

BVGer C-7854/2010 vom 14. Mai 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7854_2010

FR: TAF C-7854/2010 du 14 mai 2012

IT: TAF C-7854/2010 del 14 maggio 2012

Regeste

Révision de la rente

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 TAF, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux

griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

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. 3.2

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. Les nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1er avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n°1478/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

E. 4.1

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 LPG est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1 ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 7 juillet 2010, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier

2010 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.2

En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Toutefois, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent - pour des raisons d'économie de procédure - aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

E. 4.3

En l'espèce, eu égard au certificat médical antérieur du 14 mai 2010 de la Dresse T. _____, médecin de famille, indiquant chez l'assuré une pathologie dépressive avec crises d'irritabilité fréquentes (OCAI pce 132), il est patent que les documents produits lors de la procédure de recours servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure. Dès lors ces nouvelles pièces, à savoir les certificats médicaux des 12 octobre et 3 novembre 2010 de la Dresse U. _____, le certificat médical du 8 octobre 2010 de la Dresse T. _____, ainsi que le certificat du 22 mars 2011 du Dr V. _____ (OCAI pce 141; TAF pces 1 et 10), doivent être prises en compte dans l'appréciation de l'évolution de l'état de santé de celui-ci depuis la dernière décision entrée en force.

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté 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. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 6.2

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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 6.3

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

E. 6.4

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 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 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 précité 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 est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés

au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 7

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 1er septembre 2010 (OCAI pce 139), à réduire la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er octobre 1995 à un quart de rente, au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé d'un point de vue psychiatrique.

E. 8.1

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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2). La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 8.2

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. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 9

À titre préliminaire, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

E. 9.1

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 en considération l'état des faits

tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits si il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

E. 9.2

En l'espèce, par décision du 11 février 1997 (OCAI pce 59), le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er octobre 1995 en raison d'un syndrome du tunnel carpien, d'arthralgies du poignet droit, ainsi qu'en raison d'une psychose à tendance paranoïaque. Cette décision a été reconduite par communication du 29 août 2001 (OCAI pce 106) sur la base d'un examen approfondi au sens de la jurisprudence, à savoir sur la base de plusieurs avis médicaux et d'une expertise bidisciplinaire des Drs K. _____ et L. _____ (OCAI pces 79, 80, 82, 84, 85, 94, 95, 101, 103 et 104). Par communication du 22 juillet 2005, l'OAIE maintient le droit à une rente entière d'invalidité de l'assuré, uniquement sur la base du questionnaire pour la révision de la rente par lequel l'assuré indique que son état est resté inchangé et qu'il ne travaille pas (OCAI pce 109).

E. 9.3

Ainsi, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 29 août 2001 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 1er septembre 2010.

E. 10

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en réduisant la rente de l'assuré à un quart de rente par voie de révision avec effet au 1er novembre 2010, au motif d'une amélioration significative de son état de santé d'un point de vue psychiatrique.

E. 10.1

La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA 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 (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

E. 10.2

Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. Brunner, N. Birkhäuser, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

E. 10.3

En l'espèce, le droit à une rente entière d'invalidité de A._____ a été maintenu par communication du 29 août 2001, principalement sur la base d'une expertise bidisciplinaire des Drs K._____ et L._____ du 3 juillet 2001, dont il ressort que l'assuré souffre d'un point de vue somatique d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'une tendomyose cervico-scapulaire et d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit suite à quatre chirurgies en relation avec un syndrome du tunnel carpien et l'excision de plusieurs kystes synoviaux. D'un point de vue psychique, les experts retiennent l'existence d'une psychose non organisée, non spécifiée, avec des troubles marqués de paranoïa régressives. En outre, ils rejoignent les conclusions de plusieurs autres médecins consultés lors de la procédure de révision intervenue en août 2000, notamment celles du Dr G._____ (OCAI pce 94), du Dr J._____ (OCAI pce 101) et des Drs H._____ et I._____ (OCAI pce 95).

