



## Arrêt du 9 mai 2011

---

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,  
Stefan Mesmer, Johannes Frölicher, juges,  
Delphine Queloz, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_,  
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 1<sup>er</sup> septembre 2009.

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

Le ressortissant portugais, A.\_\_\_\_\_, né en 1952, a travaillé en Suisse en qualité de maçon et a cotisé à l'AVS/AI de 1991 à 2004. Le 10 juin 2005, il a présenté une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD) suite à une hémorragie cérébrale survenue en 2004.

**B.**

Le 30 janvier, le 6 et le 17 février 2006, il a été examiné auprès de la Policlinique médicale universitaire à X.\_\_\_\_\_ (PMU). Dans le rapport d'expertise du 31 mars 2006 (pce 53), les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM F 32.2), d'hypertension artérielle (CIM I 10), de status après hémorragie cérébrale aiguë dans le ventricule latéral droit en juin 2004 (CIM I 61.5), de syndrome d'apnée du sommeil appareillé par CPAP (CIM G 47.3), de précordialgies (CIM G 47.3) et d'affaiblissement attentionnel et mnésique chez un patient faiblement scolarisé. Ils ont retenu une incapacité de travail totale dans n'importe quelle profession ou poste de travail en J.\_\_\_\_\_on de l'état dépressif sévère et ont préconisé un suivi psychiatrique de soutien avec administration d'antidépresseurs et une réévaluation de la situation dans deux ans, le pronostic restant réservé. Le dossier a ensuite été soumis au médecin du service médical régional (SMR) qui a retenu, dans son rapport du 3 mai 2006 (pce 57), comme atteinte principale à la santé un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM F 32.2) et comme diagnostics associés un status après une hémorragie cérébrale aiguë sans séquelle neurologique en 2004, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une hypertension artérielle et une baisse de l'attention et a fixé l'incapacité de travail à 100 % dès le 6 juin 2004 avec des limitations fonctionnelles importantes telles qu'aboulie, anhédonie, perte de l'estime de soi, retrait social, anxiété, découragement, tristesse, pleurs, ruminations suicidaires et fatigue qui ne permettraient en aucun cas la reprise d'une quelconque activité lucrative en précisant que l'état de santé du recourant était susceptible de s'améliorer dans les deux prochaines années s'il s'astreignait à une psychothérapie et à un traitement lege artis de la dépression.

Par lettre du 15 juin 2006 (pce 60), l'OAI-VD a informé l'assuré qu'il comptait lui reconnaître un degré d'invalidité de 100 % à condition qu'il s'engage à suivre une psychothérapie et un traitement lege artis de la

dépression. Par courrier du 12 juillet 2006 (pce 66), A.\_\_\_\_\_ s'est engagé à être suivi médicalement par le Dr D.\_\_\_\_\_ du Service psychiatrique de Y.\_\_\_\_\_.

Par décisions des 25 octobre, 3 novembre, 4 et 15 décembre 2006 (pces 78, 81, 84 et 85) de l'OAI-VD, fondées sur un prononcé de l'OAI-VD du 6 septembre 2006 (pce 71), il fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2005.

### **C.**

Par rapport médical du 28 juin 2007 (pce 95), le Dr D.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de Z.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI-VD que depuis le 12 juillet 2006, il avait vu le patient à trois reprises, la dernière fois en 22 mai 2007 et a précisé que par la suite l'assuré n'avait pas pris de nouveau rendez-vous. Ce médecin a indiqué que la compliance au traitement du patient était douteuse et que s'il bénéficiait d'un traitement médicamenteux adéquat, une reprise d'activité au taux de 50 % minimum pourrait être envisagée dès le 17 juin 2007.

Suite à une instruction complémentaire demandée par l'OAI-VD, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport médical du 22 janvier 2008 et ses précisions du 27 mars 2008 (pces 118 et 129), le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM F 32.11) et a indiqué que le patient venait aux consultations assurées par le Dr E.\_\_\_\_\_ et qu'il avait refusé une psychothérapie cognitivo-comportementale. Il a mentionné que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dès le 17 juin 2007 dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée relevant toutefois que la compliance médicamenteuse restait douteuse au vu des résultats de laboratoire.

### **D.**

L'intéressé est retourné dans son pays le 31 mars 2008 (pce 122), dès lors le dossier fut transmis pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 138), la Caisse de compensation suisse (CSC) ayant repris le paiement des prestations (pce 131).

### **E.**

Par lettre du 4 juin 2008 (pce 136), l'OAI-VD a averti l'assuré que selon les informations obtenues sa compliance médicale n'était pas optimale et qu'aucune psychothérapie n'avait été mise en place alors qu'il s'agissait de traitements exigibles. L'OAI-VD a indiqué laisser le soin à l'assuré de

prendre ses dispositions et l'a averti que le dossier serait repris par l'OAIE.

#### **F.**

Le 1<sup>er</sup> septembre 2008, une révision de la rente a été introduite par l'OAIE. L'organisme de la sécurité sociale portugaise (ISS) a transmis les documents suivants, entre autres;

- le questionnaire pour la révision de la rente daté et signé du 9 décembre 2008 duquel il ressort que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative (pce 148);
- le rapport de l'électrocardiogramme du 29 juillet 2008 effectué par le Dr Sà (pce 152);
- les rapports d'analyses du 29 juillet 2008 (pce 153);
- le rapport d'examen du 30 janvier 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_ du centre Hospitalier W.\_\_\_\_\_ qui conclut à une tomographie axiale computerisée (TAC) cérébrale normale (pce 154);
- le rapport médical du 23 février 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre de l'ISS, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif modéré avec un symptôme somatique (CIM F 31.11), qui pronostique une probable chronicité des symptômes et qui fixe une incapacité de travail de 35 % du point de vue psychiatrique (pce 155);
- le rapport médical du 12 mars 2009 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, en écriture manuscrite et en partie illisible, qui indique que le patient est suivi périodiquement pour maladie chronique au Centre de santé (pce 156);
- le rapport E 213 du 17 mars 2009 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin de l'ISS, diagnostiquant une maladie cérébrale ischémique avec un épisode transitoire d'accident vasculaire cérébral en 2004, des facteurs de risque tels que de l'hypertension, de la dyslipidémie, de l'intolérance au glucose et de l'excès de poids et un profil psychologique anxio-dépressif avec un épisode dépressif modéré et des symptômes somatiques limitant la capacité à exécuter les tâches qui exigent des efforts physiques importants et retenant une incapacité de travail de 35 % dès 2004 dans une activité adaptée comme par exemple berger ou dans un travail modéré d'agriculteur (pce 157).

**G.**

Appelé à se prononcer sur la nouvelle documentation, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin du service médical de l'OAIE, a considéré, dans sa prise de position du 24 avril 2009 (pce 160), que l'assuré présentait une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle dès le 23 février 2009. Il a précisé que l'état de santé s'était amélioré au vu du rapport psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, que la TAC cérébrale était normale, que l'examen orthopédique aussi et qu'il n'y avait aucun autre diagnostic qui pourrait avoir une influence sur la capacité de travail.

**H.**

Par projet de décision du 25 mai 2009 (pce 161), l'OAIE a informé A.\_\_\_\_\_ que la rente entière serait remplacée par un quart de rente car, sur la base de la nouvelle documentation, il avait été constaté que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé serait à nouveau exigible dès le 23 février 2009 ce qui lui permettrait de réaliser plus de 50 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité.

**I.**

Par courrier du 10 juillet 2009 (pces 165 et 166), l'assuré a formé opposition contre le projet de décision du 25 mai 2009. Il a argué que son état psychique et physique se maintenait mais qu'il allait s'aggraver avec le temps. Il a précisé que ses diverses pathologies : séquelles de l'hémorragie, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle et état dépressif ainsi que son âge, sa scolarité et le marché du travail ne lui permettaient pas de trouver une activité lucrative. Il a produit le rapport médical de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2009 (pce 164), en écriture manuscrite et en partie illisible, qui indique que l'assuré présente des antécédents d'hémorragie cérébrale, une hypertension artérielle, une insuffisance cardiaque et une dépression majeure et qu'il est en incapacité de travail totale.

**J.**

Appelé à se prononcer sur la nouvelle documentation, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAIE, dans son appréciation médicale du 2 août 2009 (pce 168), a indiqué que l'hémorragie cérébrale de 2004 n'avait engendré aucun déficit neurologique (selon le rapport E 213 du 17 mars 2009) et que l'hypertension artérielle ne causait pas d'incapacité de travail significative. Il a précisé que le psychiatre avait attesté d'une incapacité de travail de 35 % et qu'il ne voyait aucune raison de modifier sa précédente prise de position.

**K.**

Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 (pce 170), l'OAIE a remplacé la rente entière d'invalidité par un quart de rente d'un montant mensuel de Fr. 279.-- dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 pour les motifs invoqués dans le projet.

**L.**

Par courrier du 16 octobre 2009 (TAF pce 6), A.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2009 concluant au réexamen de son dossier et implicitement à l'annulation de la décision et au maintien de la rente entière. Il a argué que son état de santé se compliquait de plus en plus suite à son problème respiratoire.

**M.**

Par réponse du 8 janvier 2010 (TAF pce 10), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée au motif que la situation de l'assuré s'était notablement améliorée sur le plan psychique, l'état dépressif ayant évolué de manière favorable et les répercussions sur sa capacité de travail s'étant amoindries.

Invité par le Tribunal administratif fédéral à se prononcer sur la réponse (TAF pce 11), le recourant n'a pas répliqué dans le délai impart.

**N.**

Par décision incidente du 2 mars 2010 (TAF pce 12), le Tribunal administratif fédéral a impart au recourant un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de Fr. 300.-- sur les frais de procédure présumés. En date du 22 mars 2010 (TAF pce 14), il s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

**Droit :****1.**

**1.1.** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

**1.2.** Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

**1.4.** 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.**

**2.1.** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement(CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la

Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2.** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

### **4.**

**4.1.** 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).

**4.2.** 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 le 1<sup>er</sup> juin 2002, les ressortissants suisses et de l'Union 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 de l'UE.

## **5.**

**5.1.** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique 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).

**5.2.** 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).

**5.3.** 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).

## **6.**

**6.1.** 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.

**6.2.** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté 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 (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ou de l'actuel art. 17 LPGA) doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF 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).

**6.3.** L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## **7.**

**7.1.** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre 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 considéré 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).

**7.2.** En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décisions des 25 octobre, 3 novembre, 4 et 15 décembre 2006 de l'OAI-VD. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au 25 octobre 2006 et ceux qui ont existé jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2009, date de la décision litigieuse.

## **8.**

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

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 réf. cit.).

## 9.

**9.1.** Il ressort des actes de la cause que, initialement, une rente entière avait été allouée au recourant uniquement pour une atteinte psychique. Dans l'expertise médicale du 31 mars 2006 (pce 53), les Drs B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, experts mandatés par l'OAI-VD, ont fait état d'un diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM F 32.2), d'hypertension artérielle (CIM I 10), de status après hémorragie cérébrale aiguë dans le ventricule latéral droit en juin 2004 (CIM I 61.5), de syndrome d'apnée du sommeil appareillé par CPAP (CIM G 74.3), de précordialgies et d'affaiblissement attentionnel et mnésique chez un patient faiblement scolarisé et ont fixé une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité de substitution en raison de la pathologie psychiatrique en précisant toutefois que la situation devrait être réévaluée dans les deux ans après un traitement approprié.

Par la suite le Dr D. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de Z. \_\_\_\_\_, notamment dans son rapport du 22 janvier 2008, a relevé qu'il persistait une symptomatologie subjective associant asthénie et anxiété sans trouble du cours et du contenu de la pensée et sans symptômes de la lignée psychotique avec une compliance médicamenteuse douteuse et a reconnu une capacité de travail de 50 %. En date du 27 mars 2008, le même médecin a précisé que l'assuré avait refusé une psychothérapie cognitivo-comportementale et que la compliance restait douteuse au vu des résultats de laboratoire. L'exigibilité d'un travail à 50 % devait être considérée tant dans la profession antérieure que dans une profession adaptée.

**9.2.** Dans le cadre de la révision, le recourant a été examiné par le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport du 23 février 2009, il constate à l'examen objectif un état vigilant, orienté dans le temps et dans l'espace avec un aspect extérieur et un comportement adéquat, une humeur dépressive, sans indication suicidaire, des fonctions mnésiques conservées et un discours adapté, des pensées sans altération de forme et de contenu, une asthénie avec tendance à l'isolement. Du point de vue exclusivement psychiatrique après avoir posé le diagnostic d'épisode dépressif modéré avec symptomatologie somatique, il retient une incapacité de travail de 35 %.

Dans le rapport E 213 du 17 mars 2009, la Dresse I.\_\_\_\_\_ observe à l'examen clinique un statu normal du point de vue orthopédique : les mouvements et la marche ne présentent pas d'altérations, il n'y a pas de déficits neurologiques, la colonne vertébrale et les membres supérieurs sont sans particularités, aux membres inférieurs elle constate des gonalgies, mais l'examen s'avère normal. La TAC cérébrale exécutée le 30 janvier 2009 s'est aussi révélée normale ainsi que l'électrocardiogramme du 29 juillet 2008. Sur la base de ces constatations, elle retient un taux d'invalidité de 35 % dans une activité adaptée et considère que les limitations fonctionnelles réduisent la capacité de travail du recourant dans les activités exigeant des efforts physiques soutenus et qui présentent un risque potentiel.

A la lumière de cette nouvelle documentation, le médecin de l'OAIE a considéré que la situation du point de vue psychiatrique s'était améliorée et, qu'en l'absence de tout autre diagnostic avec influence sur la capacité de travail, celle-ci devait être fixée à 40 % dans l'activité habituelle dès le 23 février 2009 (date de l'examen psychiatrique).

**9.3.** Le recourant considère que ses diverses pathologies ne lui permettent pas de travailler et que son état de santé se complique suite à son problème respiratoire. Il a produit deux certificats du 12 mars et 1<sup>er</sup> juillet 2009 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, qui tout en reprenant les diagnostics déjà retenus, se limite à conclure que l'état de santé du recourant ne lui permet pas de travailler.

**9.4.** Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne peut que se rallier aux conclusions unanimes des médecins de l'OAIE et de l'ISS ainsi que du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, et admettre que l'état de santé du recourant s'est amélioré notamment au niveau psychiatrique qui, à l'époque, avait justifié l'attribution d'une rente entière, et que les autres affections dont il

est atteint, en particulier le problème respiratoire qui était déjà connu, ne justifient pas de lui reconnaître une incapacité de travail dans son activité habituelle ou dans d'autres activités adaptées. Les résultats des examens objectifs effectués (notamment la TAC cérébrale et l'électrocardiogramme) ne mettent pas en évidence de signes pathologiques. Ainsi, il doit être reconnu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 40 % dès le 23 février 2009, taux qui permet de tenir compte du fait que le recourant ne peut plus effectuer des efforts soutenus ni exercer des activités qui présenteraient des risques, notamment de chute. Procédant à une comparaison des revenus en pour-cent, le taux d'invalidité correspond donc à 40 % (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2010 consid. 7.2).

**9.5.** Le droit du recourant à la rente entière est donc remplacé par un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, la décision litigieuse doit ainsi être confirmée et le recours rejeté.

## **10.**

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

## **11.**

**11.1.** Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par le recourant.

**11.2.** Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page 16)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.--.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI \_\_\_/\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_./\_\_\_ ;  
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé).

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :