _____, H. _____ et C. _____, l'assuré avait été hospitalisé du 2 au 30 mars 2011 sur l'indication de troubles du comportement (hétéro-agressivité) dans un contexte délirant chez un patient schizophrène en rupture de traitement ; ce dernier avait été acheminé aux urgences par les pom-piers et la police pour un état d'agitation sur la voie publique avec hétéro-agressivité envers sa compagne ; au cours des 15 jours précédents, il avait présenté une recrudescence des troubles (délire de persécution, jalousie, comportement modifié dans un contexte délirant, interprétatif, agressif) suite à une rupture de traitement (arrêt du Solian 100 mg depuis un mois) et suite au décès de son père survenu en décembre 2010 ; le diagnostic principal retenu était demeuré celui de schizophrénie paranoïde traitée, à la sortie, par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour ; durant son hospitalisation et après réajustement du traitement, le patient s'était montré moins tendu et moins angoissé ; il s'était montré dubitatif par rapport à son délire de jalousie ; le ralentissement psychomoteur s'était amélioré avec la diminution du traitement ; si le sujet avait été à même de critiquer un peu son comportement agressif, il était cependant resté anosognosique par rapport à ses troubles ; il avait néanmoins participé aux activités proposées et les sorties d'essai lui avaient permis de réintégrer son milieu socio-familial (OAIE p. 168).

9.2 Aux termes de la décision litigieuse prononcée le 15 novembre 2023, l'OAIE a diminué le droit à la rente du recourant compte tenu d'un degré d'invalidité passé de 100% à 67%, considérant que l'état de santé respectivement le degré d'invalidité de ce dernier passé de 100% à 67% s'était amélioré à la faveur d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 40% depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé et respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenues (OAIE p. 36-39). A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure s'est fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE du 7 juillet 2023 du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Se référant à la prise de position médicale SM/OAIE du Dr K. _____ du 6 juillet 2023, au rapport médical détaillé « E213 » du Dr D. _____ du 4 décembre 2019, à l'ordonnance médicale du 19 janvier 2023 du Dr C. _____, au rapport

C-6675/2023 Page 22 du 10 février 2023 du Dr J. _____ et au rapport du 21 avril 2023 du Dr C. _____, le Dr E. _____ considère que l'ensemble de ces documents atteste d'une stabilisation efficace de la pathologie psychiatrique, sous traitement injectable mensuel, et de la récupération d'une capacité de travail dans une activité lucrative adaptée ; il retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement ; à l'appui de l'amélioration médicale ainsi retenue, il explique que le rapport de la Dre F. _____ du 24 janvier 2020 n'établissait pas de modification notable de la psychose laquelle était traitée alors par Risperidone injectable ; par contre, le rapport du Dr C. _____ du 21 avril 2023 atteste d'une stabilité trouvée grâce à un traitement de Palmitate de Paliperidone injectable mensuellement ; le médecin conseil ajoute que ce constat est corroboré par le rapport du Dr J. _____ du 10 février 2023, lequel atteste également d'un état de santé parfaitement stabilisé sous l'effet d'un traitement antipsychotique injectable ; considérant qu'il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions du psychiatre et du généraliste traitants attestant tous deux d'un état de santé psychique parfaitement stabilisé, le médecin conseil – qui retient le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement (F20.0) –

considère qu'une capacité de travail de 40% est opposable à l'assuré depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles suivantes : énoncé de consignes claires, sans horaire de nuit, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité ; compte tenu de la pathologie présentée par l'assuré et de sa fragilité psychique psychotique, le médecin conseil préconise de réviser de manière anticipée à distance de deux ans le droit à la rente de l'assuré afin d'évaluer le maintien de la stabilité psychique et celui de la récupération de la capacité de travail, notamment en sollicitant auprès de l'organisme de liaison l'établissement par un psychiatre d'un rapport M06 complet (OAIE p. 77-81).

9.3
9.3.1 Le recourant, qui conteste toute amélioration de son état de santé, invoque, au contraire, une aggravation de celui-ci caractérisée par une tension artérielle élevée lorsqu'il se tient debout – seule la position allongée favorisant une tension artérielle correcte –, par du surpoids (102kg/185cm), par une perte de ses facultés intellectuelles en raison du traitement médicamenteux de ses troubles psychiques, par l'angoisse, les idées noires, les murmures dans sa tête et les mensonges surgissant dans ses contacts sociaux (TAF pce 1 et annexes).

C-6675/2023 Page 23 9.3.2 Par réponse du 14 août 2024 fondée sur une prise de position médicale SM/OAIE du 26 juillet 2024 du Dr E._____, l'autorité inférieure conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à son intention pour un complément d'instruction afin de confirmer ou d'infirmer l'amélioration de l'état de santé psychique retenue (TAF pce 27 et annexe). En substance, le Dr E._____ explique que parmi les documents produits dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de l'OAIE du

E. 10.1

Etant donné l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera

C-6675/2023 Page 28 restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA).

E. 10.2

En vertu de l'art. 64 PA en relation avec l'art. 7 et ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF; RS 173.320.2), l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires et relativement élevés causés par le litige. Les dépens comprennent, entre autres, les frais de représentation (art. 8 al. 1 FITAF), lesquels comprennent les honoraires d'avocat et les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de port et de téléphone (art. 9 al. 1 FITAF). Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au Tribunal avant le prononcé un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 al. 1 et 2, 1ère phrase,

FITAF). A défaut de décompte, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2ème phrase, FITAF). Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité de dépens est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant (hors TVA) de 200 francs au moins et de 400 francs au plus (art. 10 FITAF), la pratique de la Cour III retenant un tarif horaire de 250 fr./h. Ces honoraires sont, en règle générale, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du TF I 30/03 du 22 mai 2003). En matière d'assurances sociales, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire (ATF 111 V 49 consid. 4a, 110 V 365 consid. 3c). Quant à l'activité de ce dernier, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion de démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires (ATF 111 V 49 consid. 4a, arrêt du Tribunal fédéral I 549/01 du 10 juillet 2002 consid. 3.3).

E. 10.3

En l'espèce, le recourant a été successivement représenté par Me Pedergnana, puis par Me Dinsfriend-Djedidi.

C-6675/2023 Page 29

E. 10.3.1

Me Pedergnana a produit le 24 juin 2024, pour la rédaction d'un courrier établi le 26 février 2024, une note d'honoraires d'un montant de CHF 737.25 (y compris CHF 55.25 de TVA) soit CHF 656.– correspondant à 3h30 heures de travail et à CHF 26.– de frais et débours (TAF pce 25 et annexe). Compte tenu du travail accompli par ledit mandataire, à savoir la prise de connaissance du dossier, la rédaction – sur une page – d'une demande de prolongation de délai ainsi que d'une demande d'assistance judiciaire (cf. courrier du 26 février 2024 [TAF pce 10]), auxquelles s'ajoutent les échanges avec le recourant et les autorités, le Tribunal considère qu'une indemnité de dépens de CHF 737.25 (couvrant les honoraires, frais et débours) correspondant à 3h30 de travail paraît raisonnable et, partant, admissible. Elle sera mise à la charge de l'autorité inférieure.

E. 10.3.2

S'agissant de Me Dinsfriend-Djedidi – mandataire désignée d'office par décision incidente du 3 juin 2024 (TAF pce 20 ; voir également supra lettre D.d) – celle-ci n'a produit aucun décompte d'honoraires et débours. Au vu du travail effectué – à savoir la prise de connaissance du dossier ainsi que le 29 avril 2024 la rédaction d'un courrier d'une page (TAF pce 16), le 29 avril 2024 la tenue d'un entretien téléphonique à la demande du Tribunal (TAF pce 14), le 19 septembre 2024 la rédaction d'une réplique d'une page aux termes de laquelle le recourant déclare ne pas s'opposer à l'admission partielle de son recours et requérir que les frais de procédure, y compris de représentation, soient imputés à l'autorité inférieure (TAF pce 29 ; voir également supra lettre D.g) –, le Tribunal considère qu'une indemnité de dépens de CHF 700.– se révèle raisonnable et, partant, admissible. S'agissant de la demande du 30 mai 2024 (TAF pce 19) tendant à la prolongation du délai impartit au recourant au 30 mai 2024 (cf. ordonnance du 29 avril 2024 [TAF pce 15]) afin

d'étayer sa demande d'assistance judiciaire, celle-là ne saurait être prise en compte. Le recourant ayant en effet produit par envoi du 2 mai 2024 la documentation d'assistance judiciaire requise (TAF pce 18), ladite demande de prolongation de délai se révélait sans objet (cf. courrier du Tribunal du 3 juin 2024 [TAF pce 21]) et ne constitue par conséquent pas des frais nécessaires au sens des art. 7 ss FITAF. L'indemnité est mise à la charge de l'autorité inférieure.

E. 10.3.3

Vu l'issue de la cause et compte tenu de son caractère subsidiaire, l'assistance judiciaire gratuite partiellement accordée au recourant par décision incidente du 3 juin 2024 (cf. supra consid. D.d) ne s'applique pas dans le cas d'espèce.

C-6675/2023 Page 30 (Le dispositif figure à la page suivante.)

C-6675/2023 Page 31

E. 15

novembre 2023, il n'est retrouvé aucun document idoine en psychiatrie décrivant une modification notable et manifeste de l'état de santé psychique de l'assuré ainsi qu'une capacité de travail adaptée à son état de santé, à l'instar de celles ressortant du rapport du 10 février 2023 du Dr J._____ et du rapport du 21 avril 2023 du Dr C._____. Seul un rapport médical complet en psychiatrie de type M06 serait susceptible de confirmer une modification de l'état de santé mentale de l'assuré. 9.4 D'emblée, le Tribunal constate que sur le plan somatique, le recourant invoque une aggravation de son état de santé caractérisée par une tension artérielle élevée et des difficultés physiques lorsqu'il reste debout (TAF pce 1). Or, ces allégués ne sont corroborés par aucune pièce médicale. Au contraire, il ressort du rapport du 10 février 2023 du Dr J._____ (généraliste traitant) que le patient ne se plaint d'aucun symptôme physique particulier et qu'il se porte bien (OAIE p. 91). Par conséquent, les allégations d'aggravation somatique seront écartées sans autre suite. 9.5 Sur le plan psychique, l'OAIE a considéré dans la décision litigieuse que le recourant avait bénéficié d'une stabilisation de sa schizophrénie paranoïde sous l'effet d'un traitement injectable mensuellement de sorte qu'il aurait recouvré une capacité résiduelle de travail de 40% depuis le 10 février 2023 dans une activité lucrative adaptée à son état de santé (à savoir moyennant l'énoncé de consignes claires, sans horaire nocturne, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité). 9.5.1 D'entrée de cause, le Tribunal constate que les seuls rapports médicaux susceptibles d'entrer en ligne de compte afin de statuer sur l'état de santé psychique de l'assuré au moment de la décision litigieuse du 15 novembre 2023 sont l'ordonnance médicale du 19 janvier 2023 et le rapport médical du 21 avril 2023 du Dr C._____ (psychiatre traitant), le rapport du 10 février 2023 du Dr J._____ (généraliste traitant) et le rapport médical détaillé E213 du Dr D._____ du 4 décembre 2019 ne répondant pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur accorder une valeur probante en l'espèce. En effet, le premier a été établi par un médecin

C-6675/2023 Page 24 généraliste ne disposant pas des connaissances spécialisées requises sur le plan psychiatrique, tandis que le second a été porté au dossier dans le cadre de la première procédure de révision, a été établi par un médecin dont la spécialisation n'est pas indiquée et se réfère aux principes d'assurance de droit français (cf. chiffre 11.7 du rapport médical détaillé « E213 » du 4 décembre 2019 du Dr D._____ [OAIE p. 165]). 9.5.2 Cela étant, il ressort de l'ordonnance médicamenteuse du 19 janvier 2023 du Dr C._____

(spécialiste en psychiatrie) qu'un traitement par Xeplion 50 mg en intramusculaire tous les 28 jours et par Lysanxia 10 mg / 1 x par jour en solution buvable a été prescrit à l'assuré (OAIE p. 99). En outre, il ressort du rapport du 21 avril 2023 du Dr C. _____ que l'assuré présente une psychose schizophrénique évoluant depuis 2008 ; la pathologie est relativement stabilisée grâce à un traitement de Xeplion 50 mg en injection intramusculaire toutes les 4 semaines ; il n'y a pas eu de réhospitalisation depuis le 9 mars 2020 ; le tableau clinique actuel est stabilisé sur un mode semi-déficitaire avec une vie sociale réduite, une aboulie, une discordance idéo-affective, un émoussement des affects, l'émergence d'idées de références et des épisodes de désorganisation psychique ; il n'y a pas de symptomatologie dépressive associée ; le diagnostic entraîne une incapacité de travail de 60% (OAIE p. 90). 9.5.3 Au moment de la décision du 22 septembre 2015 octroyant une rente entière à l'assuré à partir du 1er décembre 2011, le Dr B. _____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) avait retenu le diagnostic de schizophrénie paranoïde (cf. prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 [OAIE p. 226-229]) après que l'assuré avait été hospitalisé à deux reprises – du 2 décembre 2008 au 19 février 2009 pour un syndrome délirant à thème de persécution et à mécanisme interprétatif avec adhésion totale sur des hallucinations visuelles et la tenue d'un discours et de propos incohérents avec une angoisse importante dans un contexte de prise de cannabis traité par Clopixol AP 200 mg/1 : 3 ampoules tous les 28 jours en intramusculaire, par Parkinale LP 5 mg : 2 x 1 comprimé par jour et par Valium 10 mg : 3 x 1 comprimé par jour (cf. rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I. _____, H. _____ et C. _____ [OAIE p. 172]), puis – du 2 au 30 mars 2011 sur l'indication de troubles du comportement (hétéro-agressivité) dans un contexte délirant à la suite d'une recrudescence des troubles (délire de persécution, jalousie, comportement modifié dans un contexte délirant, interprétatif, agressif) suite à une

C-6675/2023 Page 25 rupture du traitement par Solian 100 mg, un traitement par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour lui ayant été prescrit à la sortie (cf. rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G. _____, H. _____ et C. _____ [OAIE p. 168- 171]). 9.5.4 Dans le cadre de la première procédure de révision, le rapport médical du 24 janvier 2020 de la Dre F. _____ (psychiatre traitante) mentionne la persistance des symptômes incapacitants tels que la tenue d'un discours pauvre, provoqué et laconique avec des barrages et quelques éléments interprétatifs de méfiance et réticence ; la voix était monocorde et il existait un émoussement affectif ; la pensée était pauvre, superficielle et peu construite, cependant que l'alliance thérapeutique (Risperdal Consta 25mg/2ml, une ampoule injectable en intramusculaire tous les 14 jours) était satisfaisante (OAIE p. 137). 9.5.5 Compte tenu de ce qui précède (cf. consid. 9.5.2 - 9.5.4), le Tribunal constate qu'au moment de la décision d'octroi de rente du 22 septembre 2015, l'assuré présentait une schizophrénie paranoïde caractérisée par des symptômes psychotiques graves, notamment des troubles du comportement et des épisodes marqués de délire, de désorganisation et de dissociation psychiques (cf. rapport médical du 9 janvier 2015 du Dr C. _____ [OAIE p. 269 ; voir également supra lettre B.a p. 3] ; rapport médical détaillé E213 du 11 février 2015 du Dr D. _____ [OAIE p. 254 ; voir également supra lettre B.a p. 3-4]). Il a été hospitalisé à deux reprises, du 4 décembre 2008 au 19 février 2009, puis du 2 au 30 mars 2011. Le traitement instauré à la sortie de la première hospitalisation se composait d'injections de CLOPIXOL à action prolongée [3 ampoules de 200 mg/ml tous les 28 jours], de PARKINANE LP [10 mg/jour] et de VALIUM [30 mg/jour] (cf. rapport

d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 172]). Le traitement instauré à la sortie de la seconde hospitalisation se composait d'un traitement par Risperdal Consta 50 mg en injection tous les 14 jours, de Lepticur 10 mg : 1 comprimé 2 x par jour et de Sulfarlem S 25 mg : 2 comprimés 3 x par jour (cf. rapport d'hospitalisation du 4 mai 2011 des Drs G._____, H._____ et C._____ [OAIE p. 168-171]). Le 9 janvier 2015, le Dr C._____ a constaté une relative stabilisation de l'état de santé grâce à un traitement par RISPERDAL 25mg en injection intramusculaire tous les 14 jours et à du LEPTICUR [10 mg/jour] si besoin (OAIE p. 269). Ce nonobstant, une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative a été reconnue à

C-6675/2023 Page 26 l'assurée dès la deuxième hospitalisation (cf. prise de position médicale SM/OAIE du 18 juin 2015 du Dr B._____ [OAIE p. 226-229]). 9.5.6 Dans la mesure où depuis lors et en particulier au moment de la décision litigieuse de diminution du droit à la rente prononcée le 15 novembre 2023, le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée sous traitement de Xeplion 50 mg en injection intramusculaire toutes les 4 semaines a été retenu par des spécialistes en psychiatrie et qu'aucune ré-hospitalisation de l'assuré n'est plus survenue depuis la communication de l'OAIE du 9 mars 2020 (cf. supra let. B.b), il ne peut être a priori exclu qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré se soit produite. Toutefois, le rapport du 21 avril 2023 du Dr C._____ souligne que le tableau clinique est stabilisé sur un mode semi-déficitaire avec une vie sociale réduite, une aboulie, une discordance idéo-affective, un émoussement des affects, l'émergence d'idées de références et des épisodes de désorganisation psychique, sans symptomatologie dépressive associée, entraînant une incapacité de travail de 60% (OAIE p. 90). Pour autant, le Dr C._____ n'explique pas en quoi l'assuré serait apte à exercer une activité lucrative à 40% nonobstant un mode de fonctionnement semi-déficitaire. Le Dr C._____ ne précise pas non plus si la capacité de travail de 40% s'inscrit dans l'exercice d'une activité lucrative habituelle d'électricien en bâtiment / monteur électricien ou dans celui d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé dont de surcroît le psychiatre traitant ne décrit aucune des limitations. Sur ce point, le Tribunal de céans observe que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E._____ dans sa prise de position du 7 juillet 2023 établie sur dossier – énoncé de consignes claires, sans horaire de nuit, sans environnement stressant, sans tâche complexe, sans exigence de rapidité et/ou de précision, sans responsabilité – ne sauraient être retenues sans autre considération fondée sur un examen clinique, dès lors qu'elles ne sont corroborées par aucune des autres pièces médicales figurant au dossier. 9.5.7 Dans ces circonstances, il subsiste des doutes quant à l'état de santé psychique et à la capacité de travail de l'assuré. Aussi le Tribunal de céans considère-t-il, à l'instar de l'autorité inférieure, que l'instruction de la seconde procédure de révision ne permet pas en l'état de statuer en connaissance de cause sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail respectivement de gain de l'assuré. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle diminution du droit à la rente de l'assuré, cela en violation de l'art. 43 LPGA.

C-6675/2023 Page 27 Par conséquent, il convient de lui renvoyer le dossier en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise en psychiatrie auprès d'un expert indépendant (cf. art. 44 LPGA), désigné dans le respect des droits de participation de l'assuré (cf. art. 7j de l'Ordonnance sur la

partie générale du droit des assurances sociales [OPGA ; RS 830.11] ; voir également ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). L'expert sera invité à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé depuis décembre 2011, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans toute activité lucrative, cela jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. Compte tenu du syndrome de dépendance au cannabis présenté par l'assuré lors de sa première hospitalisation (cf. rapport d'hospitalisation du 7 juin 2019 des Drs I._____, H._____ et C._____ [cf. supra consid. 9.1.2]), des tests de laboratoires seront effectués afin d'établir s'il persiste un sevrage complet de l'assuré tel qu'évoqué dans le rapport médical détaillé « E213 » du 4 décembre 2019 du Dr D._____ (OAIE p. 157) ou si au contraire le recourant souffrirait d'une nouvelle dépendance au cannabis susceptible d'influer sur sa capacité de travail. Le cas échéant, il recueillera l'avis d'autres spécialistes, étant rappelé qu'il incombe en premier lieu à l'expert de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 consid. 3.2 du 10 septembre 2013). 9.5.8 Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction médicale dans le sens des considérants, avant de rendre une nouvelle décision. 10. Il reste à statuer sur les frais et dépens de la cause.

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