E. 10.4

D'un point de vue somatique, tous les médecins sont alors unanimes sur le fait que l'assuré est totalement incapable de travailler en tant que manoeuvre ou dans des activités lourdes, mais que celui-ci conserve une capacité de travail de 75 à 80% dans des activités adaptées ne nécessitant pas l'usage des deux mains. Or, il ressort de manière constante des pièces versées en cause lors de la procédure de révision entamée en 2009, que l'assuré souffre toujours des mêmes affections orthopédiques et bénéficie de traitements physio-thérapeutiques. En effet, les Drs N._____, P._____ et Q._____, retiennent chacun des limitations fonctionnelles importantes chez l'assuré en raison d'un syndrome algique du membre supérieur droit (OCAI pces 121, 123 et 124).

E. 10.5

Partant, force est au Tribunal de retenir, à l'instar du service médical de l'OAIE dans son avis du 23 décembre 2009 (OCAI pce 127), que l'état de santé de l'assuré du point de vue somatique est resté inchangé et que l'intéressé présente toujours une capacité de travail de 75% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, par exemple en tant que concierge, surveillant ou magasinier.

E. 11

D'un point de vue psychiatrique, les avis médicaux divergent par contre considérablement quant à savoir si la psychose à caractère paranoïaque, présente chez l'assuré depuis 1995, existe encore à l'heure actuelle ou si elle a même déjà existée.

E. 11.1

En effet, l'autorité inférieure retient que l'assuré ne souffre plus d'aucun trouble psychotique ou dépressif, en se basant principalement sur le formulaire E 213 du 29 septembre 2009 et le certificat médical du 10 septembre 2009 de la Dresse O. _____, dont il ressort que l'assuré ne présente aucun trouble psychique ou altérations perceptives délirantes (OCAI pces 122 et 124). En effet, le Dr S. _____ mentionne même dans plusieurs avis médicaux (OCAI pces 129, 136 et 144) que, selon lui, l'assuré n'a jamais présenté de tels troubles et remet en cause les examens et expertises psychiatriques effectuées lors de l'octroi de la rente en 1997 (cf. le rapport d'examen par C. _____ et l'expertise psychiatrique du 19 novembre 1996 par la Dresse D. _____ [OCAI pces 43bis et 47]), ainsi que les expertises des 28 mai et 3 juillet 2001 des Drs H. _____/I. _____ et K. _____/L. _____, effectuées lors de la dernière révision déterminante (OCAI pces 95 et 103). Il souligne encore que les certificats médicaux des médecins traitant, par trop succincts, ne sauraient remettre en cause les conclusions de la Dresse O. _____, qu'il reprend entièrement. Pour finir, le médecin de l'OAIE mentionne que l'assuré ne suit pas de psychothérapie.

E. 11.2

Quant au recourant, il soutient que son état de santé psychique ne s'est aucunement amélioré et avance même qu'il s'est au contraire détérioré depuis la dernière révision déterminante, produisant deux certificats médicaux de la Dresse T. _____, médecin de famille, attestant que celui-ci souffre de pathologie dépressive avec crises d'irritabilité fréquentes, agressivité et troubles du sommeil, nécessitant la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (OCAI pce 132 et TAF pce 1). De plus, il produit deux certificats de la Dresse U. _____, psychiatre, indiquant succinctement que l'état de santé du recourant nécessite des soins psychiatriques en raison d'un épisode dépressif majeur (OCAI pce 141; TAF pce 1). Finalement, l'intéressé produit un bref certificat médical du 22 mars 2011 du Dr V. _____, psychiatre, attestant avoir reçu en consultation l'assuré au début de l'année pour un syndrome anxieux et dépressif, nécessitant la prise d'antidépresseurs, et un syndrome de dépendance alcoolique (TAF pce 10).

