

BVGer C-7391/2006 vom 20. März 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7391_2006

FR: TAF C-7391/2006 du 20 mars 2009

IT: TAF C-7391/2006 del 20 marzo 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1er janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (cf. art. 53 al. 2 LTAF).

E. 1.3

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.4

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

E. 1.5

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

E. 2.1

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

la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 3.1

Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 3.2

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables et il est fait référence dans le présent arrêt aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 4.2

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

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

E. 5.2

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois ou cette demande est présentée et la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 1 let. a et al. 2 let. a RAI).

E. 5.3

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

E. 6.1

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

E. 6.2

Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5). En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision du 2 novembre 2001 et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision du 8 novembre 2006 dont est recours sont déterminants pour la discussion du cas.

E. 7.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à la rente. Il n'y a toutefois pas lieu d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4).

E. 7.2

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_320/2008 du 26 août 2008 consid. 1; ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 8.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

E. 8.2

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

E. 8.3

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

E. 9.1

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

E. 9.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice

afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 220 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 10.1

Par décision de l'OAI-NE du 2 novembre 2001 / 4 février 2002, l'intéressé fut mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1er juin 2001 en raison à la fois d'un status rhumatologique déficient et, surtout, d'un status psychiatrique caractérisé notamment par une dépression grave, un sentiment de dévalorisation marqué tant familial que professionnel et une forte expression de désespoir et de tristesse.

E. 10.2

Début 2005, l'OAIE initia une révision de la rente. En l'espèce, il s'agit donc de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. En outre, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans conditions du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.4 et 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 et les références citées).

E. 10.2.1

Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer ses anciennes activités de grutier-maçon et n'a pas subi un changement significatif de son état de santé au plan rhumatologique. Les avis diffèrent en revanche quant à savoir si l'on est en présence d'une modification notable, dans le sens d'une amélioration, de l'état de santé psychique du recourant et, par conséquent, de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

E. 10.2.2

Sur le plan psychiatrique (cf. expertise médicale du 14 novembre 2005 et rapport psychiatrique du 7 octobre 2005), la psychiatre de la Clinique romande, la Dresse J._____, ne retint que des traits de dépendance et narcissiques mais pas d'éléments psychotiques florides tels que troubles de la pensée, délires ou hallucinations, l'état dépressif sévère relevé en 2000 n'existant plus au moins depuis début 2005. Les experts conclurent finalement à la possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité à temps complet en position alternée assis-debout, sans travaux lourds et ports de charges au-delà de 10 kg, un travail en espace clos étant à éviter.

E. 10.2.3

Sur la base de ce rapport d'experts, et du diagnostique posé - dysthymie (F34.1), trouble anxieux (F40.2) et trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4) chez une

personnalité dépendante (F60.7) à traits narcissiques - le Dr G._____, psychiatre du service médical de l'OAIE, dans son rapport du 4 mars 2006 ne retint cependant pas une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée légère, mais qu'une capacité de 50%. Il justifia cette conclusion en relevant, d'une part, que l'assuré continuait à présenter un trouble dépressif de sévérité moindre mais continu (dysthymie), raison pour laquelle il était régulièrement suivi par son psychiatre qui lui prescrivait un traitement médicamenteux, et, d'autre part, qu'il y avait un risque de décompensation pour l'assuré qui n'avait plus travaillé depuis 2000.

E. 10.2.4

Il appert toutefois de la documentation médicale reçue de la Sécurité sociale portugaise et du Dr H._____, psychiatre, un status cliniquement décompensé, un syndrome dépressif récurrent d'origine endogène et exogène, un grand affaiblissement tant physique que psychique et social, des manifestations de claustrophobie et d'agoraphobie, une dépendance envers son épouse, le Dr H._____ soulignant aussi une évolution défavorable au plan psychiatrique ces derniers 3 ans et précisant que le recourant souffre, entre autre, d'une dépression grave avec symptôme psychotique (F 33.3) et d'anxiété généralisée (F 41.1) et que son incapacité de travail est supérieur à 70% (cf. rapport du 24 juillet 2006).

E. 10.2.5

Le Dr G._____, médecin de l'OAIE, relevant dans son rapport du 7 octobre 2006 que le diagnostic du Dr H._____ était nouveau, proposa de se référer à l'expertise psychiatrique paraissant plus probante de la Clinique romande ayant relevé une nette amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, seule une capacité de travail de 50% pouvant toutefois être retenue pour les raisons exprimées dans sa prise de position du 4 mars 2006. Il nota aussi que le rapport médical de la Sécurité sociale portugaise daté du 10 août 2006 n'apportait pas d'éléments nouveaux.

E. 10.2.6

L'OAIE retint ainsi finalement dans sa décision du 8 novembre 2006 une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée, laquelle détermina une invalidité économique de 63% fondant trois quarts de rente. L'OAIE maintint sa détermination dans sa duplique du 14 février 2008 malgré un nouveau rapport médical du Dr H._____ du 20 décembre 2007 attestant un cadre dépressif grave.

E. 10.3

Le Tribunal de céans constate sur le plan psychiatrique des avis contradictoires du Dr H._____, de la Dresse J._____ et du Dr G._____, médecin de l'OAIE. Dans son rapport psychiatrique du 7 octobre 2005, la Dresse J._____ indique que le recourant n'est plus confronté à un état dépressif sévère tel que relevé en 2000. Pour la Dresse J._____ le status du recourant se résume à une dysthymie chronifiée, associée à un trouble somatoforme douloureux, lequel ne serait pas en soi un motif de limitation de longue durée de la capacité de travail. Toutefois, elle ne motive pas l'affirmation selon laquelle la dépression sévère, pourtant essentiellement à l'origine d'une incapacité totale de travail depuis le 1er juin 2001, aurait disparu pour laisser place à une dysthymie. Par ailleurs, même si les rapports de l'expertise pluridisciplinaire du 10 novembre 2005 et psychiatrique du 7 octobre 2005 (repris dans le rapport de l'expertise pluridisciplinaire) font état d'une anamnèse personnelle du recourant et des antécédents pathologiques, l'examen psychopathologique actuel n'est pas complet malgré les graves antécédents de l'assurés. En

particulier, l'experte psychiatre n'a pas réuni avec le soin nécessaire, compte tenu des particularités du cas et de la nature des questions posées, toutes les informations pertinentes, notamment un rapport récent et détaillé du psychiatre du recourant le Dr H._____. En l'espèce, celui-ci aurait pu apporter de précieux renseignements, notamment à propos de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis novembre 2001 et du diagnostic actuel, comme démontré par son rapport du 24 juillet 2006. Le service médical de l'OAIE a certes pris quelques distances avec les conclusions des expertises pluridisciplinaire et psychiatrique déterminant une capacité de travail complète dans une activité adaptée en ne retenant qu'une capacité de travail de 50% en raison d'un trouble dépressif de sévérité moindre mais continu avec des suivis réguliers de la part de son psychiatre qui lui prescrit un traitement médicamenteux. Cette réserve réduisant de moitié la capacité de travail estimée de l'intéressé s'est toutefois exprimée par une appréciation du Dr G._____ de deux lignes dans son rapport du 4 mars 2006 qui n'explique pas en quoi une incapacité de travail de 50%, plutôt que par exemple de 40% ou de 60%, s'imposerait. En affirmant que l'allégation de troubles psychiatriques intenses par le Dr H._____ dans son rapport du 24 juillet 2006 était un fait nouveau, le médecin de l'OAIE, n'a pris en compte ni le contenu du rapport du Dr H._____ du 5 septembre 2005 - faisant déjà état de troubles de paniques, d'agoraphobie, de claustrophobie, d'une situation clinique très grave et d'un grand affaiblissement tant physique que psychique et social - ni le but de ce rapport, celui-ci n'étant pas d'indiquer en détail les pathologies dont souffrait l'assuré mais les risques d'un voyage en Suisse. Par ailleurs le diagnostic du Dr H._____ du 24 juillet 2006 en relation avec les antécédents psychiatriques de l'assuré, ne pouvait être négligé. Des problèmes psychiatriques graves, comme on l'a vu déjà essentiellement à l'origine d'une incapacité totale de travail chez le recourant depuis le 1er juin 2001, ont d'ailleurs encore une fois été confirmés en décembre 2007. Il apparaît par ailleurs contradictoire de s'écarter d'abord des appréciations et conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et de celle psychiatrique de 2005 concernant la portée des troubles psychiatriques et la capacité de travail résiduelle du recourant pour ensuite se fonder sur cette même expertise pour mettre à l'écart les appréciations et conclusions du psychiatre de l'assuré à ce sujet. Enfin, il convient de relever que ni dans l'expertise pluridisciplinaire ni dans celle psychiatrique susmentionnées on apprécie les deux rapports du 7 septembre 2005 et du 10 août 2006 de la Sécurité sociale portugaise, tandis que le médecin de l'OAIE se prononce et écarte le deuxième par une simple affirmation. Enfin, compte tenu des opinions contradictoires émises par les experts et le psychiatre traitant du recourant, on ne saurait déterminer la capacité résiduelle de travail de l'intéressé en se fondant exclusivement sur l'opinion du son psychiatre. Le rapport de celui-ci du 24 juillet 2006 ne remplit en effet pas tous les critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (ATF 125 V 351), notamment quant à l'anamnèse et à l'appréciation de l'ensemble des renseignements contenus dans le dossier. Dès lors, il y a lieu de renvoyer la cause à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA afin qu'elle mette en place toutes les expertises nécessaires, notamment une expertise psychiatrique. Par ailleurs, l'autorité inférieure réexaminera la question du taux d'abattement à retenir pour déterminer le revenu d'invalide du recourant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

E. 11

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). L'avance de frais effectuée par le recourant, d'un montant de Fr. 400.-, lui est restituée. Par ailleurs, il est alloué au recourant, représenté par un mandataire professionnel, une indemnité de dépens

de Fr. 2'500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif sur la page suivante)

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