



Cour III
C-3885/2020

Arrêt du 8 mars 2023

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Vito Valenti, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (Macédoine du Nord)
représenté par Durim Shabani,
recourant,
contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, suppression de la rente (décision du
20 mai 2020).

Faits :**A.**

A.a A. _____, est un ressortissant macédonien (Macédoine du Nord), né le (...) 1968, marié, père de deux enfants nés en 1996 et 1998. Sans formation professionnelle particulière, il a travaillé en Suisse dans un premier temps en qualité d'aide maraîcher, puis dès l'année 2000 comme monteur de portes pour le compte de B. _____ AG à (...) (...), cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse. Son contrat de travail a été résilié par son employeur avec effet à fin novembre 2002 pour des motifs tenant à la technique d'exploitation. Il est rentré vivre dans son pays le 26 novembre 2005 (OAIE pces 4, 10, 11, 12, 13, 15).

A.b Le prénommé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 21 septembre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton C. _____ (ci-après : l'OAI), avec réception en octobre 2002, en raison de céphalées, de vertige, de dépression, d'agitation et de nervosité résultant d'un accident de voiture survenu le 24 octobre 2001 pendant des vacances en Macédoine du Nord. L'OAI a rejeté cette demande par décision sur opposition du 11 novembre 2004 (taux d'invalidité : 6 %), laquelle a été confirmée sur recours par un arrêt 49/2005 de l'AHV/IV-Rekurskommission du canton GG. _____ (ci-après : la Commission de recours) du 25 mai 2005 (OAIE pces 2, 10, 13, 30, 32, 37).

A.c Le 2 septembre 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, que l'OAI a rejetée par décision sur opposition du 2 août 2006 (pas d'aggravation notable, taux d'invalidité s'élevant à 1 % [OAIE pce 48 p. 3 ss] ; voir aussi rapport [OAIE pce 44 p. 1 ss] et réponse du service médical régional [SMR] du 2 août 2006 du Dr D. _____, psychiatre [OAIE pce 47]).

A.d Saisie d'un recours de l'intéressé, la Commission de recours a admis partiellement celui-ci, annulé la décision sur opposition attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants par un arrêt 221 / 2006 du 27 décembre 2006. Elle a considéré que les actes au dossier ne permettaient pas d'exclure une éventuelle détérioration de l'état de santé de l'assuré et qu'ils devaient, partant, être complétés en particulier sur le plan psychiatrique. Elle a ordonné que les documents soient transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compte tenu du récent changement de domicile de l'assuré pour la Macédoine du Nord (OAIE pces 2, 39, 44 p. 16 s., 48, 53).

A.e En vue de compléter l'instruction (OAIE pces 65 ss), l'OAIE a demandé le 24 septembre 2007 à la sécurité sociale macédonienne d'organiser un examen psychiatrique, l'état de santé du recourant l'empêchant de voyager (OAIE pces 80, 82). Consulté sur les documents reçus, le service médical de l'OAIE a, dans un avis SMR Rhône du 7 juillet 2008 du Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, retenu un diagnostic principal d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, chronifié (CIM-10 : F 32.3), une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 1^{er} janvier 2007 et préconisé un complément d'expertise (OAIE pce 99).

A.f Le 25 juillet 2008, l'OAIE a requis une nouvelle documentation médicale de la sécurité sociale macédonienne (OAIE pces 100, 101). Invité à se prononcer sur celle-ci, le service médical de l'OAIE a, dans un rapport final du 3 décembre 2008 du Dr E. _____, confirmé son appréciation précédente, tout en retenant un diagnostic principal de dépression majeure avec idées délirantes : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques synthymes chronifié (F 32.30 ; OAIE pce 122).

A.g Par décision du 16 avril 2009, l'OAIE a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2008 en raison d'une atteinte à la santé provoquant une incapacité de travail et une diminution de gain de 100 % dès le 12 janvier 2007, de même que deux rentes entières pour enfant liées à la rente du père (OAIE pces 137, 139).

A.h Les 1^{er} et 12 juillet 2013, l'OAIE a entrepris d'office une première révision de la rente d'invalidité (OAIE pces 143, 145).

Par communication du 17 septembre 2013, l'OAIE a constaté que l'évaluation du degré d'invalidité n'avait fait ressortir aucune modification de manière à influencer le droit à la rente et que celui-ci existait toujours (OAIE pce 174).

B.

B.a Le 26 septembre 2017, l'OAIE a initié d'office une seconde révision de la rente d'invalidité (OAIE pces 175, 176, 177).

B.b Consulté par rapport aux documents reçus, le service médical de l'OAIE a, dans une réponse du 19 mars 2018 de la Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, relevé une claire amélioration de l'état de santé du recourant sur la base de constats objectifs et recommandé de requérir les lettres de sortie concernant des traitements

psychiatriques stationnaires dans une clinique en Macédoine du Nord. Il a signalé qu'une expertise à réaliser en Suisse était éventuellement nécessaire (OAIE pce 184).

B.c Invité à se déterminer sur la documentation médicale complémentaire, le service médical de l'OAIE a, dans une prise de position médicale du 16 octobre 2018 de la même médecin, considéré une nouvelle incapacité de travail dans l'activité habituelle de 60 % et une activité adaptée exigible de 60 %, toutes deux dès le 15 octobre 2017, l'état de santé de l'intéressé étant stabilisé. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : demi-journée, position assise, debout, avec changements de position, avec rotation du bassin, activité au-dessus de la tête, se pencher, assis, accroupi. A titre d'exemple d'activité adaptée, il donne travailleur non qualifié/aide dans une usine/fabrique/atelier de production, de magasinier, de vendeur de billet (activité assise), enregistrement, classement, archive, service postal interne, messenger, saisie de données/scannage (activité assise ; OAIE pce 219).

B.d Sur demande de l'OAIE, son service médical a, dans une réponse du 4 octobre 2018 du Dr G._____, médecin-chef psychiatre et spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, jugé que le rapport de Macédoine du Nord précité n'était pas assez circonstancié pour confirmer une amélioration de la capacité de travail du point de vue psychiatrique. Cela étant, il a recommandé l'organisation d'une expertise bi-disciplinaire (neurologie et psychiatrie) en Suisse (OAIE pce 222).

B.e Par courrier du 23 octobre 2018, l'OAIE a informé l'intéressé de la nécessité d'organiser l'expertise, en a précisé les modalités et y a joint les questions aux experts (OAIE pces 227, 228).

B.f En réaction, l'intéressé a transmis un rapport du spécialiste du 12 novembre 2018 de la Dr H._____, psychiatre spécialiste, faisant mention d'un diagnostic de F32.2 et d'une détérioration de l'état mental malgré une thérapie régulière. Elle a précisé que l'assuré n'était pas en état de voyager et que son traitement devait être poursuivi (OAIE pce 230).

B.g Après s'être opposé à l'établissement de l'expertise en Suisse, motif pris de son impossibilité de voyager, l'assuré s'y est finalement résolu (OAIE pces 232 s., 236 s., 245, 249 et 250).

B.h Par courrier du 15 août 2019, l'OAIE a convoqué l'assuré à l'expertise bi-disciplinaire ambulante du 14 octobre 2019 (OAIE pce 265).

B.i Le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 17 octobre 2019, a conclu qu'il existait une situation comparable à 2004 du point de vue psychiatrique. Aucune restriction de la capacité de travail ne peut être justifiée dans les activités habituelle et adaptée. Du point de vue neurologique, il existe alors un discret syndrome cervical. Aucune autre atteinte ne peut être attestée, y compris une restriction cognitive telle que soutenue par l'assuré (OAIE pce 278).

B.j Dans une appréciation médico-juridique du 10 janvier 2020, le service médical, par la Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecine physique et de réhabilitation, le Dr G. _____ et Mme J. _____, juriste, a conclu à une incapacité de travail de 0 % dès le 14 octobre 2019, se fondant sur les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, à laquelle il a été conféré pleine valeur probante, et en vertu de laquelle il n'existe plus aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré, considérée entière à compter du jour de l'expertise (moment auquel cette amélioration a pu être objectivée ; OAIE pce 281).

B.k Par projet de décision du 31 janvier 2020, l'OAIE a fait part à l'assuré de son intention de supprimer le droit à la rente, l'incapacité de travail et de gain étant de 0 % (OAIE pce 282).

B.l Par opposition du 12 mars 2020 (timbre postal), l'intéressé a contesté le projet de décision, concluant à la poursuite du versement de la rente, des mesures de réadaptation n'étant, selon ses médecins, d'aucune utilité compte tenu de son état de santé. Il a joint une procuration en faveur d'un représentant et plusieurs rapports médicaux (OAIE pces 284-289).

B.m Consulté à nouveau, le service médical de l'OAIE a, dans une prise de position du 8 avril 2020 du Dr K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, estimé que les nouveaux rapports médicaux ne permettraient pas de modifier les conclusions des experts ni l'appréciation médicale du 30 janvier 2020 (OAIE pce 291).

B.n Par décision du 20 mai 2020, l'OAIE, reprenant la motivation du projet de décision et la complétant suite à l'audition, a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré et retiré l'effet suspensif à tout recours (OAIE pce 293).

C.

C.a Par courriel et acte du 23 juillet 2020 adressés à l'OAIE (TAF pces 1, 5), que celui-ci a transmis au Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF

ou le Tribunal) pour compétence (TAF pces 2 et 5), l'intéressé a formé recours contre la décision susmentionnée. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée et au maintien du droit à la rente entière. Il soutient que la documentation médicale sur laquelle s'est basée la décision attaquée n'est pas complète, alors que son état de santé n'a cessé de se détériorer. Il demande à recevoir une décision incidente d'avance de frais et joint divers moyens de preuve (rapports de la Dr L. _____ des 1^{er} juillet et 13 mars 2020, ainsi que du 11 décembre 2019 et établi à une date antérieure ; extrait d'acte d'histoire de la maladie du Dr M. _____ du 17 février 2020 ; TAF pce 1).

C.b Par courrier du 17 novembre 2020, le recourant, nouvellement représenté, a fourni une preuve du versement de l'avance de frais et une procuration (TAF pce 9).

C.c Par réponse du 10 décembre 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, arguant que la nouvelle documentation médicale jointe au recours ne donnait pas d'informations qui pourraient modifier ses conclusions (TAF pce 12).

C.d Par réplique du 8 mars 2021 (timbre postal), le recourant a implicitement persisté dans ses conclusions. Il fait valoir que les nouveaux documents médicaux joints sont susceptibles d'affecter sa situation sanitaire en lien avec la réalisation de ses droits à la rente d'invalidité, y compris des feuilles médicales d'un établissement sanitaire turc concernant une/des intervention/s médicale/s subie/s et ayant des impacts évidents sur son état de santé général et sur sa capacité de travail (rapports médicaux du Dr M. _____ des 19 février et 19 décembre 2021 ; rapport médical d'une clinique en Macédoine du Nord du 20 février 2021 ; rapport médical du Dr N. _____ en Turquie ; TAF pce 16).

C.e Par duplique du 9 avril 2021, l'OAIE a confirmé ses conclusions, avançant que son service médical a, dans une prise de position du 8 avril 2021 du Dr O. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, constaté que les nouvelles pièces médicales produites par le recourant ne rendait plausible aucun nouveau syndrome ou aucune nouvelle plainte qui n'aient déjà été pris en considération dans l'expertise bi-disciplinaire, les rapports psychiatriques confirmant très précisément les plaintes et constatations antérieures, bien qu'ils concluent à une évaluation différente du diagnostic. Quant à l'intervention urologique de routine, elle n'a aucune influence sur la capacité de travail du recourant (TAF pce 18).

C.f Par ordonnance du 20 avril 2021, le Tribunal a porté ces écritures à la connaissance du recourant (TAF pce 19).

C.g Par écrit du 6 juillet 2021, le recourant a fait parvenir de nouveaux actes médicaux, ajoutant que son état de santé ne cessait de se dégrader (rapport médical du Dr M. _____ de juin 2021 ; rapports médicaux d'une clinique macédonienne des 6 mars et 3 juin 2021 ; TAF pce 21).

C.h Par observations du 4 août 2021, l'OAIE a réitéré ses conclusions, en se fondant sur la prise de position de son service médical du 30 juillet 2021 du Dr O. _____, qui considère qu'une éventuelle dégradation de l'état de santé du recourant ne ressort pas des nouveaux documents médicaux et qu'un syndrome post-Covid n'est pas décrit, pour autant qu'il soit à cette époque suffisamment précis (TAF pce 23).

C.i Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront présentés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants en droit ci-après.

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a la qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 6 et 7), le recours est recevable.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

2.

Le litige porte en l'espèce sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGa ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant est un ressortissant macédonien, domicilié en Macédoine du Nord, ayant travaillé en Suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Macédoine du 9 décembre 1999 (ci-après : Convention CH-MA, RS 0.831.109.520.1). A teneur de l'art. 4 par. 1 de la Convention CH-MA, lorsque celle-ci n'en dispose pas autrement, les

ressortissants de l'un des Etats contractants, les membres de leur famille et leurs survivants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre Etat contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet Etat, les membres de leur famille et leurs survivants. L'accord ne comprenant aucune exception au principe de l'égalité de traitement quant aux exigences à remplir pour ouvrir droit à une rente d'invalidité en Suisse et quant aux règles de procédure applicables, il convient donc de se référer au droit suisse pour statuer sur la présente suppression de prestations.

4.1.2 S'agissant du droit interne, et conformément à l'application pro rata temporis, la LAI dans sa teneur en 2009 (soit celle dans son état au 1^{er} janvier 2009), moment de la décision octroyant une rente entière d'invalidité, s'appliquent à la présente cause pour la période antérieure (voir *infra* consid. 7.2). De plus, les modifications consécutives à la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) s'appliquent également en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu. Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363) ne s'appliquent par contre pas au cas d'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 20 mai 2020). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1, 129 V 1 consid. 1.2, 121 V 362 consid. 1b).

5.

5.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.

6.1 En principe, en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

6.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification notable 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). En revanche, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références, ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

6.3 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

6.4 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

7.

7.1 Le Tribunal fédéral a 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, constituait le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'était modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 368 consid. 2, 112 V 371 consid. 2). On note également qu'une simple communication à la recourante ou au recourant confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée

comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences posées par la jurisprudence (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3).

7.2 En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière par décision du 16 avril 2009 (OAIE pce 139). Puis, la première révision de 2013 s'est terminée par une communication du 17 septembre 2013 maintenant le droit à une rente entière (OAIE pce 174). Force est cependant de constater que cette communication avait uniquement pour base un questionnaire, de surcroît rempli par le recourant lui-même et portant seulement sur sa situation économique, et des rapports médicaux, à une exception près, génériques et quasiment tous établis par le même médecin spécialiste traitant. Certes, la communication s'appuyait encore sur un rapport final du service médical de l'autorité inférieure (OAIE pce 173), mais il sied de remarquer que celui-ci reste succinct en tenant sur deux pages et renvoie en grande partie aux prises de position antérieures, établies jusqu'à la décision de 2009. La communication ne peut dès lors être retenue comme point de départ pour la comparaison des faits. En conséquence, il y a lieu de conserver la décision du 16 avril 2009 à cet effet (OAIE pce 139), qui, elle, s'était basée notamment sur de nombreux rapports médicaux établis par différents médecins, y compris certains plus amplement motivés, sur plusieurs rapports du service médical de l'OAIE et sur des documents économiques. Cet état de fait devra ainsi être comparé à celui qui prévalait au moment où la décision litigieuse a été prise, soit le 20 mai 2020.

Au demeurant, il faut relever que l'état de fait à comparer aboutirait au même résultat si on prenait quand même comme référence la communication du 17 septembre 2013 plutôt que la décision du 16 avril 2009. En effet, les rapports médicaux génériques susmentionnés établis entre la décision et la communication ne font état que d'un diagnostic supplémentaire, à savoir une céphalée. Or, ce même médecin avait déjà retenu ce diagnostic ou similaire dans plusieurs de ses rapports dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant (par exemple : rapport médical du 16 novembre 2005 [OAIE pce 87 p. 2], rapport du spécialiste du 10 septembre 2008 [OAIE pce 103]), de même que le Dr P. _____ notamment dans sa lettre de sortie du 7 septembre 2005 (OAIE pce 86 p. 3) et le rapport médical détaillé du 20 février 2008 des Drs Q. _____, R. _____ et S. _____ (OAIE pce 94). Il est rappelé que le recourant avait d'ailleurs invoqué notamment des céphalées lors de ladite demande. Ces éléments

avaient donc été pris en considération par le service médical de l'OAIE, par le Dr E. _____, lorsqu'il a retenu le diagnostic principal de dépression majeure avec idées délirantes : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques synthymes chronifiés (F 32.30) [OAIE pce 122 ; voir aussi OAIE pce 99]. Pour le syndrome dépressif-paranoïde, voir notamment lettre de sortie du 15 janvier 2007 des Drs T. _____ et M. _____ (OAIE pce 117 p. 2). Enfin, un seul rapport du Dr M. _____ mentionne un diagnostic d'insomnia, mais sans motivation et le répéter par la suite (OAIE pce 165), de sorte qu'il peut être déduit, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe plus depuis.

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. La tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6, 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

8.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui doivent dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9 C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe.

8.4 Dans l'approche qu'il a développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a conçu, pour l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques, une série d'indicateurs qu'il a classés dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (catégorie A ci-dessus) forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie B ci-dessus ; ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La Haute Cour a également indiqué qu'il fallait toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que le catalogue d'indicateurs n'avait pas la fonction d'une simple check-list. Il a souligné en outre que ce catalogue n'était pas immuable et qu'il devait au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

8.5 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du

18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

9.

Dans le cadre de l'instruction de la seconde révision de 2017, outre les pièces susmentionnées (voir supra let. B.f, B.h et B.o) ont notamment été versés au dossier :

- un rapport de l'examen médical du 20 septembre 2013 du Dr M._____, spécialiste neuropsychiatre, fixant un diagnostic de dépression (type unipolaire ; F32.2) et de céphalées, et mentionnant notamment l'absence à ce moment d'amélioration significative, ce qui rend nécessaire la poursuite du traitement régulier sans interruption et des examens réguliers chez le psychiatre (OAIE pce 189 p. 26) ;
- un rapport du 20 septembre 2013 du Dr M._____, diagnostiquant un épisode dépressif (type unipolaire ; F32) et de céphalées, observant une aggravation de la condition avec des maux de tête sévères et ordonnant certains médicaments (OAIE pce 189 p. 25) ;
- des rapports des 17 janvier, 17 mars, 19 mai, 14 juillet et 18 septembre 2014, 2 février, 31 mars, 1^{er} juin et 6 novembre 2015, 14 avril et 1^{er} septembre 2016, 9 février 2017 du Dr M._____, retenant des diagnostics de dépression (F32.2) et de céphalées (G.44), prescrivant des médicaments et ordonnant des examens (OAIE pce 189 p. 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 30) ;
- un rapport du 2 septembre 2015 du Dr M._____, diagnostiquant une dépression (F32) et des céphalées, signalant un état de détérioration exacerbé avec des maux de tête sévères (OAIE pce 189 p. 16) ;
- des rapports des 23 février et 15 juin 2016 du Dr M._____, retenant un diagnostic de dépression (F32) et un diagnostic illisible (OAIE pce 189 p. 12 et 14) ;
- des lettres de sortie établies par le Dr M._____, respectivement les Drs M._____ et P._____, relatant diverses hospitalisations du 19 novembre au 2 décembre 2013, du 28 octobre au 7 novembre 2014, du 15 au 25 décembre 2015 et du 2 au 15 novembre 2016 en raison d'une dépression et de céphalées (OAIE pce 189 p. 3 et 27 à 30) ;

- un rapport du 17 avril 2017 du Dr M._____, mentionnant des diagnostics de F32. et de G44, ainsi que constatant une absence d'amélioration et prescrivant certains médicaments (OAIE pce 189 p. 9) ;
- un rapport du 16 juin 2017 du Dr M._____, retenant les diagnostics de F32.2 dépression et de céphalées (G44), signalant que le traitement est stable et continu, qu'il n'y a pas d'amélioration, et prescrivant certains médicaments (OAIE pce 189 p. 8) ;
- une lettre de sortie non datée du Prof. U._____, chirurgien urologue, et du Dr V._____, chef de chirurgie, indiquant essentiellement une admission en hospitalisation le 28 septembre 2017 et une sortie le même jour (OAIE pce 189 p. 5) ;
- une lettre de sortie non datée du Dr W._____, spécialiste urologue et chef de service, faisant mention d'une hospitalisation du recourant du 2 au 10 octobre 2017 avec le diagnostic de « status post URS lat.sin, abdomen acuta / Op. : Laparotomia expl. Toalet. Apendectomia. J-J sondage ureteris lat.sin » (OAIE pce 189 p. 1) ;
- un rapport du 2 octobre 2017 d'un laboratoire de diagnostic biochimique (OAIE pce 189 p. 6 et 7) ;
- un rapport du 10 octobre 2017 du Dr X._____, médecin spécialiste, envisageant un diagnostic d'abdomen acute et recommandant une thérapie médicamenteuse (OAIE pce 189 p. 4) ;
- une conclusion, estimation et avis du 23 novembre 2017 d'une commission de première instance composée du Dr Y._____, neurologue et du Dr Z._____, spécialiste physique, posant le diagnostic détaillé de dépression et de status « post laparotomia eksopartiva et jj sondash ureteris lat sin st post urs lat sin .PP calculus ureteris lat sin partis sakralis », et évaluant la capacité de travail comme étant réduite de 60 %, avec date d'invalidité au 5 octobre 2017. Il est indiqué que le recourant a connu une douleur lombaire, ayant été opéré par une sonde JJ au niveau des voies urinaires gauches aux fins de l'élimination des calculs (OAIE pce 181) ;
- un rapport du 11 décembre 2019 de la Dr H._____, retenant notamment une perte de force et d'énergie, de concentration, un dysfonctionnel et une inefficacité. La médecin recommande de continuer avec des médicaments et des examens réguliers (OAIE pce 285) ;

- un rapport du 17 février 2020 du Dr M._____, observant que l'affectif est déprimé et concluant à des diagnostics de F32.2 (dépression) et de G44 (céphalées), tout en relevant notamment que l'état de santé du recourant s'est détérioré en 2017 en raison d'une complication urologique abdominale (syndrome abdominal aigu) grave et dangereuse, ayant nécessité plusieurs opérations, avec analyses supplémentaires concernant le statut immunitaire et l'hépatite (OAIE pce 286 p. 4-6) ;
- un rapport du 20 février 2020 de la Dr H._____, annonçant que le recourant est traité dans son institution pour un trouble dépressif avec une symptomatologie dépressive manifeste et des maux de tête persistants. La médecin conclut à une détérioration à ce moment de l'état mental avec une intensification des plaintes existantes, à un recourant étant dysfonctionnel au niveau général, familial, personnel et social, ainsi qu'à la nécessité de suivre la thérapie de manière opportune et régulière, de préférence sous la supervision des membres de la famille. Un examen est prévu dans les 14 jours, voire plus tôt si besoin (OAIE pce 287).

10.

La décision attaquée se fonde pour supprimer le droit à la rente entière d'invalidité du recourant sur l'appréciation médico-juridique du 10 janvier 2020 (OAIE pce 281) et la prise de position du service médical de l'OAIE du 8 avril 2020 (OAIE pce 291), lesquels suivent les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 17 octobre 2019 (OAIE pce 278).

11.

11.1 Il sied d'examiner si le rapport d'expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique du 17 octobre 2019 (OAIE pce 278) remplit les exigences jurisprudentielles topiques pour se voir attribuer pleine valeur probante, comme l'a considéré l'autorité inférieure.

11.2 En premier lieu, et même si cela n'est pas soulevé par le recourant, il convient de remarquer que les experts, les Drs AA._____ et BB._____, sont tous deux des spécialistes reconnus et disposant de la formation spécialisée et des compétences professionnelles requises respectives pour être à même d'investiguer valablement les troubles psychiques dont souffre le recourant. En effet, le Dr AA._____ est un spécialiste FMH en neurologie/neurologie du comportement, et le Dr BB._____, un spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie.

11.3 S'agissant ensuite de la connaissance du dossier, les experts listent et résumant des documents médicaux dès 2001 qu'ils leur ont été remis dans une section 1.3 intitulée « Übersicht der verwendeten Quellen » (OAIE pce 278 p. 3 ss). Force est de constater qu'un certain nombre de rapports ne sont pas recensés (par exemple : lettre de sortie du 24 octobre 2001 des Drs CC._____ et DD._____, chef de service [OAIE pce 10 p. 76] ; rapport médical du 16 novembre 2005 du Dr M._____[OAIE pce 41 p. 2]). Certes, les experts relèvent s'être basés sur les documents qui leur ont été mis à disposition par l'OAIE ainsi que sur leurs examens neurologiques et psychiatriques du 16 octobre 2019 (OAIE pce 278 p. 1). Au vu du nombre de rapports non mentionnés et étant donné que les experts indiquent être en possession des documents complets du dossier comprenant, selon l'index du 9 avril 2019, 34 actes, le Tribunal ne parvient pas à en déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les experts avaient en mains l'ensemble du dossier du recourant. Certes, il y a eu une première expertise pluridisciplinaire en 2004 par les mêmes experts (voir OAIE pce 24). Toutefois, ils n'ont pas pu avoir connaissance de la pièce médicale non listée datant de 2005 susmentionnée. Cette première expertise ne pourra dès lors combler cette lacune. Ainsi, le rapport d'expertise bi-disciplinaire ne peut pas bénéficier d'une pleine valeur probante au niveau formel, ne remplissant déjà pas les exigences jurisprudentielles y relatives. Au surplus, il ne peut non plus lui être accordé pleine valeur probante sur les aspects d'ordre médical comme on le verra ci-après (voir *infra* consid. 11.5 ss).

11.4 En ce qui concerne le volet neurologique de l'expertise, le rapport d'expertise fait ressortir les éléments suivants.

11.4.1 Abstraction faite des doutes concrets existants quant à la pleine connaissance du dossier médical du recourant (voir *supra* consid. 11.3), il y a lieu de remarquer que les autres exigences jurisprudentielles de nature formelle sont respectées. Ainsi, l'expert neurologue rapporte les plaintes exprimées par le recourant (OAIE pce 278 p. 11) et retrace l'anamnèse, y compris sur le plan familial, scolaire, professionnel et social (OAIE pce 278 p. 12 et 13).

11.4.2 S'agissant singulièrement du grief d'ordre médical (documentation médicale incomplète et détérioration de l'état de santé) soulevé par le recourant, il y a lieu de prononcer comme suit. Le rapport d'expertise présente les constats neurologiques faits par l'expert. Tout d'abord, ce dernier précise que le recourant a été assisté par un interprète de langue mater-

nelle albanaise lors de l'expertise. Il décrit ensuite les examens qu'il a réalisés et les résultats obtenus, qui n'ont pas démontré de particularités pour les différentes parties du corps examinées. Il a ensuite effectué un examen neurologique du comportement. Il est en particulier relevé que le recourant n'a pas de problème de langage selon le traducteur, qu'il est attentif durant l'entretien de l'expertise, que la vue des problèmes n'est pas claire, qu'il présente une légère tendance à confabuler et à se préserver, que le comportement psychomoteur est diminué et que l'ambiance est méfiante. 24 heures avant l'expertise, le recourant a pris des médicaments. L'expert annonce notamment que le recourant a fait preuve d'une coopération limitée lors des examens, que son rythme de travail est réduit, que son niveau de prestations est hétérogène et que son attention simple lors des appels de séquence est fortement limitée. Sa prestation en termes de concentration sur de longs laps de temps est qualifiée de fortement diminuée qualitativement et réduite quantitativement. Le test pour trouver des points communs selon HAWIE a donné un résultat sous la moyenne. Le test pour compléter les images selon HAWIE a été réussi légèrement sous la moyenne. La pensée de la logique des sens et séquentielle dans le cadre de l'ordonnancement des histoires d'images est intacte, de même que la faculté d'abstraction. La faculté de suppression et d'interférence est restreinte. Le tempo cognitif dans le test de relier les chiffres est sous la moyenne et ne correspond pas à l'ordre des chiffres. L'expert a mené une procédure de validation (Green's non Verbal Medical Symptom Validity Test) qui a attesté un effort insuffisant. L'expert souligne que le recourant n'a pas seulement échoué la validation des symptômes, mais qu'il y a eu d'autres particularités : les résultats des « forced choices-Tests » sont tels que le recourant aurait atteint un meilleur résultat s'il avait répondu au hasard. Dans le « Rey-Auditory-Verbal-Learning-Test », on ne saurait parler d'une consolidation des contenus, car le recourant déclare, après cinq tours, se rappeler que de cinq notions et dans un rappel ultérieur même d'aucune. La simple attention lors de rappel de séquence est fortement réduite (en avant 2, en arrière 2). Au total, le recourant fait preuve de prestations clairement réduites déjà dans les simples procédures, lesquelles prestations ne conviennent en aucune façon à l'impression clinique ainsi qu'à un mode de vie autonome ou à la conduite d'un véhicule. Il doit être ainsi parti du principe qu'on est en présence de déficits cognitifs qui ne sont pas authentiques et que les déficits de prestations produites ne peuvent pas être expliqués par l'expression d'une maladie ou d'une blessure du cerveau. Elles dépassent toute limite de plausibilité de troubles de fonctions provoquées par le cerveau. L'expert explique que cette manière de se comporter conduit aussi à devoir remettre en question les plaintes indiquées dans l'anamnèse.

11.4.3 Sur la base de ces observations, l'expert ne retient aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il envisage par contre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail 1) d'exagération marquée dans le cadre de l'examen neurologique du comportement / psychométrique ainsi que dans une moindre mesure dans le cadre de l'examen clinique-neurologique ; 2) syndrome cervical actuellement légèrement marqué.

11.4.4 L'expert se prononce sur le degré de gravité en expliquant qu'une évaluation de celui-ci est rendue difficile dans une grande mesure du fait du comportement extrêmement frappant lors de l'expertise avec des indices clairs d'une exagération. Du point de vue purement clinique-neurologique, il n'y a aucun indice en faveur d'une restriction de la capacité de travail. Aussi ne peut-il exister au moment de l'expertise qu'un syndrome cervical au plus légèrement marqué, une autre maladie du système nerveux ne se laissant pas délimiter. En résumé, le degré de gravité de la limitation du recourant ne peut être qualifié au plus que d'infime du point de vue neurologique et du comportement y relatif.

11.4.5 Ensuite, l'expert neurologue présente les opinions d'autres médecins consultés auparavant et retenant pour certains des diagnostics de dépression de type unipolaire et de céphalée (Dr M._____) ou de trouble dépressif (Dr L.____). L'expert réitère ses observations concernant au plus un discret syndrome cervical, les myogéloses n'étant pas palpables. De plus, il souligne l'existence d'inconsistances en citant le Giving-Way.

11.4.6 L'expert propose une appréciation critique en soulignant qu'il n'arrive pas à comprendre pourquoi le recourant s'est vu servir une rente entière d'invalidité dès 2008 en raison d'une maladie psychiatrique avec dépression. Il ne voit pas comment la longueur de la restriction existait compte tenu d'indications anamnestiques inconsistantes et de l'état du dossier. L'auto-évaluation est imprégnée d'une conviction d'être invalide.

11.4.7 Au niveau de la capacité de travail, l'expert neurologue conclut du point de vue neurologique à une capacité entière ayant toujours existé aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, laquelle correspond au niveau de formation et de constitution du recourant.

11.4.8 En résumé, si les aspects matériels relevés par l'expert neurologue apparaissent convaincants et dûment motivés, il ne saurait cependant être reconnu pleine valeur probante à l'expertise neurologique du fait des doutes concrets existants en lien avec la connaissance de l'ensemble du dossier médical du recourant par l'expert.

11.5 S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, le Tribunal constate les points suivants (OAIE pce 278 p. 23 ss).

11.5.1 L'expert psychiatre opère un listing sommaire des documents médicaux qui lui ont été soumis ou qu'il a demandés, y compris les questions qu'il a posées par téléphone.

Il sied de remarquer que les documents ainsi listés par l'expert n'émanent que de la psychiatre traitante, la Dr H. _____, et remontent au maximum à 2018. On ne peut dès lors, et pour les mêmes raisons qu'en ce qui concerne l'ensemble du rapport d'expertise, se faire, au degré de la vraisemblance prépondérante, une image précise si l'expert était en pleine connaissance du dossier.

11.5.2 Le volet psychiatrique du rapport d'expertise fait ensuite ressortir que des examens propres ont été menés dans un laboratoire, qui suivront.

11.5.3 L'expert a aussi débuté son examen par un questionnement du recourant, avec au commencement la retranscription d'indications données spontanément par le recourant lors d'une interview ouverte. Le rapport d'expertise relève à cet égard qu'il ne peut rapporter que des réponses données par le recourant suite à un questionnement approfondi et qu'il n'y a jamais eu seulement un questionnement superficiel. Il est toutefois signalé que le recourant a répondu qu'il n'allait pas bien.

Ensuite, le volet psychiatrique du rapport se concentre sur le questionnement approfondi en indiquant les plaintes du recourant à ce moment. Ainsi, celui-ci a évoqué souffrir en continu et quotidiennement de maux de tête et de douleurs sur le côté droit du corps sous forme d'engourdissement, les maux de tête apparaissant un moment d'un côté de la tête, puis de l'autre. En outre, le recourant se sent toujours tendu et nerveux. Des fois, il rencontre également des douleurs dans le mollet droit. Il ne va pas bien. Pour lui, la vie n'a pas de sens lorsqu'on doit prendre autant de médicaments. Il a déclaré avoir aussi des conflits avec ses filles et sa femme. Il reçoit de l'aide, mais des tensions reviennent toujours, y compris avec ses proches qui vivent dans les environs. L'expert psychiatre informe que ses tentatives pour obtenir plus de détails sont restées vaines, le recourant se contentant de répéter les mêmes choses. Il précise cependant que le recourant a, sur demande, répondu qu'il ne peut pas s'endormir sans médicaments, que son appétit est changeant, son poids stable et sa digestion régulière. Il a aussi répondu qu'il n'a plus aucune joie de vivre, tout n'étant que fardeau,

et qu'il n'a pas de peur spécifique, mais que son sommeil est mauvais, ayant une peur diffuse avant de s'endormir.

L'expert rapporte encore que le recourant pense que ses douleurs remontent à l'accident. Celles-ci ne sont pas modifiées, souffrant des mêmes symptômes depuis de nombreuses années. Tout n'a fait qu'empirer. Il doit toujours prendre des médicaments et a continuellement des maux de tête et est impatient. En lien avec son entourage, le recourant a annoncé qu'il y a toujours de nouveaux conflits. Lui étant impatient, il va se promener quand des disputes éclatent. Il ne sait pas comment gérer ses douleurs et prend des médicaments en espérant ainsi guérir. Quand l'expert lui a demandé quelles étaient ses représentations de l'avenir de la maladie, celui-ci a répondu ne pas en avoir. Si on pouvait le guérir, ce serait en ordre, ou bien il pourrait se suicider, ce qui résoudrait le problème.

En somme, l'expert psychiatre a abondamment décrit les plaintes du recourant, y compris en rapport avec son entourage et ses propres représentations du présent et de l'avenir.

11.5.4 Dans la partie suivante, le volet psychiatrique du rapport d'expertise procède à la présentation de l'anamnèse.

Sur ce plan, l'expert mentionne d'abord que le recourant ne consomme pas de substances psychotropes. Il poursuit par l'anamnèse familiale et héréditaire, révélant notamment qu'aucun membre de la famille du recourant n'est affecté par des troubles psychiques et les événements survenus lors de l'accident de voiture, le recourant ne parvenant pas à donner de détail sur les blessures subies. Les cours de l'enfance, de la scolarité et du monde professionnel sont ensuite passés en revue. Il y est notamment indiqué que le recourant a, après plusieurs tentatives, dû se résoudre à arrêter de travailler, ses douleurs étant trop importantes. Depuis environ 2008, il touche une rente. Pour les mesures de réadaptation, il est relevé que le recourant n'a pas de souvenir. Cela contredit ce qui est rapporté dans le volet neurologique de l'expertise (cours de langue), mais reste négligeable et pourrait résulter de divergences dans le discours du recourant. Le volet psychiatrique du rapport d'expertise contient ensuite une anamnèse sociale, qui évoque notamment une absence de hobby, un certain retrait de la vie du village et un ménage disposant de sa seule rente comme revenu. Le recourant passe ses journées à rester assis, à ruminer et à se promener, ne regardant pas la télévision, n'écoutant pas la radio et ne s'entretenant pas avec autrui. Ces dernières années, il n'est plus parti en vacances. Lorsque l'expert lui a demandé de s'exprimer sur soi-même et sur

d'éventuelles inconsistances, le recourant n'a donné que des indications vagues ou des réponses ne répondant pas aux questions. Aucune divergence n'est notée par l'expert au niveau de la gestuelle, de la mimique, du regard et des propos du recourant en ce qui concerne ses douleurs, lesquels sont qualifiés d'éveillés, de vifs, d'attentifs et en aucune façon nébuleux. Le regard est dit limpide et les indications du cours d'une journée tellement sur la défensive et peu informatives, qu'elles doivent être interprétées comme un inconsistance. L'expert ne peut alors que conclure à un manque de coopération de la part du recourant, le psychiatre ayant été laissé délibérément dans l'incertitude dans la mesure où des indications détaillées ne sont pas partagées et des réponses ne correspondent pas aux questions posées.

Il résulte de ce qui précède que l'expert psychiatre a exposé l'anamnèse sur le plan familial et héréditaire, ainsi que professionnel, social et en lien avec le quotidien du recourant. Si ce dernier ne parvient plus, dans le cadre de la description, à se rappeler en détail la nature des blessures qu'il a subies lors de l'accident de voiture de 2001, il sied de relever que cet accident s'est produit longtemps avant l'expertise bi-disciplinaire de 2019 et qu'il se peut bien que le recourant n'en ait plus une idée précise. Cela est toutefois sans conséquence sur la connaissance de l'anamnèse par l'expert, ce d'autant plus que lesdites blessures peuvent être retrouvées à l'aide du dossier. Pour les points vagues relevés lors de l'anamnèse par l'expert, force est de constater qu'ils se rapportent uniquement à l'auto-évaluation par le recourant, sont négligeables et comprises par l'expert comme une inconsistance. En conséquence, le Tribunal remarque que l'expert psychiatre était en pleine connaissance de l'anamnèse.

11.5.5 Le rapport d'expertise dans son volet psychiatrique continue en relatant les constats faits par l'expert durant son examen, après avoir décrit l'aspect extérieur du recourant. C'est ainsi que pour l'essentiel, le recourant apparaît orienté dans le temps, l'espace, la situation et l'auto-psychiatrie. L'expert ne trouve pas de pression, ni de déstructuration de la pensée. D'après lui, l'omission d'information, la répression et le fait de rester vague doivent être interprétés comme dirigés consciemment. Le recourant ne dénote pas d'hallucination, ni de délire ou d'obsession. Il réprime ses émotions, dans la mesure où sa gestuelle et ses mimiques sont vives et ne présentent pas de particularité, ce qui ne correspond pas au comportement affectif, à la dépression, au découragement et au manque d'intérêt qu'il montre. Ce dernier se décrit comme étant tendu, nerveux, pressé, découragé, irritable, sans joie ni espoir, et suicidaire. Pour l'expert, ceci n'est pas

en adéquation avec les interactions observées entre le recourant et l'interprète lors de l'expertise. De plus, le regard est vif et n'est pas trouble. Le recourant n'a pas la muqueuse sèche. Il répond toujours rapidement, mais les réponses restent indéterminées, générales et vagues. Une fois, il n'a pas répondu, à savoir lorsqu'il lui a été demandé si son oubli ne correspondait pas à celle survenant à son âge dans la famille. La fraîcheur du comportement et le tonus sont difficiles à évaluer. Les salutations au début et à la fin de l'expertise ont consisté en une poignée de main fuyante, sans contact du regard. Il y a une divergence entre les constats faits par l'expert et les indications subjectives du recourant.

11.5.6 Sur la base de ces constats, l'expert psychiatre ne pose aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et des diagnostics sans effet sur la capacité de travail de 1) trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0), 2) soupçon de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F45.4), 3) soupçon d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (CIM-10 : F44.6) et 4) soupçon d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 : F68.0).

11.5.7 L'expert psychiatre présente les points litigieux importants en rappelant qu'en raison des constats de l'expertise, du dossier, des indications subjectives du recourant et en tenant compte de la divergence entre les indications objectives et subjectives, un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger doit être retenu selon la CIM-10. Il rappelle les plaintes du recourant et note que ce dernier ne fait en revanche pas état de découragement, de tristesse, de perte de l'estime de soi, de sentiments de culpabilité, d'inutilité ou d'un bas le matin. Au final, l'expertisé ne se plaint au sens propre du terme, mais met en évidence, sans pour autant prendre position ou décrire sa situation du point de vue subjectif. Il ne s'agit pas d'un problème social dans le sens d'une capacité manquante à exprimer ses sentiments par des mots, mais bien plutôt une non-communication active des plaintes subjectives et du contact avec l'expert. Cependant, ce dernier considère que sur la base des documents au dossier, qui remontent à 2002, il doit être présumé que le recourant souffre entre-temps d'épisodes dépressifs. Les diagnostics retenus par les médecins macédoniens sont pour lui difficilement compréhensibles, notamment car il n'est pas fait de différenciation entre les constats et les indications subjectives. Selon lui, l'humeur du recourant au jour de l'expertise ne peut être qualifiée au plus de légèrement marquée, compte tenu de la tendance manifeste à l'exagération. Il explique pourquoi deux soupçons de diagnostic doivent être fixés chez le recourant, à savoir le recourant rapporte des douleurs qui auraient un substrat somatique mais sans pouvoir être mis dans un rapport direct,

soit les douleurs à l'arrière de la tête, lesquelles doivent à coup sûr être en rapport avec une soi-disant conflictualité sociale due au fait que le recourant se trouve dans un état de détresse, dépendant d'un danger induit par la possible suppression de sa rente. De plus, aucun critère de la CIM-10 n'étant rempli en l'espèce, seul un soupçon de diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant peut être retenu. Le second soupçon de diagnostic s'explique pour lui par l'état inchangé par rapport à l'expertise de 2004 et de l'exagération du recourant. L'expert se pose enfin la question d'un trouble de la personnalité en le réfutant du fait du manque de détail dans l'indication des relations sociales dites conflictuelles de façon monotone et dans la même forme par le recourant.

L'expert psychiatre résume encore que la situation est similaire à celle de 2004, alors qu'une tendance à l'exagération se faisait déjà remarquer, et qu'il est difficile de comprendre, sur la base du dossier, pour quelle raison le recourant s'est vu accorder une rente.

11.5.8 Au niveau des indicateurs de la procédure probatoire structurée au sens de la jurisprudence fédérale, l'expert se prononce sur la catégorie A « degré de gravité fonctionnel » en soulignant que du point de vue subjectif, les symptômes sont lourds, alors que cela ne se confirme aucunement avec les constats objectifs. Pour le complexe a. « atteinte à la santé », et l'indicateur i. « Expression des éléments pertinents pour le diagnostic », il peut être renvoyé à ce qui a été dit ci-dessus (voir *supra* consid. 11.5.6 ss). S'agissant de l'indicateur ii. « Succès du traitement ou résistance à cet égard », l'expert mentionne que le recourant est en traitement régulier, sous forme médicamenteuse, dans son village. Il relève que cette thérapie n'a eu aucune influence sur le bien-être, respectivement sur la symptomatique exagérée du recourant ces dernières années. Mais, le traitement est jugé adéquat. Pour l'indicateur iii. « Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard », l'expert psychiatre estime le potentiel de réadaptation comme douteux. S'il indique plus tard qu'il n'y a pas de rapport sur une réhabilitation et des mesures de réadaptation, cela ne change rien au fait qu'il manque une justification quant au caractère jugé douteux du potentiel de réadaptation et les exigences jurisprudentielles y afférentes ne sont pas remplies ici. L'indicateur « Comorbidités » n'est pas présenté en tant que tel, mais il faut rappeler que l'expert n'a retenu aucune symptomatologie avec effet sur la capacité de travail ou de facteur aggravant.

Pour le complexe b. « personnalité », l'expert renvoie à ses précédents propos. Pour les ressources, l'expert psychiatre se borne à dire que, dans l'ensemble, les ressources et les capacités fonctionnelles ne peuvent pas

être clairement et exhaustivement évaluées. Il va sans dire qu'une telle motivation ne saurait remplir les exigences posées par la jurisprudence pour ce complexe. Il appartenait bien plutôt à l'expert d'approfondir son examen pour être en mesure d'y répondre comme il se doit. Pour les ressources mobilisables auprès des proches, l'expert relève que le recourant est soutenu par son entourage, il vit dans une association familiale avec son épouse et ses deux filles.

S'agissant du complexe c. « contexte social », il peut être renvoyé à ce qui a été précédemment exposé (voir *supra* consid. 11.5.4).

Pour la catégorie B. « cohérence (point de vue du comportement) », l'expert réitère la divergence existant entre les constats objectifs et les indications subjectives, avec présence d'une exagération. Il assure par ailleurs qu'il n'y a pas de contradiction avec les documents médicaux figurant au dossier, mais que celle-ci provient bien plus de l'interprétation faite par les Drs EE. _____ et FF. _____ des rapports médicaux macédoniens. Il relève qu'il n'y a aucun élément paranoïde tel qu'esquissé par ce dernier. Il n'y a pas non plus de dépression sévère comme cela ressort d'autres actes médicaux au dossier. Dans tous les rapports attestant une incapacité de travail de 100 %, il n'est pas clair si cela provient de constats objectifs ou des indications subjectives ou même des deux. Force est d'admettre que cette motivation est trop succincte pour pouvoir se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les rapports macédoniens auraient été mal interprétés par d'autres médecins consultés. Pour l'indicateur a. « Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie », il convient de constater que le volet psychiatrique du rapport d'expertise n'en parle point. Il en va de même de l'indicateur b. « Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ».

11.5.9 Pour la capacité de travail, il retient une capacité de travail totale aussi bien dans l'activité habituelle – les 20 % de limitation de la capacité de travail retenus dans l'expertise de 2004 ne sont plus justifiés au moment de la nouvelle expertise – que dans une activité adaptée.

11.5.10 En somme, le rapport d'expertise – qui, certes, est consistant quant à sa partie du concilium – présente des lacunes. En effet, son volet psychiatrique est motivé, mais pas suffisamment pour remplir les exigences posées par la jurisprudence. De plus, certains indicateurs de la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 font claire-

ment défaut ou ne sont pas traités en suffisance. En considérant le contraire et en suivant les conclusions, comme le SMR, l'autorité inférieure a rendu une décision qui s'avère être contraire au droit fédéral.

11.6 Par ailleurs, le dossier ne permet pas au Tribunal, au degré de la vraisemblance prépondérante, de se convaincre d'une modification – que ce soit dans le sens d'une amélioration ou d'une détérioration – de l'état de santé du recourant entre l'état de fait comparé, dans la mesure où le service médical de l'OAIE avait averti dans sa réponse du 4 octobre 2018 que le rapport neurologique de Macédoine du Nord qui semblait attester d'une amélioration de l'état de santé n'était pas assez circonstancié pour confirmer une amélioration de la capacité de travail et que l'expertise bi-disciplinaire – dont il vient d'être vu qu'elle ne peut se voir accorder pleine valeur probante – s'avérerait nécessaire (voir OAIE pce 222).

11.7 Le grief élevé par le recourant de documentation incomplète au moment de la décision dont est recours est, partant, fondé.

12.

En conséquence, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée annulée.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il est en effet nécessaire de clarifier l'éventuelle modification de l'état de santé du recourant ainsi que l'éventuelle capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et, le cas échéant, à partir de quelle date.

En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants du recourant et ordonnera une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique – à l'exclusion des experts ayant déjà expertisé le recourant dans le passé – au vu des différentes pathologies psychiques que présente le recourant. A cet égard, il appartiendra à l'autorité inférieure d'ajouter d'autres disciplines médicales qu'elle jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre le recourant (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 lit. b LPGA du nouveau droit). Les médecins devront notamment déterminer si l'état de santé a connu une modification (amélioration ou détérioration) depuis 2009 et, le cas échéant, son effet sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi qu'à partir de quelle date. L'ensemble du dossier devra ensuite être à nouveau soumis au service médical de l'OAIE pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

13.

A titre superfétatoire, le Tribunal relève que le Covid-19 que le recourant a contracté pendant la procédure de recours et ses éventuels effets à long terme n'ont pas à être pris en compte, dans la mesure où d'une part, cette maladie est postérieure à la décision litigieuse, et d'autre part, elle n'est pas en lien étroit avec les pathologies susmentionnées. Il en va de même des problèmes urologiques dont souffre le recourant, étant donné qu'ils ont fait l'objet d'une opération qui relève de la routine et qu'ils sont sans influence sur la capacité de travail. Le Tribunal ne voit en effet pas de motif de s'écarter de l'avis exprimé par le médecin SMR dans sa prise de position du 8 avril 2021, ce d'autant plus qu'il ressort des pièces médicales produites par le recourant que celui-ci a été opéré sans complication pré- et post-opératoire, ayant pu quitter l'hôpital après que son état de santé se soit stabilisé. Aucune conséquence négative n'est relevée par la suite à ce sujet (TAF pce 18).

14.

14.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6) En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée (cf. TAF pce 7) sera restituée au recourant une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

L'art. 64 al. 1 PA et 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) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF).

En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du fait que le travail du mandataire a consisté en une écriture de deux pages (TAF pce 9), une réplique de deux pages (TAF pce 16) et un courrier spon-

tané de deux pages (TAF pce 21), le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20], une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à Fr. 1'000.–.

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il est alloué une indemnité de dépens au recourant d'un montant de Fr. 1'000.– à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). 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 (art. 42 LTF).

Expédition :