E. 11.3

En premier lieu, le Tribunal relève que pour étayer son point de vue, le Dr S. _____ se base principalement sur un certificat médical de la Dresse O. _____ du 10 septembre 2009, qui, selon lui, a pleine valeur probante, car provenant d'un psychiatre de confiance et confirmant les conclusions du formulaire E 213 (OCAI pces 122 et 124). Il remet en cause la crédibilité des expertises effectuées lors du dernier examen approfondi de la rente d'invalidité de l'assuré, citant notamment un certificat médical d'un médecin portugais du 3 avril 2000 dont la signature est illisible (OCAI pces 79 et 80). Toutefois, le Tribunal remarque que le médecin de l'OAIE n'explicite en aucune manière pour quelles raisons il estime que les différents experts auraient diagnostiqué faussement une psychose chez l'assuré et que celui-ci se contente de déclarer que le diagnostic n'est pas compréhensible, car reposant sur des éléments imprécis et spéculatifs. De plus, force est au Tribunal de constater que, non pas une, mais deux expertises complètes et cohérentes avaient à l'époque

confirmé l'atteinte psychiatrique de l'assuré (cf. l'expertise du 28 mai 2001 des Drs H. _____ et I. _____ et l'expertise des Drs K. _____ et L. _____; OCAI pces 95 et 103). De plus, si effectivement l'assuré n'est actuellement pas suivi régulièrement par un psychiatre, il ne l'était pas non plus au moment de l'octroi de la rente ou au moment de la dernière révision déterminante, ceci étant justifié par le fait que les experts ayant à plusieurs reprises mentionné que la personnalité rigide de l'assuré était impénétrable à tout traitement et qu'une abstention thérapeutique était souhaitable (OCAI pces 47 et 95). Finalement, le Tribunal relève que s'il est cohérent, le certificat médical de la Dresse O. _____ du 10 septembre 2009 n'est pas très fourni et, que malgré une certaine valeur probante, il ne permet pas d'écarter les avis contradictoires plus récent de plusieurs autres psychiatres, dont les certificats ont été produits par le recourant.

E. 11.4

Certes, le Tribunal reconnaît, à l'instar du service médical de l'OAIE, que les documents médicaux produits par le recourant attestant de ses troubles psychiques et dépressifs décrivent en termes plutôt succincts les pathologies de l'assuré, sans procéder à des examens objectifs complets et que de plus, certains certificats émanent de médecins non spécialisés; or, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

E. 11.5

Toutefois, le recourant a produit des certificats médicaux récents de trois médecins différents, dont deux spécialisés en psychiatrie, qui attestent tous de troubles dépressifs et qui tendent à prouver que la psychose reconnue au recourant auparavant par plusieurs psychiatres perdure actuellement et que celui-ci souffre nouvellement de dépression nécessitant la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et de dépendance alcoolique (cf. certificats des Drs T. _____, U. _____ et V. _____; OCAI pces 132 et 141; TAF pces 1 et 10).

E. 11.6

Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s. consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s. consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

E. 11.7

Ainsi, le Tribunal de céans est d'avis que les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de se forger une conviction quant au point de savoir si une amélioration significative de l'état de santé du recourant a eu lieu depuis le dernier examen approfondi de la rente en août 2001. Dès lors, au vu des divergences qui subsistent entre les différents médecins concernant l'état de santé psychique de l'assuré, notamment de la question de l'existence de troubles dépressifs ou de psychose paranoïaque, le Tribunal ne saurait

privilégier l'une ou l'autre appréciation et considère qu'une expertise psychiatrique est nécessaire afin de déterminer si l'état de santé du recourant s'est notablement modifié depuis la dernière révision déterminante.

E. 12

Partant, le Tribunal, faisant en partie droit aux conclusions de A._____, admet partiellement le recours et annule la décision litigieuse, car se fondant sur une constatation lacunaire des faits relatifs à l'état de santé psychique du recourant. L'affaire est renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 al. 1 PA, afin qu'elle procède à une expertise psychiatrique et rende une nouvelle décision. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 13

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2.). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 31 mars 2011 par le recourant sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt. L'art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet cependant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'espèce, le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas fait valoir de frais indispensables et relativement élevés, de sorte qu'il ne lui est pas attribué de dépens.

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