



Cour III
C-2245/2007/jod

{T 0/2}

Arrêt du 5 décembre 2008

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),
Johannes Frölicher, Franziska Schneider, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

X. _____,
représenté par
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

AI, décision du 2 mars 2007.

Faits :**A.**

X._____, ressortissant espagnol, est né le 1953. Marié, mais séparé depuis l'an 2000, il est le père de deux enfants, aujourd'hui majeurs. Il a suivi l'école obligatoire en Espagne et indique ne pas avoir fait d'apprentissage ou d'école professionnelle, mais une formation accélérée au sein de l'entreprise, sans obtention de certificat (pce 1). Il travaille en Suisse dès 1971 et des cotisations AVS/AI y sont versées en sa faveur pendant plusieurs années (cf. pce 2). De 1979 à 1996, il a exercé le métier de découpeur en horlogerie.

Le 7 août 1997, il dépose une demande de prestations AI pour adultes (pce 1); il indique souffrir d'épilepsie, atteinte dont les premières manifestations datent de 1972.

Par décision du 19 octobre 1998 (pce 28), l'office AI du canton de Neuchâtel (OCAI) le met au bénéfice d'une rente entière (degré d'invalidité de 100%), avec effet au 1^{er} juin 1998.

Par communication du 30 novembre 2001 (pce 38) faite dans le cadre d'une première procédure de révision, l'OCAI indique que le degré d'invalidité de l'assuré n'a pas changé au point de modifier son droit à la rente.

Le déplacement du domicile de l'assuré en Espagne dès le 1^{er} décembre 2003 entraîne le transfert du dossier à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), comme objet de sa compétence (pce 40s.).

Dans le cadre d'une seconde procédure de révision, sont produits notamment les documents suivants:

- le rapport médical détaillé (formulaire CH/E20, pce 53), produit le 22 février 2005 et auquel est joint le rapport d'un électroencéphalogramme (EEG) du 10 décembre 2004;
- le questionnaire pour la révision de la rente du 18 mars 2005 (pce 55);
- l'exposé de révision et les données d'évaluation pour l'invalidité du 16 juin 2005 (pce 56);

- le rapport du Dr A._____, du service médical de l'OAIE, du 16 juin 2005 (pce 57), complété le 13 juillet 2005 (pce 59);
- l'analyse du dossier effectuée par le Dr B._____, du service médical de l'OAIE, du 17 novembre 2005 (pce 64);
- le rapport médical de consultations externes du médecin C._____, du Service de santé andalou, cabinet de santé, du 21 février 2006 (pce 68);
- le rapport de consultations externes de l'unité de neurologie de l'hôpital de la _____, du Service de santé andalou, du 12 avril 2006 (pce 69);
- le document inter-consultation du système sanitaire public andalou, du 19 novembre 2006 (pce 70, seconde page);
- le rapport médical détaillé (CH/E 20) établi par l'inspectrice médicale D._____ et remis le 24 mai 2006 (pce 72);
- la prise de position médicale du Dr B._____, du service médical de l'OAIE, du 28 novembre 2006 (pce 77).

Le 11 décembre 2006, l'OAIE rend un projet de décision (pce 78).

Par décision du 2 mars 2007 (pce 81), l'OAIE retire à l'intéressé le droit à une rente, avec effet au 1^{er} mai 2007.

B.

Le 22 mars 2007, l'intéressé recourt contre la décision précitée. Il fait valoir que son état de santé n'a fait l'objet d'aucune amélioration, qu'il s'empire au contraire de façon continue et progressive, que depuis longtemps son état physique ne lui permet même pas de réaliser les activités fondamentales de la vie et que sa maladie a causé des séquelles irréversibles dans plusieurs aspects de sa santé.

Spontanément, le recourant produit le 29 mai 2007 un rapport médical de consultations externes établi par le docteur Lara Fernandez, daté du même jour, ainsi qu'une copie du rapport établi par le Prof. E._____ et d'une lettre du Dr F._____, du 8 juillet 2003.

C.

Dans sa réponse du 27 septembre 2007, l'OAIE, après avoir soumis le dossier à son service médical (prise de position du Dr B._____, du 5 août 2007, pce 83), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

D.

L'avance de frais de Fr. 300.- demandée par décision incidente du 5 octobre 2007 fut versée dans le délai.

E.

Par courrier daté du 24 octobre 2007, le recourant réplique. Il fait valoir qu'actuellement, son état dépressif est très sévère et son épilepsie, très décompensée. Il demande en outre un délai pour présenter de nouveaux documents médicaux attestant de son état de santé actuel.

Par courrier du 25 novembre 2007, adressé de façon erronée à l'OAIE, le recourant transmet une procuration en bonne et due forme en faveur de sa fille, ainsi qu'un document de « demande de procédure de diagnostic » (test de l'hémoglobine [H.G.B]) faite le 5 juin 2007 par le médecin G._____ de l'unité de neurologie du Service de santé andalou dans le cadre d'un EEG, et qu'une feuille d'un examen du 19 novembre 2007 demandé par le Dr H._____.

F.

Dans sa duplique du 11 décembre 2007, l'OAIE réitère ses conclusions, estimant que le recourant n'a apporté aucun élément nouveau ou pertinent permettant de s'en écarter, et que, singulièrement, aucune documentation médicale venant corroborer ses dires n'a été jointe à la réplique.

Droit :**1.**

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une

décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.1 Conformément à l'art. 37 al. 1 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est soumise à la PA. La procédure en matière d'assurances sociales n'est régie par la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) qu'autant que cette loi, et non la PA, est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA; également art. 1 al. 1 LAVS). Le recours a été interjeté dans le délai de l'art. 50 PA et avec le contenu et la forme prescrits par l'art. 52 PA. Le recourant est spécialement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification; il a ainsi qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 let. b et c PA; également art. 59 LPGA). Le recours est recevable.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

Le recourant peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517

consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

4.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

5.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), 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 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la

novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

6.

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 de travail équilibré, 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.

7.

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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision, introduite par la novelle du 21 mars 2003).

8.

Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 349 consid. 3.5).

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) 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 qu'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^{bis} 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; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

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 (ancien art. 41 LAI), 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. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations.

8.1 En l'espèce, la (première et) dernière décision entrée en force fut celle du 19 octobre 1998. La communication du 3 novembre 2001 ne constitue en effet pas une décision, que l'assuré a renoncé à réclamer.

L'octroi d'une rente entière à l'assuré fut fondé notamment sur le rapport d'expertise neurologique (avec IRM) établi le 20 février 1998 par le Prof. E._____, praticien reconnu, alors chef du service de neurologie du CHUV, à Lausanne (pce 24; cf. également pces 7, 23 et

25). Pour le médecin, le diagnostic était de crises épileptiques tonico-cloniques généralisées dans le cadre d'une épilepsie généralisée primaire ou partielle complexe avec généralisation secondaire et de pseudo-crisés motrices dans le cadre d'un état anxio-dépressif marqué. S'agissant du premier diagnostic, le professeur précisait toutefois que « l'existence de crises épisodiques dans le cadre d'une épilepsie bien contrôlée par le traitement médicamenteux n'entraîne aucune incapacité de travail dans le cadre de la formation et de l'activité préalable du patient. Il n'existe pas non plus d'autre cause d'incapacité de travail d'origine neurologique » chez le patient. « En revanche, il semble actuellement exister une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques, dans le cadre de son état dépressif et anxieux marqué, avec manifestation fonctionnelle. » Pour le praticien, cet aspect devait faire l'objet d'une évaluation psychiatrique si nécessaire. Il ne fut cependant pas jugé que tel était le cas (cf. pce 25, appréciation du 10 mars 2003 du Dr I._____, du service médical de l'OCAI). Le Tribunal relève en outre que l'assuré, quelques mois après son licenciement (semble-t-il motivé, à tout le moins en partie, par une incompatibilité avec les autres), a été hospitalisé du 30 juin au 15 juillet 1997 en hôpital psychiatrique (pce 22 et le diagnostic posé; cf. également pces 7 [notes de l'OCAI] et 19 [annexe au rapport médical de l'AI établi par le Dr F._____]).

Il ressort de ce qui précède que c'est avant tout, si ce n'est exclusivement, l'affection psychiatrique de l'assuré qui a justifié l'octroi d'une rente entière en 1998, ce que reconnaît au demeurant l'autorité intimée dans sa réponse au recours (« L'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière [...] en raison d'un état anxieux dépressif sévère »). A noter en outre que lors de la première procédure de révision, en 2001, cet élément fut également pris en compte (cf. pce 7); vrai est-il aussi que l'assuré avait été interné à nouveau à deux reprises, du 3 au 7 mai 2000 (pce 34) et du 13 au 22 juin 2000 (pce 35), dans un cadre de tensions familiales (séparation d'avec sa femme).

8.2 Dans la décision attaquée, l'OAIE retient qu'au vu des nouveaux documents reçus, l'intéressé serait à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé et lui permettant de réaliser plus de 60% du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était devenu invalide. Dans sa réponse au recours, l'office soutient que l'état de santé du recourant s'est significativement amélioré depuis l'attribution de la rente puisqu'il ne présente plus aucune psychopathologie

susceptible de limiter sa capacité de travail, qu'il n'est plus suivi ni traité sur le plan psychiatrique et que pour le reste, l'épilepsie n'est pas invalidante, pas plus qu'elle ne l'était déjà lors de l'octroi de la rente; il n'y a donc plus d'incapacité de travail.

8.3 Le Tribunal observe ce qui suit. Dans le cadre de la procédure de révision, le Dr B._____, du service médical de l'OAIE, a plusieurs fois requis que l'état psychique de l'intéressé soit examiné (pces 64 et 76) afin qu'il puisse prendre position du point de vue psychiatrique; en définitive, ce médecin n'a retenu une absence d'incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 20 janvier 2006 qu'après qu'il lui fut indiqué que le formulaire CH/E.20 daté du même jour contenait un examen psychiatrique de l'intéressé et qu'il eut constaté qu'il n'y était fait mention ni d'un diagnostic psychiatrique, ni d'un suivi et d'un traitement psychiatriques (cf. pce 77; pces 72ss). Or, dit formulaire CH/E.20 se bornait à examiner (brièvement) cette question au point 8, au chapitre « système nerveux ». Une impression de trouble d'idées délirantes y était évoquée, sans pouvoir toutefois être confirmée, l'intéressé n'ayant apporté aucun document médical ou psychiatrique; l'inspecteur médical espagnol en était ainsi réduit à se fonder sur le certificat médical de neurologie établi le 21 février 2006 (pce 68) pour retenir que l'intéressé y faisait état d'insomnie et d'anorexie, qu'il ne s'était pas présenté au service de santé mentale et qu'il paraissait avoir connu une crise de psychose paranoïde en 2003, mais qu'il ne prenait aucune médication et n'était pas suivi sur le plan psychiatrique; il était ajouté que le patient n'avait produit le certificat précité qu'après trois mois et de répétées demandes, qu'il donnait une impression d'indiscipline et qu'il était très difficile à examiner. Enfin, le document CH/E.20 mentionnait comme diagnostic, outre des crises épileptiques depuis l'enfance, un trouble psychotique paranoïde, non contrôlé par le service de santé mentale, et relevait une difficulté à savoir si son état s'était stabilisé, l'intéressé n'ayant peut-être pas dit la vérité durant la consultation; il relevait encore une absence de toute thérapie, alors que la continuation de soins médicaux serait susceptible de stabiliser le cadre, une éventuelle impossibilité de se déplacer et, s'agissant de l'aptitude à exercer un autre travail, une indiscipline du point de vue du travail et social; l'incapacité de travail ou l'invalidité était qualifiée de définitive.

Le rapport du 21 février 2006 précise encore l'existence d'un mauvais contrôle des crises; que celle d'octobre 2003 fut qualifiée de réaction

paranoïde aiguë alors que le patient paraît la considérer comme un épisode de crise épileptique; que l'intéressé indique ne pas respirer bien, qu'il n'a pas apporté les ordonnances de ses traitements normaux et qu'il a arrêté toute médication de son propre mouvement, déclarant ne pas avoir d'ordonnance; le médecin auteur du rapport conclut notamment à ce qu'il soit vu dans un centre de santé mentale. Cette demande fut répétée plusieurs fois par la suite par d'autres médecins, alors que le patient se rendait toujours aux rendez-vous donnés par les unités de neurologie sans prendre de documentation relative à son état de santé psychique en dépit de ce qu'il lui avait été demandé (cf. pce 69, qui fait état en outre d'épisodes suggérant fortement des pseudo-crisés et d'un trouble psychiatrique sans informations actuelles; pce 70 seconde page). Les documents présentés dans le cadre du recours montrent que l'intéressé a persisté à ne pas se rendre à une consultation d'un service psychiatrique. Ainsi du rapport du service de santé andalou du 29 mai 2007 (mention d'une perte de mémoire, d'épisodes de désorientation et d'une peur de sortir dans la rue « parce qu'il se perd »; outre qu'il ne s'est pas rendu à la consultation de l'Hôpital Virgen de la Nieves, le patient n'a pas apporté de rapports de psychiatrie, faute d'avoir vu le service médical concerné) et de la note médicale du 19 novembre 2007 (selon le rapport de neurologie y mentionné, le diagnostic de pseudo-crisés pour trouble psychiatrique sans documentation actualisée a été posé). Enfin, dans sa réplique, le recourant qualifie son état dépressif actuel de très sévère; il fait valoir, outre des problèmes physiques, qu'il souffre d'un handicap psychique l'empêchant de prendre soin de lui-même, qu'il comprend la nécessité d'un suivi médical et psychiatrique et qu'il entend produire de nouveaux documents médicaux dans le cadre de ces suivis. Aucun rapport psychiatrique ne fut cependant déposé.

8.4 Le recourant, qui paraît avoir surtout, dans un premier temps en tout cas, mis en exergue des atteintes physiques – et plus précisément la problématique de ses crises d'épilepsie – auxquels il semblait vouloir ramener toutes ses difficultés, n'a pas, en particulier faute d'avoir consulté un service compétent en matière de psychiatrie et de suivre un éventuel traitement *ad hoc*, fait montre d'un comportement témoignant d'un certain contrôle, d'une certaine discipline, et à même de faciliter l'instruction de la cause. Force est en sus de constater, à côté de ce comportement inadéquat, que la possibilité d'un certain trouble psychiatrique a été évoquée expressément par plusieurs

médecins. Il paraît dès lors hâtif de fonder l'absence de tout diagnostic psychiatrique relevant sur le seul défaut d'un suivi et d'un traitement psychiatriques actuellement.

En tout état de cause, aucun document récent relatif à l'état psychique de l'intéressé ne figure au dossier. Le Tribunal n'est ainsi pas en mesure d'examiner si la situation s'est notablement modifiée depuis la dernière décision entrée en force, en particulier parce que toute affection psychiatrique relevante aurait disparu. Or, un juge ne se substituera pas à un médecin lorsque pour apprécier une situation de fait il faut disposer de connaissances spéciales. Dans la mesure où les circonstances de l'espèce demandent impérieusement de pouvoir disposer d'une expertise psychiatrique complète et univoque, l'autorité de céans ne saurait sans celle-ci valablement juger la présente cause au fond et se rallier sans autre aux conclusions matérielles de l'autorité intimée quant à l'inexistence de toute psychopathologie présentant un caractère invalidant et donc quant à la justification de la décision attaquée supprimant la rente de l'intéressé.

Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire. Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas.

Par conséquent, l'OAIE invitera le psychiatre en charge du suivi thérapeutique du recourant, si un tel suivi existe actuellement, à rendre un rapport détaillé; ensuite, l'office mettra en œuvre une expertise médicale auprès d'un service psychiatrique universitaire pour adultes en Suisse romande. Les experts se prononceront sur l'évolution et l'état actuel de la pathologie psychiatrique de l'assuré et décideront de l'opportunité de plus amples investigations dans d'autres domaines spécifiques, en rapport avec les pathologies présentes. Les examens complémentaires jugés utiles par les experts devront être programmés de sorte à pouvoir être effectués dans le cadre de l'expertise. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'autorité inférieure, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date à la visite, en tenant compte de toutes les limitations constatées tant dans

la dernière activité exercée que dans d'éventuelles activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision. Ensuite, après la procédure d'audition, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

9.

Conformément aux art. 64 et 64 PA et à l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), il ne sera pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens – le recourant n'a pas connu de frais indispensables et relativement élevés occasionnés par la cause.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 2 mars 2007 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il complète l'instruction au sens du considérant 8.4 ci-dessus et rende ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

L'avance de frais versée par le recourant lui sera retournée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité intimée (n° de réf. ; Recommandé)
- à l'OFAS

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :