



Cour III
C-4968/2010

Arrêt du 4 décembre 2012

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jean Orso,
case postale 306,
1211 Genève 28,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 3 juin 2010).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant kosovar, né le (...) 1959, a travaillé en Suisse en qualité de manœuvre sur des chantiers pour B._____ (AI pce 6) et a cotisé à l'AVS/AI de 1981 à 1990 (AI pce 156). Le 6 février 1990, il a reçu un jet de mortier sur la partie gauche de son visage avec pénétration du conduit auditif et le 27 mars 1991, il a chuté sur un chantier (AI pce 7).

B.

Par décision du 7 mars 1994 (AI pce 31), l'Office AI du canton de Genève (ci-après: OAI-GE) a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité présentée par l'assuré le 23 janvier 1992 tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel (AI pce 2) au motif que les renseignements recueillis ne permettaient pas d'admettre que l'atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail. L'assuré a interjeté recours par devant la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS le 22 mars 1994 (AI pce 33). Par décision incidente du 3 octobre 1994 (AI pce 45), la Commission cantonale a suspendu la cause jusqu'à droit connu sur litige avec la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (actuellement: SUVA) par devant le Tribunal administratif.

C.

Par décision du 11 novembre 1992 et décision sur opposition du 11 mars 1993, la SUVA a supprimé le droit de l'assuré à une indemnité journalière à partir du 14 novembre 1992. Par décision du 1^{er} mars 1994, le Tribunal administratif du Canton de Genève a ordonné qu'une expertise psychiatrique soit confiée au Dr C._____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 24 mai 1994, ce médecin posait le diagnostic de trouble psychique dans le sens d'un état anxieux réactionnel dû d'une part à l'accident du 6 février 1990 et aggravé par l'accident du 27 mars 1991, sans prédisposition morbide, avec une possibilité d'activité professionnelle adaptée à son état de santé physique, mais limitée par les troubles psychiques. Par arrêt du 11 octobre 1994, le Tribunal administratif du Canton de Genève a annulé la décision sur opposition du 11 mars 1993 dans la mesure où elle a nié le lien de causalité à partir du 14 novembre 1992 et renvoyé la cause à la SUVA. Suite à un recours interjeté par la SUVA, fondé sur une expertise du 22 juin 1994 du Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Tribunal fédéral des assurances (actuellement: Tribunal fédéral) a, par arrêt du 21 juin 1996, admis le recours et annulé le jugement du Tribunal administratif du Canton de Genève du 11 octobre

1994 considérant que, bien que les rapports des Drs C._____ et D._____ divergent essentiellement quant à la notion de l'affection psychique présenté par l'assuré, l'analyse des critères objectifs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident ne permettait pas de conclure à l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les accidents assurés et l'affection psychique constatée.

D.

Par décision du 7 mars 1996 (AI pce 48), la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS a renvoyé la cause à l'administration afin qu'elle rende une décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité au motif que sur la base des rapports médicaux, du rapport COPAI (AI pce 21) et de l'arrêt du Tribunal administratif du Canton de Genève du 11 octobre 1994, il était établi que l'assuré présentait une incapacité de travail totale et ne pouvait être réadapté en raison des troubles psychiques dont il souffrait.

E.

L'assuré ayant été expulsé de Suisse en octobre 1995, l'OAI-GE a transféré le dossier pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE, [AI pce 50]). Par décision du 7 avril 1997 (AI pce 55), l'OAIE a octroyé à A._____ une rente ordinaire entière d'invalidité dès le 1^{er} février 1991. Cette décision est entrée en force.

F.

Le 30 janvier 2001, l'OAIE a introduit une première révision d'office de la rente (AI pce 62). Le Dr E._____, médecin de l'OAIE, a retenu, dans son appréciation médicale du 27 juillet 2001 (AI pce 76), que selon le rapport médical du 30 avril 2001 (AI pce 74) du Dr F._____, neuropsychiatre traitant (en albanais ainsi que sa traduction française), il n'y avait objectivement pas de changement dans l'état de santé du patient et qu'il fallait confirmer une invalidité inchangée.

Par communication du 11 septembre 2001 (AI pce 82), l'OAIE a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait subi aucune modification et que dès lors les prestations versées n'étaient sujettes à aucun changement.

G.

Le 24 mai 2006 (AI pce 90), l'OAIE a introduit une deuxième révision d'office de la rente. Selon le rapport médical du 5 juillet 2006 (AI pce 94)

du Dr F._____, neuropsychiatre traitant (en albanais ainsi que sa traduction française), l'assuré présentait toujours une incapacité complète de travail. Appelés à se prononcer sur les documents versés au dossier, les deux médecins de l'OAIE, d'abord le Dr E._____ dans son appréciation du 25 avril 2007 (AI pce 113) et ensuite le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son avis du 18 juin 2007 (AI pce 115), ont relevé que les documents médicaux étaient insuffisants pour évaluer la situation complexe illustrée par les expertises effectuées en 1993 et 1994, et ils ont proposé une expertise pluridisciplinaire en Suisse.

Le 11 juillet 2007, l'OAIE a donné un mandat d'expertise à la Clinique H._____ (AI pce 116). Par courrier du 8 octobre 2007, cette clinique a retourné le mandat d'expertise au motif qu'elle n'entrait pas en matière pour des expertises où la problématique de la SUVA a joué un rôle décisif, que selon le Dr E._____ l'octroi des prestations reposait surtout sur des troubles psychiques et que dès lors une simple expertise d'un psychiatre indépendant serait suffisante et que la remise en question d'une rente de plus de 15 ans posait des problèmes éthiques pour un médecin (AI pce 118).

L'OAIE a donc demandé un rapport psychiatrique et un rapport neurologique auprès des assurances sociales au Kosovo (AI pce 119). Le 23 février 2009, le service médical de l'OAIE a constaté que le rapport du 16 octobre 2008 du Dr F._____, qui relève que l'état du patient ne s'est pas amélioré, qu'il poursuit une thérapie contre les maux de tête, la dépression, l'anxiété et l'hypertension et qu'il est encore inapte à travailler (AI pces 122 et 123), ne suffisait pas pour évaluer l'état de santé de l'assuré et qu'il était nécessaire de soumettre l'assuré à une visite médicale approfondie auprès d'un expert indépendant (AI pces 124 et 125). Le 20 avril 2009, l'OAIE a donné mandat pour une expertise psychiatrique et neurologique aux Drs I._____ et J._____ (AI pces 128 et 129) et a informé en conséquence l'intéressé.

H.

Dans son rapport d'expertise du 8 septembre 2009 (AI pce 132.2), le Dr I._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a constaté que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F 45.4), de suspicion de syndrome amnésique organique léger (CIM-10 F 04) et d'humeur soucieuse et dysphorique dans le sens d'une dysthymie (CIM-10 F 34.1). L'expert a considéré que seuls deux des critères fixés par la jurisprudence concernant les troubles somatoformes

étaient présents, mais dans une faible mesure, de sorte qu'un effort de volonté pour surmonter les douleurs pouvait raisonnablement être exigé. En tenant expressément compte de facteurs défavorables étrangers à la maladie, le Dr I._____ a fixé la capacité de travail à 60 % dans le même type de travail qu'auparavant. L'expert-psychiatre a constaté qu'une amélioration de l'état de santé avait eu lieu ces dernières années, en particulier depuis le début 2009.

Dans son rapport d'expertise du 9 novembre 2009 (AI pce 134), le Dr J._____, neurologue FMH, a mentionné que l'assuré était venu accompagné de sa femme et de sa belle-fille qui parlait suffisamment l'allemand, de sorte que, avec l'aide de l'assuré qui parlait bien le français, il n'y avait eu aucun problème de communication. L'assuré s'est plaint de douleurs lombaires et cervicales ainsi que de maux de tête. Le fait que tous les mouvements de l'assuré étaient ralentis et qu'il se faisait aider par sa femme pour se déshabiller et se rhabiller ne correspondait pas à l'état somatique constaté par le Dr J._____ qui n'avait retenu aucun diagnostic neurologique. Du point de vue médical, le taux de capacité de travail était resté constant depuis le retour de l'assuré au Kosovo en 1996. Sur la plan neurologique, l'assuré était en mesure, selon le Dr J._____, d'exercer une activité lucrative dans l'agriculture, dans la construction ou dans un autre domaine comme manœuvre à 100%, et ce 8,5 heures par jour et 5 jours par semaine. A cause de la longue période d'inactivité, il fallait compter avec un rendement de 50% pendant la première année de reprise de l'activité, ensuite avec un rendement normal.

Appelé à se prononcer, le médecin de l'OAIE a constaté dans son rapport du 6 décembre 2009 que l'assuré ne présentait plus de troubles conduisant à une incapacité de travail, mais, vu le long déconditionnement, il a proposé de tenir compte d'une incapacité de travail de 40% à partir du 19 août 2009 et de procéder à une révision en décembre 2010 (AI pce 135).

I.

Par projet de décision du 18 décembre 2009, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entend supprimer sa rente d'invalidité parce que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé serait de nouveau exigible à 60% et permettrait de réaliser plus de 50% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (AI pce 136).

Par lettre du 3 mars 2010 l'assuré a formulé des objections au projet de décision (AI pce 140). Il a argué que les conditions de l'art. 28 LAI n'étaient pas remplies parce que l'état de santé ne s'était pas amélioré. Il a demandé de renoncer à réduire sa rente et subsidiairement de mandater un expert indépendant et neutre. Par courrier du 19 mars 2010 (AI pce 148), il a produit un rapport du 10 mars 2010 du Dr F._____, qui relevait que l'état du patient ne s'était pas amélioré subjectivement et qu'il n'était toujours pas apte à travailler (AI pce 149).

Appelé à se prononcer, le médecin de l'OAIE a constaté dans son appréciation du 7 avril 2010 que le nouveau rapport du Dr F._____ ne changeait rien à ses conclusions du 6 décembre 2009 (AI pce 150).

J.

Par décision du 3 juin 2010, l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité et les rentes complémentaires perçue par A._____ à compter du 1^{er} août 2010 (AI pce 154).

K.

Par courrier du 6 juillet 2010, remis à la poste le jour suivant, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal), a fait valoir une violation du droit d'être entendu et a conclu à la réforme de la décision en ce sens qu'il continue, après le 31 juillet 2010, à avoir droit à une rente d'invalidité entière. Le recourant a noté qu'il souffrait, selon son neuropsychiatre, toujours de la même maladie psychique depuis 20 ans, son état de santé ne s'étant pas amélioré. A l'appui de ses allégations il a produit divers documents médicaux et a demandé subsidiairement une contre-expertise. De plus il a demandé la restitution de l'effet suspensif (TAF pce 1).

L.

Le 26 juillet 2010, l'OAIE a transmis au Tribunal une requête de l'assuré du 22 juillet 2010 demandant une traduction en français des deux rapports d'expertise en langue allemande des Drs I._____ et J._____ (TAF pce 3). Par courrier du 5 août 2010, le Tribunal a communiqué à l'assuré que la jurisprudence ne reconnaissait pas de droit à une traduction (TAF pce 4). L'assuré a réitéré sa requête de traduction par courriers des 5 août 2010 (TAF pce 6) et 16 août 2010 (TAF pce 8).

M.

Par réponse sur l'effet suspensif du 13 août 2010, l'OAIE a argué que le

dossier ne contenait aucun indice permettant d'admettre que la décision attaquée était de toute évidence mal fondée. Il a proposé le rejet de la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif, l'intérêt de l'administration étant prépondérant (TAF pce 7). Dans sa réplique du 10 septembre 2010, l'assuré a relevé que son intérêt à continuer à recevoir la rente d'invalidité était manifestement prépondérant par rapport à celui de l'OAIE, ne pouvant pas travailler et devant subvenir aux besoins d'une famille de sept personnes. A._____ a argué que l'OAIE a violé son droit d'être entendu, n'ayant pas fait traduire en français les expertises des Drs I._____ et J._____. Selon l'assuré, la jurisprudence ATF 131 V 35 ne serait pas applicable en l'espèce puisqu'il a demandé une traduction en français et non dans sa langue maternelle (TAF pce 10).

N.

Par décision incidente du 23 septembre 2010, le Tribunal a rejeté les requêtes tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours contre la décision de l'OAIE du 3 juin 2010 et à l'obtention d'une traduction en français des expertises des Drs I._____ et J._____ des 8 septembre et 9 novembre 2009 (TAF pce 12). Cette décision incidente est entrée en force.

O.

L'OAIE a soumis le dossier à son service médical. Dans son rapport du 15 décembre 2010, le Dr G._____ a indiqué que les nouveaux documents n'apportaient aucune information qui n'ait pas été prise en considération à l'occasion de l'expertise des Drs I._____ et J._____, la composante dépressive légère signalée par le Dr K._____ ayant été traitée par les experts sous le qualificatif de dysthymie (AI pce 158).

Par réponse au recours du 29 décembre 2010, l'OAIE a donc proposé son rejet et la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé que l'expertise psychiatrique du Dr I._____ concluait que la situation de l'assuré s'était notablement améliorée sur le plan psychique, le service médical de l'OAIE avait pu se prononcer concernant sa capacité de travail, ce qui impliquait que l'ensemble du dossier médical était suffisant et qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire. Le recourant présentant un taux d'invalidité inférieur à 50% et ne résidant pas en Suisse, le droit à la rente d'invalidité avait été supprimé à juste titre (TAF pce 15).

L'assuré a répliqué en date du 16 février 2011, maintenant sa position, il a argué qu'il n'y avait pas motif à révision. Il a qualifié les rapports des Drs

I._____ et J._____ d'incomplets, contradictoires et erronés. Même si l'évaluation de ces deux experts était valable, l'OAIE aurait dû retenir une capacité de travail de 50% au plus. Dans ce cas l'assuré aurait encore droit à une demi-rente d'invalidité (TAF pce 17).

P.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical, dans son rapport du 31 mars 2011 le Dr L._____ a indiqué que les pertes de connaissance indiquées par l'assuré n'avaient pas pu être vérifiées ou objectivées lors du séjour hospitalier du 14 au 19 octobre 2010. En outre il a observé que la sinusite traitée en octobre 2010 était passagère et n'avait pas d'influence durable sur la capacité de travail du recourant, les maladies chroniques comme l'hypertonie et le diabète n'influençaient pas la capacité de travail, l'état général était celui d'une personne légèrement malade et l'état psychique n'était pas mentionné. Les nouveaux documents n'apportaient aucune information qui n'aurait pas été prise en considération jusqu'à présent (AI pce 160). Par duplique du 14 avril 2011, l'OAIE a réitéré sa proposition de rejet du recours et de confirmation de la décision attaquée (TAF pce 19).

Q.

Dans sa prise de position du 31 mai 2011, l'assuré a argué notamment qu'il n'avait pas été assisté d'un interprète lors des expertises, sa belle-fille ayant officié en qualité de traducteur et qu'il paraissait dès lors difficile que, dans ces conditions, les émotions et l'état psychologique d'un patient puissent être transcrites. Le recourant a demandé l'annulation de la décision attaquée ou subsidiairement une contre-expertise (TAF pce 21). Par courrier du 21 juin 2011, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 23).

R.

Dans sa prise de position ultérieure du 4 août 2011, se référant à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011, l'assuré a argué qu'il n'avait à aucun moment bénéficié de la possibilité de participer au choix des experts et que ceux-ci avaient manifestement minimisé les faits et la gravité des atteintes subies. La force probante des expertises des Drs I._____ et J._____ se trouvant sérieusement mise à mal, il convenait de les annuler ou à tout le moins d'ordonner une contre-expertise. L'OAIE ne se serait pas non plus exprimé sur les chances de réinsertion professionnelle (TAF pce 26). Dans son courrier du 22 septembre 2011, l'OAIE a indiqué qu'il avait mis au courant l'assuré et son mandataire de l'expertise médicale prévue, qu'aucune objection n'avait été formulée à

l'encontre des personnes prévues et que l'assuré n'avait pas présenté de contre-proposition (TAF pce 29).

S.

Le 4 août 2011, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 24 et 27).

T.

Dans son mémoire du 31 octobre 2011, l'assuré a réitéré ses conclusions et a précisé que les assurés qui bénéficiaient d'une rente depuis plus de 15 ans devraient profiter d'une protection accrue (TAF pce 31). Dans sa prise de position ultérieure du 8 novembre 2011, l'OAIE a maintenu sa proposition tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 33).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), 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 du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

1.2. En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

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

1.4. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.5. En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

Dans l'assurance-invalidité, des rentes ne sont octroyées à des assurés étrangers résidant à l'étranger que si cela est prévu dans un traité avec le pays concerné. En l'occurrence, le recourant est ressortissant du Kosovo et y a aujourd'hui son domicile. La Suisse a conclu de nouveaux traités de sécurité sociales avec divers Etats successeurs de l'ex-Yougoslavie, mais pas avec le Kosovo. Dans la présente procédure, selon la jurisprudence, la convention du 8 juin 1962 entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie relative aux assurances sociales (RS 0.831.109.818.1) ainsi que l'arrangement

administratif du 5 juillet 1963 concernant les modalités d'application de la convention relative aux assurances sociales entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.12) restent applicables (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4828/2010 du 7 mars 2011; ATF 126 V 198 consid. 2b, ATF 122 V 381 consid. 1 et ATF 119 V 98 consid. 3; cf. aussi art. 17 al. 2 lit. a de la convention).

4.

Dans ses écritures, le recourant a soulevé à diverses reprises le grief de la violation du droit d'être entendu, notamment en ce qui concerne la possibilité de participer au choix des experts.

4.1. Le droit d'être entendu, droit à caractère formel inscrit à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n. 1346; ATF 134 V 97), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (art. 26 à 33 et 35 PA; art. 42 et 52 al. 2 LPGA; ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. I et II, p. 380 ss et 840 ss).

4.2. Au-delà des garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst., le droit de l'assuré de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales est réglé à l'art. 44 LPGA. Ce dernier prévoit que lorsque l'administration confie un mandat à un expert indépendant, elle doit donner connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

En l'espèce, l'OAIE a confié le mandat d'expertise aux Drs I. _____ et J. _____. Il s'avère dès lors que l'art. 44 LPGA s'applique à ce mandat d'expertise et que les droits de participation qu'il confère à l'intéressé doivent être respectés.

4.3. Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le mandat d'expertise est confié à un centre d'expertise, le nom des experts appelés à collaborer concrètement à l'expertise, ainsi que leur spécialisation, doivent être

communiqués préalablement à l'assuré, par l'Office AI s'il est en mesure de le faire au moment où il confie le mandat au COMAI, ou, plus tard, par ce dernier, mais de sorte à ce que l'intéressé puisse faire valoir ses objections éventuelles avant que n'ait lieu l'expertise (ATF 132 V 376).

Si, à cet égard, la jurisprudence du Tribunal fédéral est demeurée constante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.1.4), il n'en va pas de même du droit de l'assuré de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert par l'administration. En effet, avant l'entrée en vigueur de la LPGA, l'Office AI n'était pas tenu d'accorder à l'assuré un droit de participation lors de la formulation des questions posées aux experts; il suffisait, pour que la garantie minimale de l'art. 29 al. 2 Cst. soit respectée, que l'occasion soit donnée à l'assuré de s'exprimer sur l'expertise après que celle-ci a eu lieu. Après l'entrée en vigueur de la LPGA le 1^{er} janvier 2003, le Tribunal fédéral a dans un premier temps confirmé cette solution, estimant que le droit de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction était réglé de manière exhaustive à l'art. 44 LPGA, en ce sens que la loi ne conférait pas à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert par l'administration; les droits de la personne assurée étaient considérés comme préservés aussi longtemps que celle-ci pouvait, dans le cadre du droit d'être entendu, se prononcer sur le résultat de l'administration des preuves et demander l'administration de preuves pertinentes (ATF 133 V 446 consid. 7). Toutefois, dans son arrêt du 28 juin 2011, la Haute Cour a modifié sa jurisprudence et jugé qu'il convient dorénavant d'accorder à la personne assurée le droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées aux experts. Par conséquent, les Offices AI doivent désormais, en même temps que le mandat d'expertise, soumettre à l'assuré pour prise de position le catalogue des questions qu'ils prévoient d'adresser aux experts (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.9).

4.4. En l'espèce, le recourant ne peut soutenir qu'il n'a pas été régulièrement informé et consulté sur le choix des experts, puisque, bien avant l'expertise effectuée en août 2009, l'OAIE lui a communiqué le 20 avril 2009 le nom des deux experts (AI pce 128) et le 2 juin 2009 la date de l'expertise, le nom et la spécialité de chaque expert (AI pce 131). Ainsi, le recourant avait tout loisir, avant la tenue de l'expertise, de contester le choix fait par l'autorité inférieure à cet égard.

S'agissant par contre des questions posées par l'OAIE aux Drs I. _____ et J. _____ dans le cadre de l'expertise qui leur a été confiée, il apparaît que celles-ci, figurant dans le mandat d'expertise du 20 avril 2009 remis

aux experts, n'ont pas été communiquées au préalable au recourant, qui n'a pu ni se prononcer à leur sujet, ni formuler des questions complémentaires. On ne saurait toutefois reprocher à l'OAIE, qui ne pouvait les connaître, de ne pas avoir en l'occurrence respecté les exigences ressortant de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, dans la mesure où ces exigences n'étaient pas encore applicables lorsque le mandat d'expertise a été confié aux Drs I._____ et J._____. En outre, le Tribunal fédéral a précisé, dans son arrêt du 28 juin 2011, que le principe selon lequel les nouvelles règles de procédure sont immédiatement applicables ne signifie pas que les expertises demandées avant le 28 juin 2011, comme en l'occurrence, ont perdu leur valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 6).

4.5. En l'espèce, il n'y a donc pas eu de violation du droit d'être entendu.

5.

Les expertises des Drs I._____ et J._____ étant en allemand, le recourant en a demandé la traduction en français. Elle lui a été refusée par le Tribunal de céans par décision incidente du 23 septembre 2010 (TAF pce 12), entrée en force. Or par actes des 16 février, 31 mai et 4 août 2011, le recourant, se référant à ses écritures antérieures, a maintenu l'ensemble de ses conclusions. Il sied de préciser à ce sujet que l'art. 33a PA ne confère que le droit de l'administré à ce que la procédure à laquelle il est partie soit conduite jusqu'à la décision rendue dans l'une des quatre langues officielles de son choix sans pour autant ouvrir le droit à la traduction des pièces du dossier rédigées dans une autre langue nationale (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich, n° 2976). Le droit d'être entendu ne confère pas au justiciable le droit d'obtenir la traduction des pièces du dossier rédigées dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite (ATF 131 V 35 consid. 3.3). La décision incidente du 23 septembre 2010 étant entrée en force, ce grief ne peut plus être examiné dans le présent arrêt.

6.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sauf mention

contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

7.

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

7.2. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

8.

8.1. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il

n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

8.2. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

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

8.4. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie

au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

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

9.2. 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 que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

9.3. 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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

9.4. Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. 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 constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

10.

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 1991 suite à la décision de la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS du 7 mars 1996 (AI pce 48) qui a réformé la décision de l'OAIE-GE du 7 mars 1994 (AI pce 31). La décision de l'OAIE du 7 avril 1997 (AI pce 55) ne concerne que le calcul de la rente, elle exécute la décision de la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS du 7 mars 1996 et ne peut ainsi être retenue. De plus, le Tribunal de céans considère que la communication du 11 septembre

2001 (Al pce 82), par laquelle l'administration a informé l'assuré que son taux d'invalidité demeurerait inchangé suite à un examen de son droit aux prestations, ne saurait être considérée comme une décision déterminante pour le point de départ de la comparaison des faits (sur la jurisprudence y relative cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3), dès lors qu'elle n'a pas été éditée sur la base d'une instruction effectuée de manière conforme au droit. La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 7 mars 1996 (date de la décision de la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS) et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 3 juin 2010.

11.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente versée depuis le 1^{er} février 1991 sur les expertises des Drs I._____ et J._____, le recourant conteste les conclusions de ces expertises, il s'agit donc d'examiner si elles répondent aux critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

11.1. En premier lieu, le Tribunal de céans observe que, sur le plan physique, le recourant ne souffre plus de séquelles des accidents des 6 février 1990 et 27 mars 1991. Lors de l'expertise du 18 août 2009, le Dr J._____ n'a relevé du point de vue neurologique aucun diagnostic invalidant: le résultat de l'examen clinique neurologique est tout à fait normal à part un léger surpoids pondéral, il n'y a pas de séquelles d'une éventuelle distorsion de la colonne cervicale de 1990, pas de signes de pression intracrânienne, pas de déficits sensoriels des nerfs du cerveau, pas de problèmes moteur au niveau du tronc et des extrémités. La constitution plutôt athlétique et la fonction parfaitement intacte du système neuro-musculaire permettent selon le Dr J._____ une activité lucrative comme avant l'accident de 1990 et l'aide importante de l'épouse, dont l'assuré a eu besoin lors de l'examen pour se déshabiller et se rhabiller, ne correspond, selon le neurologue, absolument pas au résultat tout à fait normal de l'examen somatique. En ce qui concerne la capacité de travail, l'expert mentionne que l'assuré n'a pas fait d'apprentissage et, après avoir travaillé exclusivement dans l'exploitation agricole de son père, a travaillé après son immigration en Suisse en 1980 presque sans interruption dans la construction. Selon le Dr J._____, la capacité de travail du point de vue neurologique, que ce soit dans le domaine agricole, dans la construction ou dans une autre activité auxiliaire adaptée, est, en tenant compte de l'âge, de 100% avec une présence de

8,5 heures par semaine et de 5 jours par semaine. L'expert note que, en raison de la longue absence du marché du travail, il faut compter avec un rendement de 50% pendant la première année et ensuite avec un rendement normal.

11.2. Du point de vue psychiatrique, le Dr C._____, dans son expertise du 24 mai 1994, avait posé le diagnostic d'état anxieux lié à une réaction de type stress post-traumatique avec tendance à l'exagération et avait retenu une incapacité de travail totale due à des troubles psychiques. Suite à cette expertise, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Or, dans le cadre de la procédure judiciaire avec la SUVA, le Dr D._____ avait contesté la présence d'un stress post-traumatique et d'un état d'anxiété, dans la mesure où le Dr C._____ n'avait pas objectivé de symptômes psychopathologiques. Le Dr I._____, le 18 août 2009, constate la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F 45.4), de suspicion de syndrome amnésique organique léger (CIM-10 F 04) et d'humeur soucieuse et dysphorique dans le sens d'une dysthymie (CIM-10 F 34.1). L'expert note que le diagnostic de stress post-traumatique n'est pas justifié parce que l'assuré nie avoir eu ou avoir encore à l'heure actuelle des flashbacks, que selon la CIM-10 un stress post-traumatique est en général provoqué par des événements vécus particulièrement traumatisants, ce qui n'est pas le cas de l'assuré. Par contre l'expert signale que des signes de dysthymie (tristesse, anxiété et agitation) sont présents et qu'il s'agit d'une forme atténuée de dépression avec de fréquentes phases de stabilité psychique. Selon le Dr I._____, l'assuré présente un syndrome douloureux somatoforme persistant parce qu'il est fixé sur ses douleurs et a des craintes hypochondres. Etant donné que des signes cliniques pouvant indiquer un syndrome psycho-organique font défaut, l'expert a procédé à un test de Benton qui révèle un éventuel syndrome amnésique léger sans influence sur la capacité de travail. En passant en revue les critères établis par la jurisprudence concernant le syndrome douloureux persistant, le Dr I._____ constate une certaine comorbidité psychique de peu de gravité mais chronique, le manque de maladies somatiques chroniques, un syndrome douloureux chronique et l'absence d'isolation sociale. En tenant expressément compte de facteurs défavorables étrangers à la maladie, le Dr I._____ fixe la capacité de travail à 60% dans le même type de travail qu'auparavant, mais précise qu'il ne faut pas compter avec une amélioration de la situation et la reprise d'une activité lucrative. Il mentionne encore que le stress post-traumatique a totalement disparu.

11.3. Sur la base des expertises des Drs I._____ et J._____, le service médical de l'OAIE a donc constaté que le recourant était de nouveau en mesure d'exercer son activité habituelle ou une activité de substitution à 60% dès le 19 août 2009.

11.4. Le Tribunal de céans ne saurait accorder une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr I._____ notamment dans la mesure où l'existence d'une amélioration de l'état de santé du recourant n'est pas explicitée: la présence d'un stress post-traumatique ayant déjà été mis en doute en 1994, l'absence de cet élément diagnostique ne peut aujourd'hui prouver une amélioration de l'état de santé qui serait intervenue à partir du 19 août 2009. En outre, bien qu'ayant reconnu une capacité de travail de 60%, l'expert ne s'est nullement exprimé sur les réelles possibilités de réinsertion professionnelle de l'assuré dont le déconditionnement au travail peut être devenu pathologique vu son âge, son manque de ressources et le fait qu'il a bénéficié d'une rente entière pendant 19 ans.

L'OAIE ne s'est pas non plus exprimé sur cette question.

11.5. Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une

diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

12.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut que renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un expert de langue française, conformément aux Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité de février 2012 (disponibles sur le site de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie www.psychiatrie.ch), et examine la question de savoir si l'éventuelle capacité de travail résiduelle médico-théorique permet de conclure à une amélioration de la capacité de gain.

13.

Il s'ensuit que la décision du 3 juin 2010 doit être annulée et le recours partiellement admis.

14.

14.1. Le requérant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

14.2. Le requérant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de 2'500 francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis, la décision du 3 juin 2010 annulée et l'affaire renvoyée à l'OAIE pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs versée par le recourant lui sera intégralement restituée.

3.

L'OAIE versera à la partie recourante 2'500 francs à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire),
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____; Recommandé),
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) 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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :