



## Arrêt du 3 mai 2011

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Beat Weber, Franziska Schneider, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

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 14 octobre 2009).

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

Le ressortissant espagnol A.\_\_\_\_\_, né en 1955, machiniste, a été mis au bénéfice par décision du 1<sup>er</sup> mars 1991 de la Caisse de compensation Baumeister, selon le prononcé de l'Office de l'assurance-invalidité du canton du valais (OAI-VS, pce 65), d'une rente entière d'invalidité ainsi que de rentes complémentaires pour son épouse et ses trois enfants à compter du 1<sup>er</sup> août 1990 en raison d'un taux d'invalidité de 100% (pce 72). Il fut alors retenu, suite à une incapacité de travail de quelque 15 mois consécutives à des crises d'épilepsie avec hospitalisation, un status de crises épileptiques intermittentes depuis 1985, une personnalité très fruste (forte détérioration intellectuelle relevée, QI de 64, cf. pce 27), un état dépressif important, une régression intense, des crises de menaces hétéro et autoagressives, une quasi paranoïa envers le monde médical (rapport médical du Dr B.\_\_\_\_\_ du 28 novembre 1990, pce 55) à la suite d'un stage OSER interrompu dès le 1<sup>er</sup> jour (2 octobre 1990) pour raisons médicales (cf. pce 54). Par communication du 15 janvier 1992, suite à une aggravation de l'état de santé de l'intéressé suivie d'une hospitalisation fin novembre 1991, la rente complète de l'assuré fut reconduite (pces 85, 87). Il en fut de même par communication du 16 mars 1994 (pce 111). Dans le cadre de cette révision il fut relevé un séjour psychiatrique du 14 septembre 1992 au 2 juillet 1993, une dépendance totale de l'assuré envers son épouse, l'impossibilité pour l'assuré de progresser dans une restructuration psychologique (rapports médicaux des Dresses C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ des 24 et 28 février 1994, pces 107 s.). L'assuré quitta définitivement la Suisse pour s'établir en Espagne fin 1994 (cf. pce 117) et son dossier fut transmis à l'Office de l'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) qui reprit le service de la rente (pce 118).

**B.**

Par acte du 15 janvier 1998 l'OAIE initia une révision du droit à la rente (pce 121). Un rapport médical CH/E20 du 14 juillet 1998 retint le diagnostic neurologique et psychiatrique inchangé relevé en Suisse et une incapacité de travail de 46-70% pour toute activité, l'invalidité étant qualifiée de définitive (pce 130). Dans un rapport informatif du 2 octobre 1998 le Dr E.\_\_\_\_\_ nota une hospitalisation en avril 1998 pour une crise comitiale due à l'arrêt du traitement suivi, un état parfaitement stationnaire, l'assuré semblant tout à fait irrécupérable sur le plan professionnel (pce 131). Par communication du 6 octobre 1998 la rente de l'intéressé fut reconduite (pce 132). Elle fut également reconduite par

communication du 19 février 2004 (pce 154). A cette occasion un rapport E 213 du 16 juin 2003 releva le diagnostic neurologique et psychiatrique connu ainsi qu'une détérioration de la capacité de concentration et des rachialgies lombaires d'origine mixte pour insuffisance musculaire sévère en relation avec une pathologie dégénérative du rachis. Le rapport E 213 ne retint aucune capacité de travail efficiente, il nota la possession d'un permis de conduire en vigueur non utilisé selon l'assuré (pce 150).

### C.

En avril 2008 l'OAIE initia une nouvelle révision du droit à la rente de l'intéressé (pce 155) et les pièces ci-après furent notamment versées au dossier:

- un questionnaire à l'assuré daté du 21 novembre 2008 selon lequel il n'exerçait pas d'activité lucrative (pce 170),
- un rapport médical daté du 24 juin 2008 faisant état d'épilepsie, tabagisme, trouble nerveux de la vessie, lombalgies irradiantes et non-irradiantes, hypertension artérielle, insuffisance rénale, hypercholestérolémie, arthrose cervicale, arthrose des hanches, notant une crise d'épilepsie remontant à un mois et demi, pas de suivi psychiatrique sous réserve d'épisodes d'irritabilité, maladie rénale chronique stabilisée avec diminution fonctionnelle sévère et nécessité de sonde, cathéter intermittent, indiquant un statut sans hospitalisation depuis février 2004 (pce 177),
- un rapport neurologique daté du 13 août 2008 signée de la Dresse F.\_\_\_\_\_ relatant les atteintes connues et notant une évolution favorable (pce 180),
- un rapport urologique daté du 5 septembre 2008 signé du Dr G.\_\_\_\_\_ faisant état d'un trouble de la vessie traité par cathéter intermittent (pce 181),
- un rapport E 213 daté du 19 septembre 2008 faisant état des atteintes à la santé connues, relevant des crises épileptiques intermittentes, une dernière crise épileptique en mai 2008, un bon état général, un status conscient et orienté, notant des limitations à l'extension du rachis au niveau lombaire, pas de pathologie des membres supérieurs et inférieurs, notant des limitations fonctionnelles pour toutes sollicitations physiques et psychiques modérées en intensité et durée, n'indiquant pas de capacité de travail efficient même léger tout en

notant une capacité de travail à temps partiel dans une activité adaptée (pce 182),

- un rapport daté du 28 janvier 2009, signé H. \_\_\_\_\_, méd. psychiatre, notant un patient sans antécédent psychiatrique familial ou personnel, ne présentant pas de psychopathologie clinique passée et présente, sans traitement psychopharmacologique ni psychothérapie, relevant à l'examen clinique un état lucide, cohérent, orienté, une pensée fluente et cohérente, une attention, une concentration, une mémoire et un langage dans la normalité, une psychomotricité normale, une perception des sens normale, un status affectif euthymique, un jugement critique conservé, un status collaborant, une présentation adéquate, posant le diagnostic de status sans pathologie mentale et incapacité de travail de 0% (pce 183).

#### **D.**

Invitée à se déterminer sur la documentation médicale par l'OAIE, la Dresse I. \_\_\_\_\_ releva dans son rapport du 31 mai 2009 l'ensemble des atteintes à la santé passées de l'intéressé et nota que selon le rapport psychiatrique du Dr G. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008 l'assuré ne présentait plus d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique et qu'il était de ce point de vue capable de travailler à 100%, ce qui constituait un grand changement par rapport à auparavant où l'état dépressif était pour une grande part dans l'octroi de la rente. Elle nota que la dernière crise d'épilepsie remontait au printemps 2008. Elle nota que l'intéressé était selon le rapport E 213 [du 16 juin 2003] en possession d'un permis de conduire pour véhicule automobile. Elle indiqua que le rapport neurologique du 13 août 2008 ne faisait pas mention de limitations neurologiques cliniques. Elle nota que l'intéressé était en mesure d'exercer une activité non dangereuse pour lui-même et autrui, que son insuffisance rénale stabilisée ne le limitait pas dans sa capacité de travail, que seule une limitation fonctionnelle lombaire l'affectait, aucune atrophie musculaire ou senso-moteur n'ayant été retenue. Elle retint en conséquence une capacité de travail en tant que machiniste de 0% et une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée à compter de la date du rapport psychiatrique du Dr H. \_\_\_\_\_. Elle indiqua comme activités celles de magasinier, vendeur par correspondance et téléphone, réparation de petits appareils domestiques, caissier, vendeur de billets, classement, distribution de courrier interne, réception, téléphoniste, scannage (pce 185).

**E.**

En date du 30 juin 2009 l'OAIE établit une évaluation de l'invalidité économique de l'intéressé sur la base des constatations de la Dresse I.\_\_\_\_\_. Il en résulta pour une activité adaptée à 70% une perte de gain de 57% (pce 186).

**F.**

Par projet de décision du 2 juillet 2009 l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de la nouvelle documentation médicale produite que l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé, comme par exemple magasinier, vendeur par correspondance, réparation de petits appareils, caissier, vendeur de billets, classement, archivage, distribution du courrier interne, réceptionniste, standardiste, saisie de données, scannage, serait exigible et permettrait de réaliser plus de 40% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et que de ce fait la rente entière payée jusqu'alors devrait être remplacée par une demi-rente (pce 187).

**G.**

L'intéressé, agissant par son fils, s'opposa à ce projet par acte du 30 juillet 2009. Il fit valoir qu'un médecin ne connaissant pas son patient ne pouvait pas émettre un avis valable à son sujet en une demi-heure. Il indiqua faire régulièrement des crises d'épilepsie environ une fois par mois, ne pouvoir rester seul, être sujet à une crise dès un motif de nervosité, nécessiter un ou deux jours de repos pour récupérer d'une crise, ne pouvoir rester assis plus d'une heure en raison de maux de dos, pâtir d'une insuffisance rénale chronique, devoir renouveler la sonde de sa vessie toutes les 3-4 heures, souffrir de cholestérol, d'hypertension, de dépression (pce 193). Par un envoi complémentaire du 24 août 2009 il adressa à l'OAIE un rapport médical de son médecin traitant le Dr J.\_\_\_\_\_ daté du 20 août 2009. Ce rapport indiqua une pathologie épileptique connue sans altération des activités de base et le traitement suivi, un trouble mixte anxio-dépressif avec signes cliniques d'anxiété, tristesse, anhédonie, irritabilité et épisodes de troubles du comportement, le suivi d'une médication psychotrope, l'indication d'une sciatique lombaire, de cervicalgies et coxalgies pour arthrose cervicale et lombaire bilatérale, d'une discopathie lombaire post chirurgie de hernie discale, notant des douleurs à la mobilité cervicale, à la flexion lombaire, à l'abduction coxo-fémorale, un Lasègue positif à droite, des affections urologiques nécessitant un cathéter de jour et une sonde durant la nuit avec de fréquentes infections urinaires, une insuffisance rénale chronique de degré IV, résultant d'une uropathie obstructive de large évolution, de

l'hypertension

(pce

195).

Invitée par l'OAIE à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale produite, la Dresse I.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 septembre 2009, indiqua que la nouvelle documentation n'apportait pas d'élément nouveau et releva qu'il était normal que le médecin de famille de l'intéressé exposait avec empathie les plaintes et atteintes à la santé de son patient eu égard au rapport de confiance liant l'un et l'autre. Elle releva que la dernière crise épileptique de l'intéressé selon le rapport E 213 remontait à mai 2008 et que selon le dernier rapport psychiatrique l'assuré ne présentait aucune pathologie psychiatrique. Elle confirma la possibilité d'une activité lucrative sans risque pour l'assuré et les tiers. Elle indiqua que l'insuffisance rénale et les troubles urinaires, majorés dans le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ par rapport aux autres rapports médicaux, n'étaient à leur stade non invalidants. Elle maintint les conclusions de son précédent rapport du 31 mai 2009 précisant que le dossier n'appelait pas de compléments d'instruction médicaux (pce 198).

**H.**

Par décision du 14 octobre 2009, l'OAIE confirma son projet de décision indiquant que suite au réexamen de celui-ci compte tenu de la nouvelle documentation médicale il avait été constaté par son service médical qu'il était à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé qui lui permettrait de réaliser plus de 40% du revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide et qu'en conséquence la rente entière qui lui était allouée allait être remplacée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2009 par une demi-rente (pce 200).

**I.**

Contre cette décision, l'intéressé interjeta recours auprès du Tribunal de céans par acte du 20 novembre 2009. Il fit valoir être au bénéfice d'une rente entière depuis plus de 19 ans et qu'à chaque révision il avait été constaté que son taux d'invalidité était resté inchangé. Il nota que depuis l'octroi de sa rente son état de santé ne s'était pas amélioré mais avait empiré. Il releva que l'exercice d'une activité professionnelle supposait un minimum de rentabilité qu'il ne pouvait offrir à un employeur. Il conclut au maintien de sa rente entière et joignit à son recours un rapport neurologique daté du 16 septembre 2008 des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, indiquant les atteintes à la santé connues de l'intéressé, et un rapport médical daté du 16 novembre 2009 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecine interne, indiquant les atteintes à la santé connues de l'intéressé, relevant

un status orienté bradypsychique [ralenti], notant une incapacité de travail permanente absolue pour tout type de travail (pce TAF 1).

## J.

Requis par décision incidente du 14 décembre 2009 et complémentaire du 25 janvier 2010 d'effectuer une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-, le recourant s'en acquitta dans les délais impartis par un versement de Fr. 293.- suivi d'un montant de Fr. 23.-, soit au total Fr. 316.- (pces TAF 3-9).

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 27 mai 2010 conclut à son rejet. Il fit valoir que l'intéressé avait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée depuis janvier 2009 et que son invalidité économique se montait en conséquence à 57% lui ouvrant le droit à une demie rente d'invalidité. Il se référa au plan médical sur la prise de position de son service médical du 13 mai 2010 de la Dresse I.\_\_\_\_\_. Dans son rapport ce médecin nota que le nouveau rapport médical n'apportait pas d'élément nouveau, qu'il ne faisait état que d'une liste des atteintes à la santé connues de l'intéressé, qu'il n'évoquait plus de psychopathologie, qu'il n'était pas compréhensible qu'il conclue à une incapacité de travail totale. Se référant au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, elle souligna que l'intéressé ne présentait aucune pathologie psychiatrique et une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique et indiqua que les atteintes rénales, décrites avec quelques contradictions, n'entravaient pas la capacité de travail. Elle souligna un status sous contrôle des crises épileptiques, ce que démontrait la possession d'un permis de conduire valable. Elle conclut à la possibilité d'une activité adaptée telle que spécifiée dans ses précédents rapports (pce 203).

Par réplique du 12 juillet 2010 l'intéressé maintint son recours faisant valoir que, portant une sonde permanente avec ce que cela impliquait, il ne pouvait exercer quelque activité que ce soit. Il joignit à son envoi un rapport médical déjà au dossier (pce TAF 16).

## Droit :

### 1.

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

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

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

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

## **2.**

**2.1.** L'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.

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

### **4.**

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).

## **5.**

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. Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI, selon laquelle 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 en Suisse (art. 13 LPGA), n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

## **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.** La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**6.3.** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

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

**6.5.** Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, la dernière reconduction de la rente entière par communication du 19 février 2004 de l'OAIE, laquelle est dans la continuité de la décision initiale d'octroi de rente du 1<sup>er</sup> mai 1991 de la Caisse de compensation Baumeister selon le prononcé de l'OAI-VS, est la base de comparaison avec la décision de réduction à une demi-rente du 14 octobre 2009 de l'OAIE.

## **7.**

**7.1.** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la

santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

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

## **8.**

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

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

**8.3.** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. 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 V 351 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 rapport 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

**8.4.** Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

## **9.**

**9.1.** L'objet du litige porte sur le bienfondé de la réduction de la rente entière à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2009. L'administration fait valoir, notamment sur la base des constatations du 28 janvier 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre, reprises par la Dresse I.\_\_\_\_\_, de son service médical, une amélioration de l'état de santé de l'intéressé par rapport à l'état existant lors de l'octroi de la rente entière. Selon la Dresse I.\_\_\_\_\_, l'assuré ne présenterait plus de pathologie psychiatrique qui était à l'origine pour une grande part de l'octroi de la rente entière et le dossier médical serait complet exposant clairement l'état actuel de santé

de l'assuré. Le recourant s'oppose à cette appréciation en arguant que son état de santé est non seulement resté inchangé mais s'est de plus aggravé d'atteintes arthrosiques et notamment rénales, avec les inconvénients d'une poche, atteintes à sa santé ne lui permettant pas d'exercer quelque activité.

**9.2.** Le tribunal de céans relève que le dossier médical de l'assuré présente d'importantes contradictions avec l'appréciation du service médical de l'OAIE. Les rapports E 213 au dossier de 2003 et 2008 font état d'atteintes à la santé tant somatiques que psychiques et concluent à une incapacité de travail totale. Ces rapports, quoique moins marqués quant à l'énoncé d'une incapacité totale de travail, retiennent néanmoins une incapacité de travail importante. Ils confirment les constatations médicales établies en Suisse en 1990-1994 chez un patient à la personnalité très fruste, au nombreux séjours en hôpitaux psychiatriques, dépendant totalement de son épouse, incapable de progresser dans une restructuration psychologique. Un rapport de 1998 nota un status stationnaire chez un assuré semblant tout à fait irrécupérable sur le plan professionnel. Ce status fut par ailleurs reconnu encore en 2004 à la suite du rapport E 213 de 2003 dans lequel fut relevé accessoirement que l'intéressé disposait d'un permis de conduire valable, qui n'était toutefois pas utilisé selon les dires de l'assuré. L'affirmation ne fut pas infirmée et le fait en question ne saurait être repris en 2009 sans quelque indice à ce sujet. Par la suite il appert du dossier que l'intéressé a subi des atteintes à la santé sur le plan rénal avec pose d'une poche, dont l'incidence n'est pas négligeable. La pathologie arthrosique ne semble en revanche pas avoir d'incidence relevante dans l'exercice d'une activité légère.

Sur le plan neuro-psychiatrique, si l'on excepte le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, il n'est pas établi une amélioration de la symptomatologie, sous réserve de la dernière importante crise comitiale de l'intéressé qui remonterait à mai 2008. S'agissant du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, sur lequel se base la Dresse I.\_\_\_\_\_ pour formuler son appréciation, le tribunal de céans ne peut toutefois que relever son caractère succinct. En outre, ce rapport se base sur une prémisse erronée lorsqu'il indique que le patient n'a aucun antécédent psychiatrique personnel sans psychopathologie clinique passée, alors que la réalité est manifestement autre au point d'avoir dû effectuer plusieurs séjours en établissement psychiatrique. À ce propos, il convient de rappeler que, pour répondre aux exigences de la jurisprudence (ATF 122 V 157 et 125 V 351), une expertise psychiatrique doit en principe faire l'objet d'une étude fouillée se fondant sur des examens complets,

prenant en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, son mode de vie au quotidien, devant être établie en pleine connaissance des dossiers antérieurs, les conclusions de l'expert devant être dûment motivées (cf. à ce sujet les lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques [Bulletin des médecins suisses 2004 p. 1905 ss]). Or, ces exigences ne sont pas remplies en l'espèce par aucun document aux actes ni par le rapport du Dr J. Gomez-Trigo Ochoa.

Se basant sur le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, l'appréciation de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du dossier ne peut par conséquent être suivie. Un complément d'instruction du point de vue médical, par une expertise pluridisciplinaire notamment psychiatrique et neurologique, s'avère nécessaire. De même une évaluation de la capacité de travail résiduelle tenant compte des possibilités de réintégration de l'assuré devra être établie, la première étant tributaire des secondes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_768/2009 consid. 4 du 10 septembre 2010 et spécialement 9C\_368/2010 consid. 5.2.2.2 du 31 janvier 2011). Le recours doit donc être admis, la décision du 14 octobre 2009 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour qu'elle complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

## **10.**

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

**10.2.** Le recourant n'étant pas représenté et n'ayant pas eu à supporter des frais relativement élevés pour défendre ses droits, il ne lui est pas alloué d'indemnité de dépens (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]).

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens du considérant 9.2.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais de Fr. 316.- est restituée au recourant.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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. 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :