



## Arrêt du 27 août 2021

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Vito Valenti, Viktoria Helfenstein, juges,  
Erik Erismann, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Suisse)  
représenté par Maître Vincent Brulhart, MCE Avocats,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, suppression de la rente  
(décision du 28 mai 2018).

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

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé, l'assuré ou le recourant), double national suisse et libanais, né le (...) 1963 au Liban, est marié et père de deux enfants nés en 2001 et 2005 (AI pces 13, 15 p. 3 et 17 p. 2). Il a été employé du 2 novembre 1998 au 30 septembre 2005 en tant que monteur en ventilation à temps plein auprès de B. \_\_\_\_\_ à (...) (AI pces 14 p. 36 et 66). En date du 29 juillet 2005, son employeur a résilié le contrat de travail au 30 septembre 2005 en raison de l'absence de l'intéressé pour des problèmes de santé à partir du 1<sup>er</sup> février 2005 (AI pce 14 p. 45). Il n'a ensuite plus repris d'activité lucrative (AI pce 97, p.6).

**A.b** Alors domicilié en Suisse, l'intéressé a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton C. \_\_\_\_\_ une demande de prestations AI datée du 2 mars 2006 et reçue par l'agence communale d'assurances sociales de (...) le même jour qui l'a transmise à l'OAI (...) le 16 mars 2011 (AI pces 13 p. 1 et 7, 14 p. 58). Par décision du 31 août 2007, l'OAI (...) a reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité avec un taux d'invalidité de 100% et a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2006 (AI pces 31 et 32).

**A.c** Cette décision se fonde sur un rapport du service médical régional (SMR) du 26 mars 2007, qui reprend intégralement la teneur d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) intervenue le 19 décembre 2006 (AI pces 28, 29 p. 3 s.). Ainsi, le médecin SMR a retenu comme diagnostics principaux un trouble obsessionnel compulsif (ci-après : le TOC) et un trouble dépressif récurrent moyen (F. 42). Il a par ailleurs retenu comme pathologie associée du ressort de l'AI des lombosciatalgies L5 gauches irritatives sur sténose relative du trou de conjugaison L4-L5 gauche (M 54.4). Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles se concrétisaient par des obsessions à thèmes religieux, des obsessions compulsives et des rituels de vérification mentaux se répétant par phrases types plusieurs heures par jour. Sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles se caractérisaient par : pas de port de charges supérieure à 10 kg de façon répétitive, pas d'activité en hauteur, pas de position statique assise au-delà de 45 min sans qu'il soit possible de varier les positions assise/debout, pas de position statique debout excédant 15 à 20 min, diminution du périmètre de marche d'environ trois quarts d'heure, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc, pas de position accrou-

pie ou en genuflexion à répétition. Le médecin SMR a confirmé que la capacité de travail du recourant était de 0% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et que le recourant n'était susceptible d'aucune reconversion professionnelle compte tenu de l'atteinte psychique grave et chronique dont il faisait l'objet.

**A.d** La rente entière d'invalidité a été réexaminée une première fois en 2010 (AI pce 36). Par communication du 3 novembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a constaté que le degré d'invalidité du recourant n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente et confirmé que l'assuré conservait sa rente entière (AI pce 31 p. 6 et p. 9). Dite communication se fonde sur deux rapports médicaux du médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne et du médecin psychiatre traitant de l'assuré soulignant la persistance et l'aggravation de l'état de santé global du recourant depuis le décès de sa mère en juin 2010 (AI pces 37 p. 5 ss, 39 ss et 97 p. 7).

**A.e** Fin 2010, début 2011, le recourant est retourné vivre au Liban afin de bénéficier du soutien de ses proches (TAF pce 1 p. 3 et AI pce 97 p. 6). En date du 25 mars 2011, l'OAI (...) a transmis le dossier à l'OAIE en raison du transfert de compétence (AI pce 40).

**A.f** A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2014, l'OAIE a initié une seconde révision (AI pce 42 p. 1). Elle en a informé le recourant par courrier du 12 février 2015 (AI pce 44). Avec le concours de l'Ambassade de Suisse à (...) (Liban), l'OAIE a obtenu des rapports psychiatriques et orthopédique (AI pces 53, 57, 63 et 64). Par prise de position du 25 janvier 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin du service médical interne de l'OAIE, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (selon le registre des professions médicales consulté le 8 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR>), a considéré que les rapports médicaux établis au Liban n'étaient pas suffisamment détaillés pour lui permettre de se prononcer sur les limitations fonctionnelles affectant le recourant et qu'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) s'imposait (AI pce 67).

**A.g** L'OAIE a confié le mandat d'expertise au Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la Dre F. \_\_\_\_\_ spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie (selon le registre des professions médicales consulté le 8 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR> ; AI pces 71, 74, 75 et 77). Après examen du recourant les 5 et 6 octobre 2016, les experts ont rendu leur rapport d'expertise respectif les 8 octobre et 23 décembre 2016, à la suite d'une discussion

consensuelle intervenue le 6 octobre 2016 sans compte rendu (AI pces 97 p. 2, 105 p. 2 s.).

**A.h** Sur le plan psychiatrique, le Dr E.\_\_\_\_\_ soutient que le recourant ne souffre pas de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles, et ce, malgré la présence d'une souffrance psychique fluctuante depuis l'adolescence (AI pce 97 p. 14). Il retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un TOC, forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs, ayant pour conséquence que l'incapacité de travail, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, s'élève à 20% [recte : 0% ; AI pce 97 p. 22] avec une diminution de rendement de 20% dans le cadre d'une journée de huit heures et quart (F42.2 ; AI pce 97 p. 13,16, 21 et 22). Les limitations fonctionnelles prennent la forme d'une interférence des rituels obsessionnels avec les facultés d'attention et de concentration (AI pce 97 p. 16). En revanche, le Dr E.\_\_\_\_\_ relève que le diagnostic de trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission (F33.4) et qu'il n'a aucune répercussion sur la capacité de travail (AI pce 97 p. 13 et 17). Il s'avère que seuls des éléments de dépression disparates, aspécifiques, réduits et non incapacitants existent, sans que le seuil diagnostique pour un épisode dépressif ne soit atteint, et ce, tant pour un degré léger que pour celui d'une dysthymie (AI pce 97 p. 17). Partant, aucune limitation fonctionnelle psychique ne peut être associée à ce trouble dépressif récurrent (AI pce 97 p. 17).

**A.i** Sur le plan rhumatologique, la Dre F.\_\_\_\_\_ retient comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail une spondylarthrose évolutive (M47.9), sévère, survenant sur un rachis scoliotique avec une composante rotatoire, à la suite de laminectomies conséquentes à une hernie discale, avec une anomalie transitionnelle asymétrique de la charnière lombo-sacrée et une importante dysbalance musculaire associée – avec insuffisance du gainage – prédominant à gauche au niveau du psoas (AI pce 105 p. 33 ss). A cet égard, la Dre F.\_\_\_\_\_ relève que, dans ce contexte, l'on ne peut pas écarter que les douleurs fessières à gauche survenant à la marche ne soient révélatrices d'une claudication neurogène radiculaire tronquée, que les dysesthésies récentes au niveau des gros orteils ne soient la conséquence d'une atteinte radiculaire avec une évolution lente et progressive ou d'une sollicitation mécanique excessive de la néo-articulation au niveau de la vertèbre transitionnelle montrant des signes arthrosiques (AI pce 105 p. 33). De plus, elle souligne que les dysbalances musculaires sont susceptibles de s'aggraver avec la sarcopénie de l'âge (AI pce 105 p. 34). La Dre F.\_\_\_\_\_ est d'avis que le recourant conserve les mêmes limitations fonctionnelles telles que relevées dans le rapport d'expertise du 29 janvier 2007 relatif à l'expertise bidisciplinaire réalisée le 19 décembre 2006 au CEMED par la Dre G.\_\_\_\_\_ et le

Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. *supra* let. A.c), tout en précisant que le recourant ne doit plus monter sur des échelles, respectivement ne doit pas porter des charges supérieures à 5 kg de manière répétitive et 10 kg de manière occasionnelle (AI pce 105 p. 33). La Dre F. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée en raison de l'aggravation significative fonctionnelle du rachis (AI pce 105 p. 33 et 36) Pour le surplus, elle a retenu comme diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail (i) un excès pondéral R.63.2, (ii) une dysfonction érectile (F.52.2) connue et ancienne d'origine mixte ne pouvant être rattachée à un problème neurologique, (iii) un status calme après ablation de deux mélanomes malins en région parasternale droite de l'omoplate gauche et après excisions de multiples nævi dysplasiques et (iv) d'un status après écrasement de l'index gauche lors d'un accident de travail sans qu'il en résulte un état séquellaire algo-fonctionnel (AI pce 105 p. 30 et 35).

**A.j** Dans sa prise de position médicale du 5 janvier 2017, le Dr. D. \_\_\_\_\_, a repris comme diagnostic principal celui posé par la Dre F. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 23 décembre 2016, à savoir une spondylarthrose évolutive (M47.9), et comme diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, ceux retenus par le Dr E. \_\_\_\_\_, à savoir (i) un TOC, forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2) et (ii) un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes actuellement d'intensité légère (F33.0 ; AI pce 107 p. 1 et 2), rectifié par le Dr D. \_\_\_\_\_ en un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), selon sa prise de position du 22 mai 2017 (AI pce 111 p. 1 et 3). Le Dr D. \_\_\_\_\_ considère que d'un point de vue psychiatrique les diagnostics retenus dans les expertises réalisées en 2008 [recte : 2006] et 2016 sont globalement cohérents et qu'il en ressort une légère amélioration de l'état thymique du recourant (AI pce 107 p. 2). Le Dr D. \_\_\_\_\_ retient les limitations fonctionnelles suivantes : une diminution de rendement de 50% [recte : 20% ; AI pce 111 p. 2], avec une difficulté d'effectuer les tâches exigeant de la rapidité, ainsi que les tâches complexes ; celles impliquant du stress sont limitées de façon moyenne à sévère (AI pce 107 p. 3). Il relève également que le recourant demeure capable de travailler de façon autonome, en contact avec d'autres personnes, de façon précise, avec des responsabilités et en équipe sans limitations (AI pce 107 p. 3). Le Dr D. \_\_\_\_\_ relève que l'aptitude du recourant à la conduite automobile n'est pas altérée compte tenu de son état psychique et de son traitement médicamenteux (AI pce 107 p. 3). Pour le surplus, le Dr D. \_\_\_\_\_ demande un avis rhumatologique interne à l'autorité inférieure relatif à l'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ afin de pouvoir se prononcer sur les taux d'incapacité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (AI pce 107 p. 3).

**A.k** Par prise de position médicale du 24 janvier 2017, la Dre I. \_\_\_\_\_, médecin du service médical interne de l'OAIE et spécialiste en rhumatologie (selon le registre des professions médicales consulté le 4 mars 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR>) ; ci-après : la Dre I. \_\_\_\_\_), a retenu que l'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie – en particulier s'agissant d'une incapacité de travail de 70% du recourant dans une activité adaptée – pour les raisons suivantes : (i) les plaintes du recourant à la suite des deux chirurgies du rachis sont similaires depuis la dernière expertise bidisciplinaire du 19 décembre 2006 (cf. *supra* let. A.c) ; (ii) les douleurs ressenties s'avèrent être ponctuelles et non plus permanentes ; (iii) le status est stable considérant que l'hypoesthésie diffuse du membre inférieur G était déjà présente lors de la dernière révision et qu'il n'y a ni déficit moteur ni abolition des réflexes ostéo-tendineux (ci-après : ROT ; AI pce 109 p. 5). Par ailleurs, la Dre I. \_\_\_\_\_ relève que le recourant a augmenté ses activités, tant physiques que sociales, par rapport à 2007 et qu'il ne prend plus d'antalgique régulièrement (AI pce 109 p. 3). Il en résulte que la Dre I. \_\_\_\_\_ retient certes une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de monteur en ventilation dès le 1<sup>er</sup> février 2005, mais de 0% dans une activité adaptée dès ladite date (AI pce 109 p. 1 s.). Les limitations fonctionnelles retenues s'avèrent être les mêmes que celles précédemment mentionnées dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 29 janvier 2007 (cf. *supra* let. A.c), respectivement dans le rapport d'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ (cf. *supra* considérant A.k ; AI pce 109 p. 9).

**A.l** Après avoir pris connaissance de l'avis médical de la Dre I. \_\_\_\_\_ (AI pce 110), le Dr D. \_\_\_\_\_ a rendu le 22 mai 2017 une prise de position médicale définitive concluant que le recourant présente une incapacité de travail dès février 2005 de 100% dans l'activité habituelle de monteur en ventilation pour des raisons somatiques et de 100% dans une activité adaptée tant sur le plan somatique que psychique, ainsi que de 80% [recte : 0%, cf. prise de position du 28 juin 2017] dans une activité adaptée à compter du 8 octobre 2016 avec cependant une diminution de rendement de 20% en raison du TOC (AI pces 111 p. 2, 113 p. 1, 114 p. 1). Le Dr D. \_\_\_\_\_ reprend les limitations fonctionnelles somatiques et psychiques du recourant consignées dans sa prise de position médicale du 5 [recte : 6] janvier 2017 (AI pce 111 p. 2 ; cf. *supra* let. A.j) – qui elle-même renvoie aux expertises respectives de la Dre F. \_\_\_\_\_ et du Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. *supra* let. A.h et A.i) – complétée par la prise de position médicale de la Dre I. \_\_\_\_\_ s'agissant des aspects somatiques (cf. *supra* let. A.k). Pour le surplus, il liste un certain nombre d'activités de substitution exigibles du recourant au regard de ses limitations fonctionnelles, telles que notamment concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, vendeur par correspondance, réparateur

de petits appareils ou d'articles domestiques, réceptionniste ou téléphoniste (AI pce 11 p. 6).

**A.m** Par projet de décision du 4 juillet 2017, réémis le 17 octobre 2017 de manière à être valablement notifié au recourant avec le concours de l'Ambassade de Suisse au Liban, l'autorité inférieure a fait savoir à l'intéressé qu'elle entendait supprimer la rente d'invalidité payée jusqu'à présent (AI pces 115 p. 2 et 119 p. 1). Ledit projet se basait notamment sur les rapports respectifs d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2016 et de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2016 (AI pce 119 p. 2). Sont retenus sur le plan psychiatrique une amélioration de l'état thymique et de l'humeur, une augmentation des activités dans la vie quotidienne, une absence manifeste de fluctuations, l'arrêt du traitement médicamenteux antipsychotique initialement prescrit en Suisse ainsi qu'un amenuisement du traitement psychiatrique-psychothérapeutique (AI pce 119 p. 2). Ledit projet reprend les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans ses prises de position médicale des 5 janvier et 22 mai 2017 (AI pces 107 et 111) ainsi que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2005, et de 20% [recte : 0% avec une diminution de rendement de 20%] dès le 8 octobre 2016 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, et retient une diminution de la capacité de gain de 45% (AI pces 112 p. 1 et 115 p. 2).

**A.n** Au cours de la procédure d'audition, le recourant – s'opposant au projet de décision de suppression de rente – a transmis les pièces médicales suivantes :

- des images d'une IRM lombaire (AI pce 127), accompagnées d'un rapport médical du 22 juin 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin radiologiste responsable du département de radiologie au centre médical K. \_\_\_\_\_ au Liban (AI pce 128) ;
- une ordonnance médicale illisible du 29 novembre 2017 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-chirurgien orthopédiste (AI pce 129 p. 1) ;
- un rapport orthopédique manuscrit du 22 janvier 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_ relevant une amélioration sur le plan neurologique, malgré une persistance d'une douleur lombo-sacrée et d'une gêne en position prolongée assise/debout, tout en rappelant la poursuite du traitement et du suivi médical (AI pce 130) ;
- le rapport médical du 22 janvier 2018 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre, duquel il ressort que le recourant remplit la plupart du temps les critères d'une dépression sévère, qu'il souffre d'un TOC de nature sévère, qu'il est sujet ponctuellement à des idées suicidaires intenses jugulées grâce à sa foi religieuse, qu'il présente de nombreux symptômes d'anxiété – à savoir une forte irritabilité,

une insomnie chronique, une faible capacité de concentration, une mémoire à court terme déficiente – et qu'il fait état de plaintes somatiques (AI pce 131 p. 1 et 2) ;

- le rapport médical du 22 janvier 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin de famille et néphrologue, rappelant les diagnostics connus du recourant et insistant sur le fait qu'il est atteint de limitations importantes dans le cadre de ses activités quotidiennes (AI pce 131 p. 3 et 4).

Par prise de position du 19 mars 2018 au sujet de l'audition du recourant, le Dr D.\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas lieu de modifier ses précédentes prises de position des 22 mai et 28 juin 2017 (AI pces 111 et 114) à la suite des nouveaux avis et rapports médicaux psychiatrique, rhumatologique, orthopédiques et de médecine interne transmis par le recourant à l'autorité inférieure (AI pce 137 p. 2). Néanmoins, pour pouvoir se déterminer définitivement, le Dr D.\_\_\_\_\_ indique à l'autorité inférieure qu'il sied d'obtenir un avis d'un médecin interne somaticien (médecine interne/médecine générale/rhumatologie) afin de pouvoir se prononcer définitivement sur les éléments nouvellement apportés par le recourant.

**A.o** Par prise de position du 12 avril 2018, la Dre O.\_\_\_\_\_, médecin du service médical interne de l'OAIE et spécialiste FMH en médecine interne est d'avis que les rapports médicaux versés au dossier par le recourant n'apportent aucun élément médical significatif de nature à changer la prise de position rhumatologique du 24 janvier 2017, cette dernière devant donc être maintenue (AI pce 138 p. 2).

**A.p** Par décision du 28 mai 2018, l'autorité inférieure a supprimé la rente d'invalidité payée jusqu'alors, compte tenu de son taux d'invalidité inférieur à 50%, ce qui exclut le versement d'une rente à un assuré de nationalité suisse qui n'a pas son domicile et sa résidence habituelle en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne (AI pce 139). L'OAIE a indiqué que la documentation médicale produite par l'assuré le 30 janvier 2018 (AI pce 126) confirme les atteintes à la santé connues et n'apporte pas d'éléments nouveaux (AI pce 139 p. 2). Partant, elle a confirmé ses précédentes conclusions et a repris la motivation de son projet de décision du 4 juillet 2017. Enfin, l'autorité inférieure a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours interjeté à l'encontre de ladite décision (AI pce 139 p. 3).

**B.**

**B.a** Par acte du 12 juillet 2018 (timbre postal), le recourant, par l'entremise de son mandataire, Maître Vincent Brulhart, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF ; annexe 0 TAF pce 1), concluant (i) préalablement à la restitution de l'effet suspensif du recours ainsi qu'à la mise du recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, (ii) principalement à l'admission du recours ainsi qu'à l'annulation de la décision querellée, (iii) subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure aux fins de mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique tendant à déterminer l'influence des troubles psychiques sur la capacité de gain du recourant et, (iv) plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures professionnelles aux fins de mise en œuvre de la capacité de gain résiduelle du recourant (TAF pce 1).

**B.b** Le 15 juillet 2018, le recourant a décidé de transférer son domicile en Suisse, à (...), en attendant le sort de la présente procédure de recours (annexe 1 TAF pce 8, TAF pce 8 p. 2).

**B.c** Par décision incidente du 31 octobre 2018 (timbre postal), le Tribunal a accordé l'assistance judiciaire totale au recourant et a désigné Me Vincent Brulhart en qualité de défenseur d'office (TAF pce 9).

**B.d** Invité à se déterminer sur la requête en restitution de l'effet suspensif formé par le recourant (TAF pce 1), l'OAIE a argué qu'en l'espèce il existait un intérêt prépondérant à l'exécution immédiate de la décision querellée, eu égard à la difficulté que représentait une procédure de recouvrement des rentes qui pourraient être versées à tort. En outre, l'autorité inférieure a estimé qu'au vu du dossier aucun indice ne laissait supposer que les chances du recourant d'obtenir gain de cause seraient nettement supérieures à celles de l'OAIE et que, dès lors, le rejet du recours au fond était au moins tout aussi probable que la satisfaction des prétentions du recourant. Pour ces motifs, l'autorité a proposé le rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif (TAF pce 11).

**B.e** Par décision incidente du 27 mars 2019, le Tribunal a rejeté la requête de l'intéressé en restitution de l'effet suspensif (TAF pce 14).

**B.f** Par réponse du 19 mars 2019, l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée en se basant sur la prise de position de son service médical du 25 janvier 2019 (TAF pce 17).

**B.g** Par réplique du 13 mai 2019, le recourant a transmis au Tribunal de nouveaux documents médicaux confirmant les conclusions qu'il avait prises dans son recours du 12 juillet 2018 (TAF pce 19).

**B.h** Par duplique du 9 juillet 2019, l'OAIE a constaté qu'aucun élément apporté par le recourant ne permettait de modifier sa prise de position et, partant, a réitéré ses conclusions proposées dans son préavis du 19 mars 2019 en se fondant sur les prises de position de son service médical du 4, 12 et 20 juin 2019 (TAF pce 23).

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

**1.2** Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 PA.

### **1.3**

**1.3.1** En matière d'assurance-invalidité, c'est l'Office AI du canton de domicile qui connaît des demandes de prestations déposées par les assurés qui habitent ou résident en Suisse (art. 55 LAI et art. 40 al. 1 let. a et al. 2 RAI [RS 831.201]). L'OAIE examine quant à lui une demande de prestations d'invalidité lorsque l'assuré qui la dépose est domicilié à l'étranger (art. 56 LAI et art. 40 al. 1 let. b RAI). Lorsqu'un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile (art. 40 al. 2ter RAI).

**1.3.2** Dans le cas d'espèce, le recourant était domicilié au Liban lorsque l'OAIE a rendu le 28 mai 2018 sa décision de suppression de la rente d'invalidité (cf. supra let. A.p ; voir aussi annexe 1 TAF pce 8 a contrario). Partant, l'OAIE était compétent pour rendre cette décision. En revanche, au

moment de la notification du présent arrêt, l'assuré s'avère avoir pris domicile à (...) depuis le 15 septembre 2018 (annexe 1 TAF pce 8). Ainsi, en cas de renvoi pour instruction complémentaire par le Tribunal de céans, l'OAI (...) et non l'OAIE est territorialement compétent pour rendre une nouvelle décision dans le présent dossier, selon les art. 40 al. 2<sup>ter</sup> RAI et 13 LPGA.

**1.4** 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. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

**1.5** En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 12 juillet 2018 est recevable quant à la forme.

## 2.

**2.1** Le recourant est un ressortissant libano-suisse domicilié au Liban (cf. *supra* let. A.e et A.p ; TAF pce 6 p. 1), de sorte que le droit suisse s'applique à la présente procédure. Par ailleurs, la Suisse et le Liban n'ont pas conclu de convention internationale en matière de sécurité sociale.

**2.2** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Le juge n'a en principe pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

**2.3** En l'occurrence, il sied donc de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit suisse en vigueur jusqu'au 28 mai 2018, date de la décision litigieuse.

## 3.

**3.1** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Aussi, il n'existe pas en droit des assurances sociales un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Par ailleurs, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 con-

sid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

**3.2** L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 28 mai 2018, par laquelle l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité de l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018 (AI pce 139 p. 3). Compte tenu des conclusions des parties, il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une modification notable justifiant de supprimer la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> février 2006 (cf. *supra* let. A.b).

#### **4.**

**4.1** En vertu de 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

**4.2** Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1). 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 (arrêts du TF 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).

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 taux d'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 ; ATF 112 V 372 consid. 2). Partant, la décision rendue par l'OAI (...) le 31 août 2007 est en l'espèce déterminante comme point de départ de la comparaison devant être effectuée entre l'état de santé présent à cette date et celui présent lors de la décision entreprise, étant donné que la première révision a débouché sur une communication datée du 3 novembre 2010 sans qu'aucun examen matériel du droit à la rente n'ait été effectué.

**4.3** Il sied de préciser qu'aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a du RAI, une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**4.4** Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'année la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite et, notamment pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entendait supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C\_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

## **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, on entend par invalidité au sens de la LPGa et de la LAI l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGa et art. 4 al. 1 LAI), et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 7 al. 1 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé

sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. En outre, 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).

**5.2** 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 rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Toutefois, en vertu de l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et résidence habituelle en Suisse au sens de l'art. 13 LPGA.

## **6.**

**6.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 125 V 351 consid. 3a), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent 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). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1).

**6.2** Il importe ainsi, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; arrêt du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

**6.3** La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1).

**6.4** Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit également s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes.

**6.4.1** En particulier, les atteintes à la santé psychique doivent être diagnostiquées, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée selon les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. A ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281).

A cet égard, il sied de relever que pas toute tendance à la majoration, qui caractérise la nature des troubles douloureux et des affections comparables, doit être assimilée à une exagération des symptômes. La distinction entre une exagération et une simple tendance à la majoration est délicate, raison pour laquelle un examen minutieux au cas par cas et des connaissances spécialisées sont requis (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_737/2018

du 15 février 2019 consid. 5.2, 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 4.2 avec les références, 9C\_254/2016 consid. 3.2.1 et 9C\_501/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 avec d'autres références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5626/2017 consid. 6.5.2 et C-3661/2017 consid. 9.3)

En l'occurrence, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté chez l'assuré une tendance à la majoration des plaintes (Al pce 97 p. 20.). Dans ce contexte, il sied de souligner que l'expert psychiatre a relevé dans son rapport que l'assuré présente une souffrance psychique fluctuante depuis le début de l'adolescence, qui ne constitue en l'espèce pas un diagnostic dès lors que l'ensemble des symptômes n'était pas vérifié pour poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité au sens d'une classification reconnue. Il s'avère que les propos divergents tenus par l'assuré auprès de la Dre F. \_\_\_\_\_ relatant des activités physiques dans une ampleur réduite (à savoir une marche d'une demi-heure, quatre fois par semaine ; Al pce 105 p. 16) et auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ (une promenade quotidienne et matinale à un rythme soutenu pendant environ une heure ; Al pce 97 p. 11) ont contribué à ce que le Dr E. \_\_\_\_\_ retienne une majoration des symptômes. Selon cet expert, il n'y a toutefois pas lieu d'admettre une exagération qui conduirait d'emblée à supprimer la rente d'invalidité. Ainsi, il convient d'examiner les diagnostics retenus par le Dr E. \_\_\_\_\_ à l'aune des critères développés par le Tribunal fédéral.

**6.4.2** Selon la jurisprudence précitée, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs formant le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Il a également indiqué que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. En outre, il a souligné qu'il n'est pas immuable et qu'il doit au contraire évoluer en fonction du développement des connaissances scientifiques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**6.4.3** Pour rappel, le Tribunal fédéral a classé lesdits indicateurs dans deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) :

- A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
  - a. Complexe « atteinte à la santé »

- i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
  - ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard
  - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
  - iv. Comorbidités
- b. Complexe « *personnalité* » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
  - c. Complexe « *contexte social* »
- B. Catégorie « *cohérence* » (point de vue du comportement)
- a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
  - b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

**6.5** Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références).

**6.6** Les rapports du SMR ou du service médical interne de l'OAIE au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, qui ne se fondent pas sur un examen clinique de l'assuré, n'ont pour fonction que de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (arrêt du TF 9C\_144/2009 du 10 décembre 2020 consid. 4). Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consid. 5.2; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre

2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Par ailleurs, si le médecin SMR suscite des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt du TF 9C\_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

**6.7** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 traitants 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

## 7.

### 7.1

**7.1.1** Sur le plan somatique, le recourant reproche à l'autorité inférieure de ne pas avoir tenu compte de l'expertise rhumatologique qui, selon lui a valeur probante, mais d'avoir retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à partir du 8 octobre 2016, en s'appuyant principalement sur les prises de position de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 24 janvier 2017 et de la Dre O. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2018, toutes deux médecins de l'OAIE (cf. *supra* let. A.k et A.o), qui selon lui n'ont pas valeur probante puisqu'elles se distancieraient – sans raison valable et en l'absence d'investigations complémentaires menées auprès du recourant – du taux d'incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée retenue par la Dre F. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son expertise rhumatologique en raison d'une aggravation de l'état de santé du recourant se révélant dans l'usage de plus en plus important de médicaments antalgiques et l'apparition de paresthésies qui s'ajoutent au tableau clinique (TAF pce 1 p. 10 s.).

Sur le plan psychique, le recourant reproche à l'autorité inférieure d'avoir pris en considération l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, qui non seulement n'aurait pas été à même d'évaluer correctement son état psychique au regard du temps limité passé en sa présence contrairement à ses médecins-trai-

tants, mais aussi qui n'aurait pas détecté qu'il était sous l'influence de substances psychotropes lors de l'expertise (TAF pces 1 p. 2 s. et 13, 17 p. 2 ss).

**7.1.2** De son côté, l'autorité inférieure allègue que l'état de santé du recourant s'est considérablement amélioré entre la décision du 31 août 2007 octroyant la rente entière d'invalidité et la décision litigieuse de suppression de la rente du 28 mai 2018 (TAF pce 17 p. 1 et 3). Sur le plan psychiatrique, elle confère une pleine valeur probante à l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ qui relève une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré et une augmentation notable de sa capacité de travail (TAF pce 17 p. 2). Sur le plan somatique, l'autorité inférieure confère, en substance, une pleine valeur probante aux prises de position de ses médecins internes qui s'écartent des conclusions de l'expertise rhumatologique menée par la Dre F. \_\_\_\_\_ (TAF pce 17 p. 2). L'OAIE relève que l'assuré a un status ostéoarticulaire stable, que la récurrence de ses douleurs a diminué et que ses activités physiques et sociales ont augmenté, ce qui justifie de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée (TAF pce 17 p. 2 et 3).

**7.1.3** Dans sa décision du 31 août 2007, l'OAIE a retenu un taux d'incapacité de travail de 100% dans toute activité et un degré d'invalidité de 100%. Il a ainsi octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2006. Dite décision a été prise sur la base des diagnostics principaux de trouble obsessionnel compulsif et de trouble dépressif récurrent moyen (F. 42), et comme pathologie associée du ressort de l'AI des lombosciatalgies L5 gauches irritatives sur sténose relative du trou de conjugaison L4-L5 gauche (M 54.4). La liste des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte somatique est la suivante : pas de port de charges supérieure à 10 kg de façon répétitive, pas d'activité en hauteur, pas de position statique assise au-delà de 45 min sans qu'il soit possible de varier les positions assise/debout, pas de position statique debout excédant 15 à 20 min, diminution du périmètre de marche d'environ trois quarts d'heure, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition (AI pces 28 p. 20, 29 p.4). Quant aux limitations fonctionnelles résultant de l'attente psychique, il s'agit en substance de la difficulté à se concentrer de façon soutenue et continue sur une tâche en raison du TOC et du syndrome dépressif d'intensité moyenne (AI pces 28 p. 9 s, 29 p. 4) Il s'agit maintenant de comparer cette situation médicale avec celle présente au moment où la décision attaquée a été prononcée et de déterminer s'il y a un changement notable entre celles-ci.

**7.2** En l'espèce, la décision attaquée se fonde principalement sur les prises de position rendues par les médecins de l'OAIE (Dr. D.\_\_\_\_\_, Dre I.\_\_\_\_\_ et Dre O.\_\_\_\_\_) des 5 janvier 2017, 24 janvier 2017, 22 mai 2017 et 12 avril 2018 (cf. *supra* lit. A.j, A.k, A.l et A.o) lesquelles se fondent à leur tour sur les rapports d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ et de la Dre F.\_\_\_\_\_ des 8 octobre et 23 décembre 2016 (cf. *supra* lit. A.h et A.i).

**7.2.1** Sur le plan psychiatrique, le Dr E.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen personnel de l'assuré (AI pce 97 p. 2 et 12) et a, dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2016, reproduit un extrait du dossier médical en main de l'OAIE sous forme de liste d'un certain nombre de rapports médicaux (AI pce 97 p. 2 s.), établi une anamnèse professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique précise (AI pce 97 p. 5-7, p. 7 et p. 8-11), compilé les plaintes subjectives du recourant (AI 97 p. 12) et retranscrit les examens médicaux jugés utiles et réalisés (AI pce 97 p. 12 et 13). De plus, le Dr E.\_\_\_\_\_ fait preuve de clarté lorsqu'il se prononce sur les diagnostics en présence (AI pce 97 p. 13).

**7.2.1.1** En particulier, il énonce de façon précise les symptômes et les éléments devant être réunis pour poser chez l'assuré les diagnostics de (i) TOC, forme mixte avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F.42.2), avec incidence sur la capacité de travail et de (ii) trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, à savoir sans aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois (F33.4), sans incidence sur la capacité de travail.

En effet, l'expert constate chez le recourant s'agissant des TOC qu'ils interfèrent avec les facultés d'attention, de concentration et les facultés mnésiques (AI pce 97 p. 16). Le Dr E.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'interférence du TOC avec le bon déroulement de l'entretien, sachant que l'assuré a compris et répondu aux questions sans qu'il n'apparaisse que cela ait été retardé par des rituels obsessionnels mentaux (AI pce 97 p. 16). Par ailleurs, il relève que le recourant n'a pas de signes de fatigue (cernes, traits du visage tirés, bâillements, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions) et n'est ni dans la démonstrativité ni dans la théâtralité.

De plus, le Dr. E.\_\_\_\_\_ relève que le recourant ne souffre ni de trouble de la personnalité ni de trouble panique au sens des classifications psychiatriques officielles (AI pce 97 p. 14).

S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, à la lumière des indicateurs susmentionnés du complexe « Atteinte à la santé » (notamment pas d'humeur dépressive, de perte de l'élan vital, de troubles du sommeil ou de signes de fatigue), l'amélioration du status de l'assuré est manifeste entre la première décision du 31 août 2007 et la décision de révision du 28 mai 2018, sachant que, lors de l'expertise bidisciplinaire du 19 décembre 2006 le Dr H. \_\_\_\_\_ avait constaté que l'assuré était atteint d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, contribuant aux limitations en raison de la diminution de l'énergie disponible (AI pce 28 p. 18 et 19). A l'examen clinique, malgré une attitude anxieuse, tendue et méfiante au début de l'entretien, le Dr E. \_\_\_\_\_ constate que l'assuré s'avère souriant, confiant, détendu et fait montre d'une attitude collaborante (AI pce 97 p. 12). Bien que présentant un comportement algique, le Dr E. \_\_\_\_\_ évalue cliniquement le fonctionnement intellectuel du recourant comme étant dans la norme (rapidité de la compréhension, faculté d'abstraction, capacités de raisonnement, nuances des descriptions, esprit de synthèse), constate qu'il ne présente pas de labilité émotionnelle, que son humeur n'est pas déprimée (absence de tristesse et de pleurs) et qu'il ne connaît pas de diminution de l'élan vital (AI pce 97 p. 12 s.). De plus, les idées suicidaires que connaît l'assuré sont rapidement dissipées par sa religion proscrivant fermement de telles pensées (AI pce 97 p. 16 s.). En outre, l'assuré présente une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Bien qu'un léger ralentissement idéomoteur soit constaté par le Dr E. \_\_\_\_\_, le discours de l'assuré a lieu normalement, s'avère relativement structuré et peut être qualifié d'informatif (AI pce 97 p. 13). Par ailleurs, la conscience de l'assuré est claire ; il n'y a pas de bizarreries dans les croyances ou le comportement, respectivement d'idées délirantes. L'intéressé ne présente pas un relâchement des associations, de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque, de rires immotivés, de néologismes ou de toute autre élément psychotique (AI pce 97 p. 13). Pour le surplus, l'assuré ne présente pas des moments d'élévation de l'humeur, de désinhibition, d'agitation psychomotrice, de logorrhée, de tachyphémie, de tachypsychie, d'augmentation de la communicabilité, de familiarité, de distractibilité, de fuites des idées, de sauts du coq-à-l'âne, de jeux de mots, de calembours ou de tout autre élément maniaque ou hypomaniaque (AI pce 97 p. 13). En définitive, le Dr E. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré présente à ce jour que des signes de dépression disparates, aspécifiques, réduits et non incapacitants, qui ne permettent pas d'atteindre le seuil diagnostique pour un épisode dépressif, tant de degré léger que de celui propre à une dysthymie (AI pce 97 p. 17). Ainsi, le Dr E. \_\_\_\_\_ conclut que seul un diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, peut être posé (AI pce 97 p. 17).

Partant, au vu de ce qui précède, le Dr. E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics susmentionnés selon les règles de l'art.

**7.2.1.2** Afin de déterminer le caractère invalidant des atteintes psychiques dont souffre le recourant, le Dr E. \_\_\_\_\_ a effectué son examen de l'assuré selon les indicateurs standards qu'il a utilisé de la manière suivante :

En considérant l'indicateur « succès du traitement et résistance à cet égard », il appert que le traitement médicamenteux du recourant s'est fortement amenuisé entre 2006 et 2016. En effet, il ressort du rapport d'expertise bidisciplinaire du 29 janvier 2007 que l'assuré consommait du Tesmest [recte : Temesta ; AI pce 111 p. 2] de l'Expidet (2,5 mg, 2 à 3 fois par jour), du Risperdal (2 mg par jour), du Deroxat (comprimé de 20 mg, 3 fois par jour) et du Stilnox (3 fois par jour ; AI pce 28 p. 10). En 2010, au cours de la première révision, son médecin psychiatre rapportait qu'il continuait de prendre du Risperdal (3 mg par jour) ainsi que du Temesta (2,5 mg en réserve), auxquels était venu se rajouter du Cymbalta (90 mg par jour ; AI pce 39 p. 2). Or, le Dr E. \_\_\_\_\_ explique dans son rapport du 8 octobre 2016 que l'assuré n'est plus au bénéfice d'un traitement médicamenteux antipsychotique et que son traitement psychiatrique-psychothérapeutique se limite à 2 consultations par année (AI pces 97 p. 11 s. et 111 p. 2). Le Dr E. \_\_\_\_\_ ajoute que la thérapeutique telle que menée actuellement par l'assuré est appropriée à sa situation (AI pce 97 p. 21).

Concernant l'indicateur « Ressources », il sied de préciser que le médecin psychiatre de l'assuré avait relevé en 2010 que ce dernier s'isolait, adoptait une attitude de distanciation, fuyait le contact et qu'il en résultait des difficultés relationnelles (peur d'être jugé et d'être ridiculisé ; AI pce 39 p. 1 s.). Lors de l'expertise, le Dr E. \_\_\_\_\_ constate que, depuis lors, le recourant rencontre des amis et connaissances à la mosquée plusieurs fois par jour, qu'il sort avec eux plusieurs fois par semaine et qu'il entretient des contacts réguliers avec sa fratrie et sa belle-famille (AI pce 97 p. 11 et 16). Les nombreuses activités quotidiennes et variées de l'assuré, en particulier celles de nature bénévole qu'il entretient au sein de sa communauté religieuse, lui apparaissent comme étant des activités agréables, ce qui corrobore le fait qu'il ne souffre pas d'anhédonie ou d'aboulie et qu'il n'est pas sujet à une perte de confiance (AI pce 97 p. 11, 16 et 17). En outre, l'assuré est à même de faire ses soins corporels, de prier cinq fois par jour, de lire le journal pendant une période prolongée (une heure, voire une heure et demie), de faire une promenade sportive pendant environ une heure, de conduire sa voiture afin d'amener ses enfants à leurs activités sportives, de rendre visite à des proches et de regarder la télévision (AI pce 97 p. 16).

Ainsi, les constatations du Dr E. \_\_\_\_\_, au demeurant non contestées par le recourant, démontrent que le recourant dispose des ressources nécessaires pour surmonter ses troubles psychiques (AI pce 97 p. 16 et 19).

Concernant le complexe « Contexte social », en s'appuyant sur l'anamnèse professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique, le Dr E. \_\_\_\_\_ a mis en lumière que l'environnement social et familial de l'assuré est entièrement préservé, tel que présenté *supra* s'agissant de l'indicateur « Ressources » (AI pce 97 p. 5 ss, 19 et 21). Malgré quelques tensions avec son épouse en raison des TOC dont il souffre, celle-ci continue de le soutenir en faisant état d'une attitude compréhensive (AI pce 97 p. 8 et 16). Au demeurant, le fait que le recourant ne participe pas à la tenue de son ménage ne préjuge en rien de ses ressources personnelles, sachant que cette absence d'implication s'explique par des traditions culturelles (AI pce 97 p. 21).

Enfin, s'agissant de la catégorie « Cohérence », le Dr E. \_\_\_\_\_ ne relève pas de divergences quant aux diagnostics retenus par les différents médecins qui ont traité ou examiné le recourant – sous réserve du degré d'intensité du trouble obsessionnel compulsif récurrent ayant évolué de chronique, à épisode actuel moyen, puis à épisode actuel sévère, pour finalement être considéré comme étant en rémission (AI pce 97 p. 16, 17 et 22). Toutefois, il constate que les limitations résultant des diagnostics psychiques n'affectent pas uniformément les activités du recourant, vu qu'elle se limitent aux activités professionnelles et ménagères et excluent les activités récréatives ou sociales (AI pce 97 p. 16, 17 et 22). Pour le surplus, le Dr E. \_\_\_\_\_ note qu'il n'y pas eu de mesures de réadaptation, mais que de telles mesures sont possibles et raisonnablement exigibles (AI pce 97 p. 22).

Sur la base des constatations susmentionnées, le Dr E. \_\_\_\_\_ a conclu que le TOC (F42.2) est associé à une diminution de rendement de 20% tant dans une activité habituelle qu'adaptée, avec comme limitations fonctionnelles des interférences sur les facultés d'attention et de concentration (AI pce 97 p. 16 et 20 ; cf. aussi *supra* let. A.h) ; en revanche, il retient que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission et qu'aucune limitation fonctionnelle psychique n'y est attachée (AI pce 97 p. 17 et 20).

**7.2.1.3** Appréciée sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral exposés dans l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, les conclusions de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ – au demeurant bien motivées et cohérentes au regard du dossier médical – permettent de confirmer la persistance d'un

TOC (F.42.2), avec limitations fonctionnelles psychiques (sous la forme d'une interférence de rituels obsessionnels avec les facultés d'attention et de concentration) et répercussion sur la capacité de travail, ainsi que la rémission d'un trouble dépressif récurrent (F33.4) auquel n'est attaché aucune limitation fonctionnelle psychique ni répercussion sur la capacité de travail (AI pces 97 p. 13, 16 et 17, 111 p. 3).

**7.2.2** S'agissant des prises de position du Dr D. \_\_\_\_\_ des 5 janvier et 22 mai 2017, celles-ci ne font que reprendre et avaliser les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ concernant l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, en particulier l'évolution du trouble dépressif récidivant d'épisode actuel moyen vers un trouble dépressif récidivant en rémission (AI pces 107 p. 2 s. et 111 p. 2).

**7.2.3** Concernant le grief du recourant soutenant – au stade du recours uniquement – qu'il était sous l'emprise de substances psychotropes lors de l'expertise (TAF pce 1 p. 4 et 12), force est de constater qu'il n'apporte pas d'éléments probants permettant de mettre en doute le bien-fondé de l'expertise menée par le Dr E. \_\_\_\_\_. Il sied plutôt de constater que le Dr E. \_\_\_\_\_ a fidèlement reconstitué la liste des médicaments pris quotidiennement par le recourant (TAF pce 97 p. 11) et le recourant n'étaye et ne prouve qu'il aurait effectivement abusé desdits médicaments, voire qu'il en aurait ingéré d'autres avant l'expertise. Bien au contraire, le Dr E. \_\_\_\_\_ a observé de façon convaincante lors de l'entretien que le recourant faisait preuve d'une attitude collaborante, ne démontrait pas de signes de fatigue – tels que des temps de latence accrus lors de réponses à des questions – ou d'imprégnation par des substances psychotropes (cf. *supra* consid. 7.1.1). Ainsi, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a pu que constater que le fonctionnement intellectuel du recourant se situait dans la norme (AI pce 97 p. 12). Quoiqu'en pense le recourant, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'avait aucune raison d'ordonner une prise de sang avant ou après l'entretien car il ne disposait d'aucun symptôme physique ou psychique lui ayant indiqué que le recourant ne se conformait pas au traitement médicamenteux qui lui avait été prescrit, sachant, notamment, que les médicaments consommés par le recourant ont été listés dans l'expertise (TAF 97 p. 11 ss). Par ailleurs, il est correct de prendre en compte dans le cadre d'une expertise médicale le traitement médicamenteux et ses effets (bénéfiques) sur l'état de santé de l'examiné. Dès lors, la requête du recourant tendant à ordonner un prélèvement sanguin en vue d'une analyse de laboratoire censée révéler la prise de substances psychotropes de telle manière que l'expertise médicale se trouverait dénuée de toute valeur probante se révèle être

un prétexte fallacieux (« vorgeschobene Schutzbehauptung » ; arrêt du TF 1B\_390/2019 du 27 août 2019 consid. 2.5) et doit être rejetée.

**7.2.4** Quant au grief du recourant relatif à la durée qu'il juge trop courte de son examen avec le Dr E. \_\_\_\_\_, il sied de rappeler que la durée de l'examen personnel mené par le psychiatre ne saurait remettre en question la valeur de son travail, le rôle d'un expert consistant précisément à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (arrêt du TF 9C\_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2). Ce grief doit également être rejeté.

**7.3** Au vu de ce qui précède, l'expertise psychiatrique du Dr E. \_\_\_\_\_ a valeur probante et une amélioration de l'état psychique du recourant doit être retenue.

## **7.4**

**7.4.1** Sur le plan somatique, la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a procédé le 5 octobre 2016 à un examen clinique de l'assuré après avoir pris connaissance de son dossier médical, et a consigné et tenu compte des plaintes de celui-ci et a réalisé les examens complémentaires utiles, soit en l'occurrence une radiographie du rachis (AI pce 105 p. 1 et 2). Son rapport établit de façon détaillée l'anamnèse, le status clinique de l'assuré et fait état avec clarté des diagnostics selon la classification CIM-10. La Dre F. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic principal le même diagnostic que celui déjà retenu dans le cadre de l'expertise CEMED susmentionnée, à savoir une spondylarthrose évolutive M47.9 (AI pce 105 p. 35). En outre, elle relève les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites dans l'expertise CEMED de janvier 2007, à savoir (i) que le recourant ne peut pas maintenir une position statique prolongée, ni debout ni assis, (ii) qu'il ne devrait plus monter sur des échelles, (iii) qu'il ne doit pas porter des charges supérieures à 5 kg et 10 kg de manière occasionnelle et (iv) qu'il ne devrait pas se positionner en porte-à-faux (AI pces 28 p. 17, 105 p. 33 et 36). En revanche, contrairement à ce qui ressortait de l'expertise CEMED précitée, la Dre F. \_\_\_\_\_ retient une aggravation fonctionnelle significative du rachis, ayant pour conséquence que l'incapacité de travail de l'assuré serait de 100% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée (AI pce 105 p. 34). A l'appui de cette analyse, la Dre F. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré présente une insuffisance musculaire à composante asymétrique susceptible d'évoluer avec la sarcopénie de l'âge, et ce bien qu'il fasse des efforts quotidiens pour rester actif (AI pce 105 p. 36). Malgré le fait que l'experte somatique relève

dans son rapport que le recourant est victime d'importantes douleurs (variant d'intensité avec de fréquents blocages aigus, ponctuées de crises douloureuses intercurrentes ; AI pce 105 p. 29), il s'avère que ces douleurs étaient déjà rapportées dans l'expertise CEMED (AI pce 28 p. 15 et 16), respectivement dans le rapport médical du médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne du 24 août 2010 sur lequel s'est notamment basée la 1<sup>ère</sup> révision prise sous la forme d'une communication le 3 novembre 2010 (cf. *supra* let A.d ; voir aussi TAF pce 37 p. 5-8). Il en va de même s'agissant des limitations fonctionnelles somatiques retenues par la Dre F.\_\_\_\_\_ qui se révèlent être celles déjà posées lors de l'expertise CEMED de janvier 2007 (cf. *supra* let. A.c et A.i ; AI pce 105 p. 33). A titre de comparaison, lors de ladite expertise CEMED, les experts avaient retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, mais de 0% dans une activité adaptée (AI pce 28 p. 22).

**7.4.2** De son côté, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin du service médical interne de l'OAIE, considère dans sa prise de position du 24 janvier 2017 (cf. *supra* let. A.k) que l'expertise de la Dre F.\_\_\_\_\_ ne peut pas être suivie s'agissant du taux d'incapacité de travail de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenue par celle-ci (cf. *supra* consid. 7.4.1) et explique les raisons qui, selon elle, justifient de s'en distancier (AI pce 109 p. 3). En particulier, la Dre I.\_\_\_\_\_ relève que les plaintes de l'assuré sont restées similaires entre la dernière expertise CEMED et celle réalisée en 2016, et ce, malgré le fait que l'assuré souffre de façon épisodique de blocages lombaires, que des signes de dysbalances musculaires ainsi qu'une aggravation de la lombodiscarthrose révélée par l'examen radiologique effectué dans le cadre de l'expertise aient été constatés (AI pces 105 p. 19 et 33, 109 p. 3). A cet égard, la Dre I.\_\_\_\_\_ note que la fréquence des douleurs ressenties par l'assuré s'est réduite, que ces dernières s'avèrent n'être plus que ponctuelles et non plus permanentes, ce qui peut même amener le recourant à ne ressentir aucune douleur durant certains jours (AI pces 28 p. 8, 105 p. 18, 109 p. 3). De plus, elle constate que les douleurs lombosacrées irradiant le membre inférieur gauche étaient déjà décrites en 2007 et que, partant, le status somatique de l'assuré est stable entre les deux expertises (AI pces 28 p. 8, 15 et 19, 105 p. 23 s., 109 p. 3). La Dre I.\_\_\_\_\_ souligne qu'en 2016 la Dre F.\_\_\_\_\_ n'a ni observé de déficit moteur ni d'abolition des ROT, ce qui confirme les constatations opérées lors de l'expertise CEMED (AI pces 28 p. 16, 105 p. 23, 109 p. 3). Par ailleurs, elle remarque que l'assuré a sensiblement augmenté ses activités physiques et sociales entre 2007 et la seconde révision. Ainsi, il ressort que l'assuré participe activement, à concurrence de deux heures par

jour, à la vie de la mosquée de son quartier, notamment en effectuant des travaux de nettoyage et d'entretien, respectivement en récoltant des vêtements dans l'optique de les remettre à des migrants (AI pces 105 p. 15, 109 p. 3). De plus, l'assuré indique (i) pratiquer avec enthousiasme la pêche en bord de mer en compagnie de son fils, (ii) nager et (iii) marcher quatre fois par semaine à plat durant une demi-heure. Sur ce dernier point, il sied de rappeler que l'intéressé a indiqué le 6 octobre 2016 au Dr E. \_\_\_\_\_ qu'il s'astreint quotidiennement à une marche sportive d'une heure, affirmation qui se révèle être en porte-à-faux avec les propos tenus la veille par-devant la Dre F. \_\_\_\_\_ (AI pces 97 p. 11, 105 p. 16/29/36, 109 p. 3). Au surplus, le recourant a assuré lors de l'expertise menée par la Dre F. \_\_\_\_\_ pouvoir se passer au quotidien de médication antalgique en suivant notamment des séances de physiothérapie passive, ce qui signalerait que sa situation ne s'est pas péjorée par rapport à 2007 où il avait également indiqué ne pas consommer d'antalgiques (AI pces 28 p.8. 105 p. 29, 109 p. 3). Dès lors, la Dre I. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'une incapacité de travail de 100% doit être retenue dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> février 2005, mais de 0% dans une activité adaptée avec des limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> février 2005 (AI pce 109 p. 1, 2 et 3).

**7.4.3** Force est d'admettre que sur le plan somatique, le Tribunal est confronté à une lecture différente par deux expertes différentes d'un même état de fait. En l'état, il n'est pas possible au Tribunal de se déterminer à la vraisemblance prépondérante sur l'éventuelle évolution de la pathologie somatique. En effet, la Dre F. \_\_\_\_\_ a constaté une aggravation de la spondylarthrose évolutive en tenant compte tant des plaintes subjectives du recourant que des données radiologiques et cliniques consignées dans son rapport, notamment de l'insuffisance musculaire à composante asymétrique, et ce bien que le recourant fasse des efforts quotidiens pour rester actif. La Dre I. \_\_\_\_\_, quant à elle, conclut à une amélioration de l'état de santé somatique du recourant depuis la dernière révision en soulignant la diminution importante voire la disparition des douleurs tel que cela ressort des activités régulières effectuées par le recourant. Ainsi, bien que la Dre I. \_\_\_\_\_ n'ait pas personnellement examiné l'assuré, on ne peut pas exclure d'emblée sa prise de position du 24 janvier 2017 en lien avec l'expertise rhumatologique de la Dre F. \_\_\_\_\_ (AI pce 109). Le fait que la Dre I. \_\_\_\_\_ soit également au bénéfice de connaissances spécialisées en rhumatologie lui permettant d'apprécier un état de fait médical non-contesté ne fait que renforcer les doutes quant à la valeur probante de l'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_. Quant à la Dre O. \_\_\_\_\_, elle relève que les rapports médicaux somatiques versés au dossier par le recourant

n'amènent aucun élément médical nouveau susceptible de modifier la prise de position du 24 janvier 2017 de la Dre I. \_\_\_\_\_ (AI pce 138 p. 2).

## 7.5

**7.5.1** Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que la Dre F. \_\_\_\_\_ et le Dr E. \_\_\_\_\_ – bien qu'ayant procédé à une discussion consensuelle le 6 octobre 2016 aux termes de leurs examens cliniques respectifs sans toutefois prendre de conclusions consensuelles (AI pces 97 p. 2 et 105 p. 2) – ont chacun rendu séparément leur rapport d'expertise sans rédiger de rapport sur la discussion consensuelle, contrairement à ce qui avait été initialement demandé par le Dr D. \_\_\_\_\_, à savoir une expertise bidisciplinaire (psychiatrie/rhumatologie) permettant de déterminer si les limitations fonctionnelles ayant justifié l'octroi de la rente sont toujours d'actualité et si une amélioration de l'état de santé du recourant ayant une répercussion sur la rente d'invalidité est observable (AI pces 67 p. 2 et 73 p. 1). Il est en effet primordial que la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fasse l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; voir aussi ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C\_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020).

**7.5.2** Dans le cas d'espèce, la Dre F. \_\_\_\_\_ et le Dr E. \_\_\_\_\_ n'ont pas établi conjointement un rapport consensuel indiquant le taux global d'incapacité de travail tant dans une activité habituelle qu'adaptée (cf. *supra* let. A.h et A.i). Compte tenu de cette lacune, le Dr D. \_\_\_\_\_ – spécialiste en psychiatrie et psychothérapie – avec l'aide de ses consœurs internes à l'OAIE – la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie (cf. *supra* let. A.o et A.l) – a tenté d'établir un avis consensuel sur l'état de santé du recourant et, partant, de déterminer le taux global d'incapacité de travail dans une activité habituelle et adaptée. Bien que les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr E. \_\_\_\_\_ soient partagées par le Dr D. \_\_\_\_\_ (AI pces 107 p. 2 et 111 p. 1), force est de reconnaître que les deux autres médecins internes de l'OAIE – la Dre I. \_\_\_\_\_ et la Dre O. \_\_\_\_\_, toutes deux compétentes pour apprécier le volet somatique – se sont écartées des conclusions de l'expertise rhumatologique de la Dre F. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne la problématique de la capacité de travail dans une activité adaptée, sans que pour autant elles aient examiné

le recourant (AI pces 109 et 138). Les Dres I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ ont légitimement attiré l'attention du Dr D. \_\_\_\_\_ sur les incohérences décelées dans l'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ (AI pces 109 p. 3 et 138 p. 2). Cela étant, en se fondant exclusivement sur lesdites prises de position, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas écarter les conclusions de l'expertise de la Dre F. \_\_\_\_\_ et, cas échéant, rendre de son propre chef une évaluation finale censée pallier l'absence de rapport consensuel sur le taux global d'incapacité de travail de l'assuré, sans que ce dernier n'ait fait l'objet d'un examen clinique complémentaire. Force est de constater qu'un rapport du service médical interne de l'OAIE qui a été établi sur dossier et signé par un seul médecin spécialiste d'un seul des domaines médicaux concernés par l'expertise ne peut être qualifié d'avis consensuel et par conséquent compléter une expertise médicale bi- ou pluridisciplinaire effectuée sur la personne du recourant. En effet, un rapport au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peut en principe qu'indiquer de façon motivée quelle opinion médicale il convient de suivre en cas de pièces médicales contradictoires ou, cas échéant, de proposer des instructions complémentaires.

**7.6** Au vu de ce qui précède, la suppression de la rente entière d'invalidité est intervenue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il s'ensuit que le recours doit donc être admis et la décision de l'autorité intérieure du 28 mai 2018 doit être annulée. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

**7.7** Ainsi, l'autorité actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Pour ce faire, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, ceci dans le but de clarifier l'état de santé du recourant, ses limitations

fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Cette nouvelle expertise sera effectuée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3). Le recourant étant domicilié en Suisse depuis le 15 juillet 2018 (annexe 1 TAF pce 8), l'on ne voit pas, de surcroît, les motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler être une mesure disproportionnée. De plus, l'OAIE devra se déterminer, cas échéant, sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation. Sur cette base, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente AI à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018.

## 8.

En règle générale, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE, respectivement qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Vu l'issue de la cause, l'assistance judiciaire gratuite ne s'applique pas en raison de son caractère subsidiaire (TAF pce 9).

## 9.

**9.1** Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), étant précisé que les frais « non nécessaires » ne sont pas indemnisés (cf. art. 8 al. 2 FITAF; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem

Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2013, p. 271 n. 4.84; arrêt du TAF F-3709/2014 du 1er juillet 2016 consid. 13.3). Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens au recourant, lequel a mandaté un représentant pour la défense de ses intérêts.

**9.2** Les parties qui ont droit aux dépens doivent faire parvenir au Tribunal, avant le prononcé, un décompte détaillé de leurs prestations, sur la base duquel le Tribunal fixera les dépens (art. 14 al. 1 et 2 FITAF). Ceux-ci comprennent les frais de représentation, en particulier les honoraires d'avocat, le remboursement des débours (frais de photocopie de documents, frais de déplacement et de repas, frais de port et de téléphone, etc.), et les éventuels autres frais nécessaires de la partie (art. 8 et art. 9 al. 1 let. a et b FITAF). Me Brulhart a fait parvenir au Tribunal une liste des opérations effectuées pour la défense de son mandant, représentant un total de 31 heures et 50 minutes (sachant que 60 minutes représentent 100 centièmes d'heure), à la suite de laquelle était précisée un montant forfaitaire de CHF 350.- à titre de débours (TAF pce 24 p. 2).

**9.3** Les honoraires d'avocat pour lesquels une indemnité est allouée sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée, le tarif horaire pris en compte pour un avocat étant de CHF 200.- au moins et de CHF 400.- au plus (art. 10 FITAF). La jurisprudence précise que ces honoraires sont, en règle ordinaire, fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral I 30/03 du 22 mai 2003).

**9.4** En l'occurrence, le travail du mandataire a consisté avant tout en la rédaction d'un recours de 15 pages (TAF pce 1), d'une réplique de 7 pages (cf. TAF pce 19) et de cinq courriers (cf. TAF pces 6, 8, 24, 26 et 28). Par ailleurs, il s'agissait d'une procédure particulière de l'assurance-invalidité. En outre, le litige posait des questions juridiques d'une certaine complexité, et portait notamment sur l'établissement de faits pertinents dans un dossier à la documentation conséquente, sachant que celui de l'autorité inférieure était constitué de 141 pièces (soit 522 pages). Cela étant, il sied de se rappeler que le procès en matière d'assurances sociales est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). Enfin, lors d'un tel procès devant une autorité judiciaire, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de CHF 2'800.-, frais et TVA compris (ATF 141 III 560 consid. 3.2 ss, ATF 141 IV 344 consid. 2 à 4, applicables par analogie).

Partant, au vu du travail accompli et nécessaire en l'espèce, et de la difficulté relative de l'affaire, le Tribunal de céans admet non pas 31 heures et 50 minutes (soit 31 heures et 84 centièmes d'heure), comme le requiert la partie recourante (TAF pce 24 p. 2), mais 12 heures de travail à un tarif horaire fixé à CHF 250.-, à quoi s'ajoutent CHF 200.- dus au titre de frais et débours (art. 9 al. 1 let. b FITAF), soit un montant total de CHF 3'200.-.

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

**1.**

Le recours est admis en ce que la décision de l'autorité inférieure du 28 mai 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'OAI (...) pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Une indemnité de dépens de CHF 3'200.- est allouée à la partie recourante, à charge de l'autorité inférieure.

**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 :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Erik Erismann

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :