



## Arrêt du 22 février 2011

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Philippe Weissenberger, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Mauro Poggia,  
1206 Genève,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

assurance-invalidité (décision du 22 janvier 2009).

**Faits :****A.**

Le ressortissant suisse A.\_\_\_\_\_, né en 1955, a travaillé de nombreuses années au sein de l'administration cantonale genevoise à des fonctions supérieures et a exercé un poste d'adjoint au maire dans sa commune de domicile. Dans le courant 2000 une procédure administrative fut ouverte à son encontre dans le cadre d'un examen de l'office qu'il dirigeait et, à la suite également de divers problèmes familiaux s'étant greffés sur ses problèmes professionnels, l'intéressé dut cesser toutes activités professionnelles en raison de troubles psychiatriques. Par décision du 27 mars 2003 de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (OAI-GE), une rente entière d'invalidité lui fut accordée avec effet au 25 janvier 2002 (pce 42). Cette décision se fonda principalement sur le rapport psychiatrique établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ du 20 février 2003.

Dans son expertise sollicitée par l'OAI-GE, le Dr B.\_\_\_\_\_ retint le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2), de cauchemars (F51.5) et de troubles de la personnalité de type état-limite (F60.31) s'étant manifestés de façon invalidante depuis 2001 dans un contexte de revers existentiels avec peu de succès des traitements mis en place, relevant, des plaintes de l'assuré, un retrait social, des troubles du sommeil, des acouphènes, un dynamisme vital abaissé, une fatigabilité accrue, une baisse de la concentration, notant une évolution du status tendant à se chronifier dans le cadre d'un trouble sous-jacent de la personnalité de type état-limite couvert par un surinvestissement du monde professionnel et des responsabilités sociales. Le Dr B.\_\_\_\_\_ nota que les revers professionnels auraient atteint l'équilibre de l'intéressé et causé une intense blessure narcissique provoquant l'effondrement du surinvestissement mettant à jour les affects dépressifs et qu'aucun élément ne permettait d'envisager une possibilité d'amélioration de l'état dépressif. Il nota que le pronostic semblait très réservé ce d'autant plus que la personnalité de l'intéressé s'était désorganisée. Soulignant un fonctionnement social très restreint et un mode de vie replié sur lui-même, le Dr B.\_\_\_\_\_ retint une incapacité de travail de 100% depuis le 25 janvier 2001 (pce 40). Dans un rapport du 17 mars 2003 la Dresse C.\_\_\_\_\_ du SMR Suisse romande confirma cette appréciation soulignant la nécessité d'un réexamen dans les trois ans (pce 41)

Courant 2004, l'intéressé partit s'établir en Argentine avec sa deuxième épouse (cf. pces 48 et 50 s.).

**B.**

En date du 29 janvier 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) initia une révision du droit à la rente de l'assuré. Il porta notamment au dossier les documents ci-après:

- Un questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 28 mai 2007 selon lequel l'intéressé n'exerce pas d'activité lucrative et n'en a pas exercé depuis le 27 mars 2003 (pce 58),
- Un rapport médical daté du 28 février 2007 signé du Dr D. \_\_\_\_\_ [médecin psychiatre traitant de l'assuré depuis 2004], faisant état d'un état stationnaire, d'une incapacité de travail de 100% de 2001 à 2007, de difficultés de concentration, posant le diagnostic de dépression sévère, acouphènes, insomnies et de dyslipémie (pce 59),
- Un rapport d'expertise psychiatrique daté du 24 juillet 2008 signé du Dr E. \_\_\_\_\_, requis par l'OAIE, relevant les plaintes de l'assuré, à savoir un manque d'envie, de motivation, une perte d'espoir, le fait de ne plus être le même homme, notant des journées bien remplies, une probable relation fusionnelle avec l'épouse, le résultat de tests hétéro- et auto-évaluation dont les derniers semblent globalement surcotés massivement, une présentation soignée, un discours clair, élaboré, orienté dans les trois modes, notant une intelligence supérieure à la moyenne, le jugement et le raisonnement étant conservé, un tableau clinique dominé essentiellement par une symptomatologie dépressive sans qu'il y ait d'apragmatisme, d'aboulie, de tendance marquée au retrait social, un sommeil de meilleur qualité et ce sans somnifère, une sexualité jugée satisfaisante, un appétit normal, une reprise de poids, l'évocation d'acouphène et de troubles de l'attention. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne releva pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique, pas de phobies simples, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, pas de signes florides de la lignée psychotique, de délires, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée, nota une image assez haute de sa personne et de ses compétences, un mode de pensée rigide, des relations affectives sur un registre anaclitique d'abord avec sa mère puis son épouse actuelle dont la présence et la possession sont équilibrants. Le Dr E. \_\_\_\_\_ posa le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne\* [souligné\*] chronique, de personnalité narcissique "subdécompensée", d'acouphène, sinon voire spécialistes concernés, sans facteur de stress aigu. Il nota que le diagnostic de personnalité état-limite pouvait être discuté avec celui retenu par lui-même de personnalité narcissique de son avis plus approprié, mettant l'accent sur une symptomatologie dépressive légère à moyenne valant pour un état dépressif majeur de gravité légère\* [souligné\*] à moyenne chronique persistant depuis plus de deux ans, étant relevé qu'il n'y avait plus d'éléments en faveur d'un état dépressif moyen ou sévère.

Se référant à l'ensemble de la symptomatologie l'expert releva que celle-ci était plutôt légère caractérisée par le trouble de la personnalité narcissique qui s'était décompensé depuis 2001, lequel représentait un réel handicap et limitait l'intéressé à une activité à 50% de manière théorique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 avec peu de probabilité d'une amélioration de celle-ci (pce 76).

**C.**

Invité à se déterminer sur l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ de l'OAIE proposa dans son rapport du 28 septembre 2008, en plein accord avec les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_, de retenir une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle ou dans une activité de substitution à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Il retint le diagnostic stabilisé et "cristallisé" d'état dépressif majeur de gravité légère et personnalité narcissique, diagnostic ne nécessitant qu'une révision économique (pce 80).

**D.**

Par projet de décision du 7 octobre 2008, l'OAIE informa l'assuré que sur la base des nouveaux documents reçus il avait été constaté que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé serait à nouveau exigible depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et permettrait de réaliser plus de 40% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité de sorte que la rente entière payée jusqu'alors devrait être remplacée par une demi-rente (pce 82).

Suite à la communication de ce projet de décision, Me Mauro Poggia requit de l'OAIE en date du 7 novembre 2008 l'envoi du dossier en vision (pce 85), lequel lui fut adressé le 13 novembre suivant (pce 88).

Par décision du 22 janvier 2009 l'OAIE réduisit la rente d'invalidité de l'intéressé à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009 (pce 90).

**E.**

Contre cette décision, Me Mauro Poggia interjeta recours en date du 25 février 2009 auprès du Tribunal de céans concluant principalement à mettre à néant la décision attaquée. Il fit valoir que celle-ci avait été rendue exempte de toute motivation et sollicita de compléter son recours dans le cadre d'un second échange d'écritures. Il nota qu'il apparaissait du rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ que celui-ci s'écartait des conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ sans faire état de réelles modifications de la situation médicale concluant à un "état dépressif majeur de gravité légère à

moyenne chronique", dénomination pour le moins sujette à interrogations. Faute d'une réelle amélioration de l'état de santé de l'intéressé, le droit à la rente entière devrait être rétabli. Il nota que l'appréciation retenue était sans fondement et qu'était ignorée sur quelle base de calcul la comparaison des revenus avait été effectuée (pce TAF 1).

**F.**

Invité à effectuer une avance sur les frais de recours de Fr. 300.- par décision incidente du 2 mars 2009 (pce TAF 2), l'intéressé s'en acquitta dans le délai imparti (pce TAF 4).

**G.**

Par réponse au recours du 19 juin 2009, l'OAIE en proposa le rejet. Il fit valoir que le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 février 2003 avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère, sans symptôme psychotique, associé à un trouble de la personnalité de type état limite, et notait que les limites fonctionnelles psychiques, très importantes, empêchaient l'exercice de toute activité lucrative. Il relevait en outre qu'en raison du trouble morbide de la personnalité, des mesures professionnelles ou des mesures médicales n'étaient pas susceptibles d'améliorer la capacité de travail. Toutefois les troubles dépressifs pouvaient avoir une évolution favorable et qu'une révision devait être prévue dans les trois ans. Il nota que le Dr E.\_\_\_\_\_, pour sa part, avait relevé que l'intéressé avait retrouvé un sommeil de meilleure qualité et ce sans somnifère et un appétit normal avec reprise de poids, relevant que le trouble de la personnalité de type état limite retenu par le Dr B.\_\_\_\_\_ n'était plus confirmé et s'orientait vers celui de personnalité narcissique et que l'état dépressif s'était progressivement atténué par le cours naturel des choses et un traitement bien conduit de sorte qu'il n'y avait plus d'argument en 2008 en faveur d'un état dépressif moyen ou sévère et ce malgré l'arrêt d'un traitement antidépresseur en décembre 2007, ce qui permettait de conclure à une capacité de travail de 50% en relation avec les compétences de l'assuré. Enfin il nota que l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé qui résultait de la comparaison de ses deux rapports médicaux n'était pas valablement remise en cause par le recourant qui ne faisait que de mettre en doute l'impartialité du Dr E.\_\_\_\_\_ (pce TAF 8).

**H.**

Par réplique du 17 août 2009, le recourant fit valoir que le diagnostic principal posé par le Dr E.\_\_\_\_\_ d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne\* (souligné\*) était discutable et que le Dr E.\_\_\_\_\_ sur

un même substrat de constatation que le Dr B.\_\_\_\_\_ relativement au statut d'état-limite lui substituait celui de personnalité narcissique par substitution de son appréciation. Il joignit à sa réplique un nouveau rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre de l'assuré depuis mars 2007. Enfin le représentant de l'intéressé rappela qu'une modification du droit à la rente supposait une modification notable du taux d'invalidité par comparaison des statuts déterminant dans le temps et qu'il y avait dès lors lieu sous cet angle de requérir du Dr B.\_\_\_\_\_ une nouvelle expertise.

Dans son rapport du 30 mai 2009 le Dr G.\_\_\_\_\_ releva un suivi psychiatrique depuis le 30 mars 2007, un status globalement orienté, de l'inquiétude psychomotrice, des fonctions cognitives légèrement affectées, exceptée la mémoire lointaine, un aspect psychique de type dépressif avec tendance à l'agitation, une conscience de la situation mais pas de la maladie, une instabilité émotionnelle, une hypertonie, une humeur dépressive, un jugement altéré par des situations de stress, des idées obsessionnelles, parasitaires, inflexibles, sur le plan clinique des symptômes de type primaire et secondaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ releva un mal-être physique généralisé, des douleurs ostéo-articulaires généralisées et diffuses avec plaintes constantes et récurrentes, migraines, névralgies diffuses et altération du système nerveux autonome avec prédominance de la tonalité sympathique, une très faible confiance en soi, un discours net, détaillé, réitératif et redondant, une situation de grande dépendance à l'épouse. Il retint le diagnostic de trouble dépressif majeur unipolaire récidivant d'une intensité modérée à grave avec des symptômes dissociatifs et des troubles obsessionnels compulsifs graves de sous-type dépressif et de trouble de la personnalité avec teinte à dominante du Cluster C (personnalité évitante, dépendante, manifestations obsessionnelles). Il nota que la pathologie de l'intéressé l'affectait de manière significative dans l'accomplissement des tâches quotidiennes et que la maladie était de type neuropsychiatrique mentalement invalidante d'une manière totale et permanente à 85% avec phases de détériorations et d'améliorations, le pronostic étant de ce fait réservé (pce TAF 10).

#### I.

Invité à se déterminer sur la réplique du recourant, l'OAIE requit du Dr F.\_\_\_\_\_ de se prononcer. Dans son rapport du 17 septembre 2009 le médecin de l'OAIE reprit successivement les diagnostics des Drs B.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ et nota que l'étude du dossier permettait d'affirmer qu'une amélioration était bel et bien intervenue entre la première et la deuxième expertise mais que sur la base de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ on pouvait admettre une péjoration du trouble dépressif avec une incapacité de travail de 70% dès le 30 mai 2009 pour l'ancienne activité de même que pour toute activité de substitution, une nouvelle expertise n'étant pas nécessaire (pce 94).

Dans sa duplique du 7 octobre 2009, l'OAIE confirma sa décision de révision de rente du 22 janvier 2009. Il nota que cette date était la limite postérieure dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal de céans,

qu'il y avait eu une amélioration de l'état de santé de l'assuré entre les expertises des Dr B. \_\_\_\_\_ du 20 février 2003 et E. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2008 permettant une reprise d'activité à 50% de sorte qu'il était justifié dans sa décision du 22 janvier 2009 de réduire la rente de moitié. S'agissant de l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, l'OAIE admit qu'à partir de celle-ci, le 30 mai 2009, soit hors période d'examen, il y avait lieu d'admettre une péjoration du trouble dépressif conduisant à un retour à une incapacité de travail de 70% pour toute activité de sorte que le recours pouvait être considéré comme demande de révision (pce 14).

## **J.**

Par triplique du 18 novembre 2009 le représentant du recourant fit valoir qu'en aucun moment l'intéressé avait connu une amélioration de santé, ce que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne notait d'ailleurs pas, l'incapacité de travail étant de 85% (pce TAF 16). Par quadruplique du 27 novembre 2009 l'OAIE maintint ses déterminations (pce TAF 18). Le Tribunal de céans porta cette écriture à la connaissance du mandataire du recourant en date du 3 décembre 2009 (pce TAF 19).

## **Droit :**

### **1.**

**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.

**1.2.** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**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.

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

## **2.**

**2.1.** L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables.

**2.2.** La date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). La documentation médicale postérieure à cette date ne peut donc être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant la date de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a néanmoins déjà eu l'occasion de préciser qu'exceptionnellement le juge des assurances sociales peut, pour des motifs d'économie de procédure, se fonder sur un état de fait survenu après la décision administrative litigieuse, et ainsi étendre l'objet du litige dans le temps. Un tel procédé n'est toutefois admissible que dans la mesure où l'état de fait postérieur à la décision administrative, qui conduit à partir de là à une nouvelle appréciation juridique du litige, a été correctement instruit et que les droits des parties dans la procédure ont été respectés, en particulier leur droit d'être entendues (ATF 130 V 138 consid. 2.1).

## **3.**

**3.1.** 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 LPGGA).

**3.2.** 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).

#### **4.**

**4.1.** Selon l'art. 17 LPGGA 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.

**4.2.** 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]).

**4.3.** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Quant à l'art. 88<sup>bis</sup> 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.

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

**4.5.** Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, l'octroi de la rente entière par décision du 27 mars 2003 avec effet au 25 janvier 2002 de l'OAI-GE est la base de comparaison avec la décision de réduction à une demi-rente du 22 janvier 2009.

## **5.**

**5.1.** 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

de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

**5.2.** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

## **6.**

**6.1.** L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

**6.2.** Le tribunal des assurances 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 réf. cit.).

## **7.**

**7.1.** L'objet du litige consiste dans la réduction de la rente à la moitié à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009. L'administration fait valoir, notamment sur la base des constatations du Dr E. \_\_\_\_\_ exposées dans son rapport du 24 juillet 2008, une amélioration de l'état de santé de l'intéressé par rapport à l'état existant lors de l'octroi de la rente entière. Le recourant s'oppose à cette appréciation en arguant que son état de santé est resté inchangé.

## 7.2.

**7.2.1.** Comme l'a relevé l'OAIE dans sa réponse au recours, le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 février 2003 avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère, sans symptôme psychotique, associé à un trouble de la personnalité de type état limite, et notait que les limites fonctionnelles psychiques, très importantes, empêchaient l'exercice de toute activité lucrative. Il relevait en outre qu'en raison du trouble morbide de la personnalité, des mesures professionnelles ou des mesures médicales n'étaient pas susceptibles d'améliorer la capacité de travail et que pour l'instant l'intéressé devait être considéré totalement inapte au travail. Ces troubles dépressifs semblaient devenir chroniques, une révision devait néanmoins être prévue dans les trois ans pour connaître leur évolution.

**7.2.2.** Le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2008 mentionne un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne chronique, tout en soulignant l'adjectif "moyenne". Le médecin indique qu'il y a une évolution favorable, mais "sans autre élément objectif dans le dossier" il peut admettre une capacité de travail de 50% théorique. Le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 30 mai 2009 retient en revanche une incapacité de travail de 85%. Le Dr F.\_\_\_\_\_, de l'OAIE, dans sa note du 17 septembre 2009, a admis l'existence d'une nouvelle incapacité de travail mais seulement à partir de la date du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, donc au-delà de la limite d'examen temporelle du Tribunal de céans. Or, il est vrai que ce rapport est postérieur à la date de la décision attaquée, toutefois il est indéniable qu'il permet d'apprécier la situation antérieure à cette décision. Le Dr G.\_\_\_\_\_ se prononce notamment sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressé depuis le 30 mars 2007, le début de ses services, jusqu'au 30 mai 2009. Son rapport peut donc être pris en considération pour examiner le présent litige, d'autant plus que l'administration a eu l'occasion de prendre position (voir consid. 2.2).

**7.3.** Le Dr G.\_\_\_\_\_ fait état d'un status globalement orienté, d'inquiétude psychomotrice, de fonctions cognitives légèrement affectées, exceptée la mémoire lointaine, d'un aspect psychique de type dépressif avec tendance à l'agitation, d'une conscience de la situation mais pas de la maladie, d'une instabilité émotionnelle, d'une hypertonie, mais aussi d'une humeur dépressive, d'un jugement altéré par des situations de stress, d'idées obsessionnelles, parasitaires, inflexibles, sur le plan clinique de symptômes de type primaire et secondaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ relève aussi un mal-être physique généralisé, des douleurs ostéo-

articulaires généralisées et diffuses avec plaintes constantes et récurrentes, migraines, névralgies diffuses et altération du système nerveux autonome avec prédominance de la tonalité sympathique, une très faible confiance en soi, un discours net, détaillé, réitératif et redondant, une situation de grande dépendance à l'épouse. Il retint le diagnostic de trouble dépressif majeur unipolaire récidivant d'une intensité modérée à grave avec des symptômes dissociatifs et des troubles obsessionnels compulsifs graves de sous-type dépressif et de trouble de la personnalité avec teinte à dominante du Cluster C entraînant une incapacité de travail de 85% pour toutes activités.

Cette appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_, qui décrit un trouble dépressif majeur unipolaire récidivant d'une intensité modérée à grave avec des symptômes dissociatifs et de trouble de la personnalité de type dépendance et manifestations obsessionnelles, correspond à l'appréciation et au diagnostic du Dr B.\_\_\_\_\_ en 2003. Aucun élément dans le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ ne permet de retenir que l'état de santé du recourant se serait aggravé après la date de la décision attaquée, de sorte qu'il y a lieu de considérer que la situation est restée stable depuis de nombreuses années.

Le diagnostic du Dr E.\_\_\_\_\_ d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne chronique persistant sans plus d'élément en faveur d'un état dépressif moyen ou sévère, retenu en juillet 2008, ne s'écarte pas de manière substantielle de l'appréciation des Drs B.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_. Le Dr E.\_\_\_\_\_ souligne qu'il s'agit plutôt d'un trouble chronique de gravité moyenne, ce qui correspond au diagnostic formulé par ses deux confrères. En ces circonstances, le Tribunal de céans est d'avis que le Dr E.\_\_\_\_\_, en retenant une capacité de travail de 50%, s'est livré à une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, ce qui ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (voir consid. 4.4. ci-dessus). Pour le surplus, il ne se justifie pas de s'écarter de l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_.

Il s'ensuit de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée au profit du maintien d'une rente entière.

## **8.**

**8.1.** Le recourant ayant eu gain de cause il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais versée de Fr. 300.- lui est restituée.

**8.2.** Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure 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]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.



**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :****1.**

Le recours est admis et la décision du 22 janvier 2009 est réformée en ce sens que A. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité après le 31 mars 2009.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de l'avance de frais de Fr. 300.- fourni par le recourant lui est restitué.

**3.**

Il est alloué une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- au recourant à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant du recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :