



Cour III
C-4643/2007/jod

{T 0/2}

Arrêt du 11 janvier 2010

Composition

Madeline Hirsig (présidente du collège),
Johannes Frölicher, Beat Weber, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Christian Favre, rue de la Paix 4,
case postale 7268, 1002 Lausanne,
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 5 juin 2007.

Faits :**A.**

A._____ ressortissant suisse, est né le 1^{er} avril 1963. Il a un fils majeur né d'un premier mariage, ainsi qu'une fille issue d'une autre relation, qu'il a dû reconnaître. Remarié avec une autre femme, il vit désormais séparé de celle-ci. Après l'école secondaire, il commence un apprentissage d'employé de commerce, qu'il cesse après quelques mois. Il travaille alors plusieurs semestres comme aide-bûcheron, puis pendant quelques années comme manoeuvre de chantier; des cotisations AVS/AI sont versées en sa faveur plusieurs ans durant. S'ensuit une période de voyages et de séjours à l'étranger, avec des périodes de petits boulots durant l'été pour subvenir à ses besoins. Il suit également des cours de musique pendant plusieurs années (percussions; danses; organisation de cours comme indépendant), jusqu'en 1989. En 1990-1991, il effectue un stage de quelques mois comme aide de salle dans un hôpital, avant d'arrêter cette formation qu'il indique mal supporter du fait de cervicalgies. Il débute en 1991 une formation de programmeur informaticien – payée par le biais de bourses ainsi que par le chômage (jusqu'en octobre 1993) –, qu'il cesse cependant en juillet 1993, après la réussite de ses examens théoriques. Ce même mois, suite à des difficultés conjugales, il divorce. Lorsqu'il ne perçoit plus le chômage, il demande l'assistance de la commune; il donne aussi quelques leçons de musique. L'entreprise dans laquelle il devait effectuer sa dernière année de formation de programmeur (stage pratique) refuse de l'engager, semble-t-il après qu'il eut annoncé souffrir de cervicalgies (cf. pce 5). Le 11 mai 1994, il dépose une demande de prestations AI (pce 1; orientation professionnelle et reclassement). Sont alors notamment produits:

- les rapports du Dr B._____, des 17 et 21 février 1994 (gynécomastie du sein droit sans signe de malignité; pces 2);
- le rapport du Dr C._____, médecin généraliste traitant, du 27 mai 1994 (pce 5);
- le rapport de l'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Vaud, du 16 novembre 1994 (pce 8; également pces 15, 19, 21 et 26) et la fiche de prononcé AI des 28 novembre et 14 décembre 1994 (pce 7);

- l'expertise du Dr D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du 29 juillet 1995 (pce 14).

Du 21 septembre 1994 à fin janvier 1999, il bénéficie de mesures professionnelles (reclassement; école de musicothérapie [y compris des séances de thérapie personnelle] et cours de flûte traversière; échéance des mesures prolongée plusieurs fois) avec le versement d'indemnités journalières. Cette formation se déroule à satisfaction de tous (cf. rapport de l'OCAI du 14 mars 1997, pce 26: le mémoire est censé être défendu en juin 1998 et une place de travail sera très certainement proposée à l'intéressé au sein de l'institution dans laquelle il effectue son stage). Il passe ses examens en février 1999 mais semble ne pas avoir obtenu son diplôme faute d'avoir rendu à temps son travail final. Après la fin des mesures professionnelles, il demande à être mis au bénéfice du revenu minimum de réinsertion; il s'inscrit également au chômage; il effectue en outre un remplacement de 3 mois dans une école (sans suite, cf. expertise pce 74, p. 4 et 24). Rien dans le dossier n'indique qu'il aurait exercé une autre activité lucrative depuis; il aurait en sus été incarcéré du 29 novembre 2001 au 29 janvier 2002 (cf. pce 38).

Le 6 mai 1999 (pce 27), l'intéressé dépose une demande de rente AI; il y explique que son problème de cervicalgies s'est très nettement aggravé depuis l'automne 1998, et que, de plus, une hépatite C chronique lui a été diagnostiquée en janvier 1998.

Sont produits lors de l'instruction de cette demande:

- le rapport relatif à la ponction biopsie du foie du 2 février 1998 (pce 28);
- le rapport du Dr E._____, médecin généraliste, du 22 septembre 2000 (pce 29);
- l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR Léman, Drs F._____, G._____, et H._____, du 27 juin 2002 (pce 30: ci-après: expertise SMR), ainsi que le rapport d'examen SMR Léman, Dr F._____, du 4 juillet 2002 (pce 31).

Le 17 septembre 2002, l'OAIE rend un projet d'octroi de rente entière (cf. pces 32s.) déjà notifié au représentant actuel de l'intéressé; celle-ci est versée à titre provisoire, puis suspendue en janvier 2003, faute

pour l'intéressé d'avoir fourni certaines indications. Par décision du 11 avril 2003 (pce 37), l'OCAI Vaud reconnaît le droit à une rente entière dès janvier 1999, sur la base du prononcé du 7 novembre 2002 (pce 34; rentes liées pour ses enfants, cf. pces 37 et 39).

Le 29 août 2003, le Dr I._____, service de radiologie, urgences ambulatoires, rend un rapport ensuite de la consultation du 27 du même mois auprès du Dr M._____ (pces 41). Le 29 août 2003, l'intéressé se remarie (pce 42); début septembre 2003, il annonce son départ avec sa famille en République de Guinée, où il s'établit durablement dès février 2004 (pce 43).

B.

En septembre 2004, une procédure de révision est ouverte (cf. pces 47s.); elle est confiée à l'OAIE, désormais compétent. Le 26 août 2005, la nouvelle épouse de l'intéressé est mise au bénéfice d'une rente entière complémentaire en faveur du conjoint avec effet au 1^{er} août 2003 (cf. pce 67). L'intéressé indique avoir été opéré des ligaments du genou gauche en 2005 (cf. pces 61 et 74, p. 11).

Sont alors notamment portés en cause:

- le questionnaire pour la révision de la rente, du 14 avril 2005 (pce 53);
- l'expertise psychiatrique du Dr J._____ spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 30 janvier 2006 (pce 74; ci-après: expertise J._____);
- la prise de position du Service médical OAIE, Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 9 avril 2006 (pce 77; également pce 75: exposé de révision du 8 avril 2006).

Sur la base de son prononcé du 2 mai 2006 (pce 78), l'OAIE rend un projet de décision le 21 juillet 2006 (pce 80). L'intéressé, toujours dûment représenté, manifeste alors son désaccord, le 1^{er} novembre 2006 (pce 90). La production complète du dossier médical de l'intéressé auprès de l'Hôpital de Morges est requise (cf. pces 91, 95 et 96). Selon la détermination du Service médical OAIE, Dr K._____, du 6 mai 2007 (pce 99), il n'existe aucun élément nouveau justifiant de s'écarter de la prise de position du 9 avril 2006;

l'intéressé est en mesure d'effectuer son ancien travail de musicothérapeute à 50% autant sur le plan physique que psychique.

Après examen des pièces produites en procédure d'audition (cf pces 91, 95, 96 et 100), l'OAIE, se fondant sur son prononcé du 23 mai 2007 (pce 100), décide le 5 juin 2007 (pce 101) le remplacement de la rente entière par une demi-rente pour l'intéressé, son épouse, et chacun de ses enfants, ce dès le 1^{er} août 2007. En substance, l'OAIE considère que l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé lui permettrait de réaliser plus de 40% du revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide.

C.

Contre cette décision l'intéressé, toujours représenté par Me Favre, recourt auprès du Tribunal administratif fédéral le 6 juillet 2007. Il conclut à titre principal à la réformation de la décision attaquée en ce sens qu'il demeure au bénéfice d'une rente entière, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant remet en cause l'impartialité de l'expert J._____ et considère que celui-ci a été incapable de décrire une amélioration objectivable de son état de santé depuis la décision de novembre 2002. De plus, il est évident que ses problèmes cervicaux persistants et l'hépatite C ont joué un rôle déterminant dans la survenance des troubles psychiatriques diagnostiqués en 2002; or, la pathologie somatique n'a pas été prise en compte par l'expert J._____ pas plus que l'OAIE n'a examiné l'incidence de la composante somatique dans l'évaluation du degré d'invalidité l'affectant. Dès lors, un renvoi pour instruction complémentaire s'impose pour le cas où la décision attaquée ne serait pas déjà annulée conformément au chef de conclusions principal. Le recourant requiert en outre, « à titre plus subsidiaire encore », comme mesure d'instruction, la mise en oeuvre d'une expertise médicale destinée à établir la pathologie somatique l'affectant et son incidence sur son taux d'invalidité, ainsi que son interaction sur sa pathologie psychiatrique reconnue malgré tout par le Dr J._____. Enfin, il dépose une demande d'assistance judiciaire.

D.

Dans sa réponse du 15 octobre 2007, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Pour l'office, l'état

de santé de l'intéressé s'est significativement amélioré sur le plan psychiatrique; les atteintes ostéoarticulaires ne sont pas susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de travail dans des activités légères à moyennement lourde; une expertise supplémentaire n'apporterait rien de nouveau; le même genre d'activité qu'exercé avant l'atteinte à la santé est possible à 50%.

E.

Dans sa réplique du 4 février 2008, le recourant soutient que le Dr J._____ n'a pas mis en évidence des circonstances nouvelles puisqu'il a procédé à sa propre expertise d'une situation qui était celle prévalant en 2002 déjà. Le recourant persiste à remettre en cause le rapport d'expertise psychiatrique et ses conclusions; la composante physique de son état de santé n'a pas été prise en compte de sorte que fait défaut une appréciation d'ensemble de celui-ci. Le recourant maintient donc, à titre principal, que l'existence de circonstances nouvelles n'est pas établie, et, subsidiairement, que la décision attaquée est insuffisamment motivée, car ne prenant pas en compte ses problèmes physiques.

F.

Il a été renoncé à demander une duplique (cf. ordonnance du 6 février 2008).

G.

Par décision incidente du 9 juin 2008, la demande d'assistance judiciaire a été partiellement admise en ce sens que le recourant a été dispensé du paiement des frais de procédure. Le recours du 11 juillet 2008 contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt du Tribunal fédéral du 24 octobre 2008.

H.

Par ordonnance du 11 novembre 2009, la nouvelle composition complète du collège de juge a été annoncée. Le mandataire du recourant n'a pas émis de demande formelle de récusation (cf. courrier du 18 novembre 2009).

Droit :**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), celui-ci, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); il a partant qualité pour recourir.

2.

Le recourant peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

3.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

4.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. Les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

5.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

6.

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 de travail équilibré, 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.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les réf.; 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; 117 V 400, consid. 4b; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans cette mesure, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge ou un arrêt de travail prolongé ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois plus difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. RCC 1982 p. 34 consid. 2C; VSI 1999, p. 247 consid. 1 et réf.).

7.

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 (art. 28 al. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003).

8.

La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). 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 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, *in*: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

9.

9.1 Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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^{bis} 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; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ancien art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.1).

9.2 En l'espèce, le droit à la rente entière a été octroyé par décision du 11 avril 2003, conformément au projet du 17 septembre 2002 et au prononcé du 7 novembre 2002. Savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit donc être établi en comparant les faits tels qu'ils se présentaient alors et ceux qui ont existé jusqu'au 5 juin 2007, date de la décision objet du présent litige. Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'intéressé a indiqué n'avoir exercé aucune activité lucrative; l'éventuelle modification du taux d'invalidité devra être évaluée sur la base des données médicales obtenues (ATF 115 V 133, ATF 114 V 313s., ATF 105 V 159, ATF 98 V 173).

10.

10.1 Pour l'octroi de la rente entière, l'OCAI a retenu les seuls diagnostics suivants (cf. pce 31; également expertise SMR, pce 30). Atteinte principale à la santé: trouble somatoforme douloureux persistant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et dépendants (code CIM: F45.4; F33.1; F60.3); au titre des facteurs/diagnostics associés *non du ressort de l'AI* influençant la capacité de travail, il était fait mention d'un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire et d'un trouble statique rachidien assorti de dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire. Enfin, les limitations fonctionnelles suivantes étaient énoncées: une thymie dépressive, des angoisses, une dysmorphophobie, un trouble de la personnalité, et le port de charges de plus de 25 kg.

Le Tribunal constate que l'octroi de la rente entière fut basé uniquement sur les troubles psychiatriques présentés par l'intéressé, seules atteintes considérées comme graves et ayant un caractère invalidant (cf. expertise SMR, pce 30, p. 6 *in fine*; rapport d'examen SMR, pce 31: trouble somatoforme « contrastant avec des atteintes mineures de la ceinture scapulaire »; atteintes psychiques « au premier plan »; à noter également l'avis médical du 14 décembre 1994 figurant à la pce 14 [fiche de prononcé AI]: présence d'une pathologie psychogène?). Sur le plan ostéoarticulaire, l'expertise excluait en effet expressément toute diminution de la capacité de travail comme musicothérapeute ou informaticien – pour des activités plus lourdes, telles le travail de bûcheron ou de chantier, l'incapacité n'était même que de 50%, avec un port de charge limité à 25 kg (cf. expertise SMR, pce 30, p. 4ss *ad* statut ostéoarticulaire et *ad* appréciation consensuelle du cas). Quant à l'hépatite C, dans l'expertise et le rapport d'examen SMR elle ne figurait même pas dans les diagnostics jugés pertinents relativement à la capacité de travail et à l'invalidité (cf. pces 30s.; les plaintes de l'intéressé se rapportent avant tout aux cervicalgies dont il allègue souffrir; p. 2 et p. 4: pas de perte d'appétit [au contraire prise de poids importante] et status digestif sans particularité; absence de synovites liés à sa présence; cf. également *infra*, consid. 11.2).

10.2 L'expertise J._____ (pce 74, p. 22) fait état d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale, versus trouble de conversion (axe I), d'une personnalité immature à fonctionnement de type histrionique subdécompensée (axe II); l'expert indique au titre de l'axe III (pathologie somatique) l'existence d'une hépatite C connue dès 1998, en précisant que cette mention est indicative, et retient pour l'axe IV une désinsertion socio-professionnelle; il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. La capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle ou pour l'une ou l'autre profession apprise est de 50% dès septembre 2002, son trouble de la personnalité justifiant la baisse de 50% de ses capacités adaptatives au travail (expertise J._____ pce 74, p. 29s.). Sur cette base, le service médical OAIE, Dr K._____, considère qu'il existe désormais clairement une amélioration de l'état de santé de l'intéressé puisqu'il n'y a plus d'état dépressif (cf. pce 77); néanmoins, l'importance du trouble de la personnalité justifie de retenir une incapacité de travail de 50%, ce dès le 30 janvier 2006.

10.3 En substance, le recourant motive d'abord et principalement son recours en soutenant qu'il n'existe pas de motif de révision de sa rente, faute qu'ait été établie une amélioration objectivable de son état de santé depuis novembre 2002. Selon lui, l'expert J._____ donne le sentiment de s'être prononcé sur une première demande de prestations AI et non dans le cadre d'une révision; son écrit témoigne du peu de sympathie qu'il éprouve à son égard et ne contient pas de comparaison entre le statut médical avant novembre 2002 et celui actuel; des circonstances nouvelles n'ont pas été mises en évidence; enfin, la date de septembre 2002 prise en compte par l'expert comme début de la baisse de moitié de son taux d'invalidité n'est pas sérieuse et met en cause son impartialité, étant relevé qu'il ne l'a de surcroît vu que lors d'un seul entretien.

10.4 Cette argumentation du recourant est dénuée de fondement. Sur ce plan, le Tribunal n'a en effet aucun motif de se distancer des conclusions motivées du Service médical de l'OAIE, fondées sur un examen attentif des données médicales objectives contenues dans le dossier, et notamment sur l'expertise J._____. Celle-ci répond entièrement aux critères jurisprudentiels rappelés plus haut et a ainsi pleine valeur probante; de surcroît, un spécialiste, le Dr K._____, a confirmé sa teneur tant sur le plan des diagnostics pertinents que de leur incidence sur la capacité de travail actuelle. Le recourant soutient bien que l'expert J._____ était mal disposé à son égard, voire aurait fait preuve de partialité; les éléments qu'il présente pour tenter d'étayer ces griefs sont cependant sans consistance. Le Tribunal relève en particulier qu'il était justement attendu d'un expert psychiatre qu'il se prononce si nécessaire sur la présence chez l'intéressé de traits d'hystérie, d'hypocondrie, ou d'un besoin de reconnaissance, d'aspects narcissiques, etc. Loin de témoigner d'une antipathie foncière et gratuite de l'expert envers lui, ces éléments sont au contraire uniquement à mettre en relation avec différents diagnostics reconnus par la psychiatrie. L'expert s'eût-il abstenu de faire part de sa détermination à cet égard qu'il n'aurait précisément pas rempli sa mission 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 et que le recourant aurait pu à bon droit faire valoir des lacunes dans son travail. Tel n'est pas le cas ici, l'examen de la situation psychiatrique et psychologique de l'intéressé opéré en procédure de révision étant complet et de qualité. L'on relèvera d'ailleurs que l'analyse psychiatrique du Dr H._____ (pce 30) sur la base de

laquelle fut fondée le droit à la rente en 2002 et à laquelle le recourant renvoie concluait notamment à la présence d'une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et dépendants (cf. p. 31: trouble de la personnalité mentionné). De plus, l'intéressé ne fut également vu alors qu'une fois, le 27 juin 2002 (qui plus est, dans le cadre d'un examen pluridisciplinaire), et l'analyse psychiatrique ne comprend qu'environ une page et demi, dont la majeure partie consiste en sus en une anamnèse. Or, le recourant n'explique pas en quoi cette analyse psychiatrique à laquelle il se réfère se différencierait tellement de celle très détaillée du Dr J._____ que la première aurait pleine valeur probante, mais aucunement la seconde. Les critiques du recourant demeurent en réalité toute générales; l'on ne voit pas précisément quelles conclusions il en tire et notamment en quoi les diagnostics (et leur incidence) retenus par les spécialistes J._____ et K._____ seraient erronés ou incomplets. Aucun élément médical contraire n'a été apporté, y compris en procédure de recours; il ne suffit en particulier pas d'indiquer avoir été suivi par le passé par une psychologue – ce tout d'abord dans le cadre de sa formation de musicothérapeute – plusieurs années durant pour que ce seul élément, sans autre précision, suffise à infirmer l'expertise d'un médecin, spécialiste en psychiatrie et psychologie, réalisée de surcroît plusieurs années après.

Au terme de son analyse, prenant entre autres en compte les indications fournies par l'intéressé lui-même quant à son quotidien et l'absence de toute médication ou traitement psycho-psychiatrique, l'expert J._____ a nié la présence d'une symptomatologie du registre dépressif (cf. expertise, p. 20). Il s'agit-là indéniablement d'une amélioration par rapport à la situation prévalant en 2002, étant souligné que l'existence d'une atteinte psychique influençant la capacité de travail n'a été pour le reste niée ni par le Dr J._____ ni par le Dr K._____. Contrairement à ce que soutient le recourant, il y a bien eu une comparaison entre les status médicaux de 2002 et de 2007; le Dr J._____ ne s'est pas uniquement prononcé « comme » dans le cadre d'une première demande de prestations AI. Le seul fait qu'il ait retenu la date de septembre 2002, soit quelques mois après l'expertise SMR de juin 2002, pour dater le début d'une incapacité de travail à 50% (cf. p. 28) ne suffit pas pour considérer fondé le grief du recourant. Le Tribunal relève que l'expert J._____ précisait lui-même que cette date était retenue en l'absence d'autres éléments ou pièces objectives; en outre, l'expertise SMR de juin 2002 avait mis en avant

les soucis familiaux de l'intéressé combinés à d'importantes difficultés à trouver un travail dans sa nouvelle profession (cf. également le rapport d'examen SMR, pce 31: trouble dépressif récurrent dans le cadre d'un trouble de la personnalité; la possibilité d'une évolution favorable de l'état psychiatrique est évoquée et il est ainsi proposé d'effectuer une révision dans deux ans), de sorte qu'il n'est pas interdit de considérer qu'une amélioration a pu effectivement déjà intervenir en automne 2002 dans la mesure où l'intéressé, fraîchement remarié et au bénéfice d'une rente entière est alors parti s'établir avec son fils et sa nouvelle femme en République de Guinée. De toute manière, le Tribunal relève que selon l'avis du service médical OAIE, en définitive déterminant ici, la prise en compte de l'amélioration de l'état de santé psychique et sa répercussion sur la capacité de travail n'ont été retenues qu'à partir du 30 janvier 2006, date de l'expertise J._____. Ce faisant, le spécialiste K._____ n'a pas procédé à une reconsidération ou à un prononcé dans le cadre d'une première demande, mais a uniquement tenu compte de l'amélioration notable de l'état de santé psychique de l'intéressé, dûment prouvée. A raison. Au reste, l'intéressé, y compris en procédure de recours, n'a apporté aucun élément susceptible d'infirmier l'existence de cette amélioration; singulièrement, il n'a notamment nullement prouvé, ni même rendu vraisemblable, qu'au 30 janvier 2006, il subsistait chez lui une pathologie de type dépressif. Un motif de révision existe donc bel et bien, et c'est à juste titre que son incidence a été appréciée.

Sur ce plan le recours est donc mal fondé, aucun élément ne justifiant de s'écarter de l'avis médical selon lequel l'atteinte psychique justifie que soit retenue depuis le 30 janvier 2006 une incapacité de travail de 50% uniquement, et non plus de 100%.

11.

11.1 A titre subsidiaire, le recourant conclut à ce que le dossier soit renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction. Il considère que la composante physique, la dimension somatique de l'atteinte à son état de santé (problèmes cervicaux persistants et hépatite C) ne peut rester non élucidée; il reproche à l'OAIE de n'avoir pas apprécié l'ensemble de son état de santé, mais uniquement sa composante psychique.

11.2 Le recourant soutient qu'il ressort de l'expertise SMR de 2002 que ses problèmes cervicaux persistants et son hépatite C ont joué un

rôle important dans la survenance de ses troubles psychiatriques. Le Tribunal ne saurait partager cette lecture de dite expertise. Il rappelle que les experts alors consultés avaient retenu une incapacité de travail totale sur la seule base de la problématique psychique (cf. *supra*, consid. 10.1 et 10.4; à noter que l'intéressé a réussi ses examens de musicothérapeute en février 1999, soit un peu plus d'un an après que son hépatite C ait été diagnostiquée, et qu'aucun élément du dossier n'indique que des atteintes physiques ont empêché le bon déroulement de son stage de trois mois comme musicothérapeute [cf. pces 30, 31, et 74, p. 4 et 24]). Tant sur le plan du status général qu'ostéoarticulaire, de même qu'au niveau de l'appréciation consensuelle du cas et de celui des diagnostics pris en compte (cf. expertise SMR, p. 4ss), notamment, les spécialistes s'étant alors prononcés n'ont nullement retenu la présence sur le plan somatique de problèmes cervicaux persistants, dont la gravité aurait en sus induit la survenance d'atteintes psychiques (cf. les expressions utilisées: « amplitude cervicale préservée », « l'examen clinique reste banal », « normalité du status clinique sur le plan de l'appareil locomoteur »). Il en va de même s'agissant de l'hépatite C (absence de synovites, etc.; cf le statut général *ad* « digestif », ainsi que l'anamnèse par système »; affection ne figurant pas dans les diagnostics relevants).

En réalité, il ressort clairement de l'expertise SMR que sur le plan somatique, l'intéressé était très largement en excellent état (cf. pce 30, p. 4, *ad* statut général) – il indiquait d'ailleurs lui-même faire de nombreuses activités physiques au quotidien, y compris des balades, de la course à pied et un peu de natation (cf. pce 30, p. 2). Outre que, ainsi que dit, aucune affection somatique grave, invalidante et du ressort de l'AI n'a été prise en compte pour l'octroi de la rente entière (cf. pce 31), les experts n'ont donc pas considéré que la problématique somatique avait causé celle psychique, mais que c'est au contraire uniquement du fait de cette dernière que l'intéressé a pu penser être atteint d'atteintes physiques importantes ayant des conséquences sur sa capacité de travail et son taux d'invalidité, ce qui n'était pas le cas (cf. status psychiatrique, p. 5: «... la thymie de l'assuré est dépressive, avec d'importants sentiments de dévalorisation. Il se plaint également d'angoisses portant sur son état de santé physique, investi par l'assuré sur le mode hypocondriaque. »; « ...se sentant mieux depuis qu'il a pu prendre du poids et se faire des muscles »; appréciation consensuelle, p. 6; « il existe, certes, un syndrome « tensionnel »; « le diagnostic de

trouble somatoforme peut être établi et considéré comme responsable de l'évolution défavorable des tensions musculaires de la nuque au cours du temps avec des phénomènes d'amplification qui trouvent leur explication dans la problématique psychiatrique »; également rapport d'examen SMR, pce 31, « trouble somatoforme douloureux persistant contrastant avec des atteintes mineures à la ceinture scapulaire; trouble dépressif récurrent dans le cadre d'un trouble de la personnalité »; « les atteintes psychiques sont au premier plan ». Or, cette analyse de 2002 est largement corroborée par celle du Dr J._____ pour qui les limitations de l'intéressé sont, au plan physique, une tendance à la conversion, au plan psychique et mental, des *plaintes* somatiques diverses (pas d'état dépressif ni anxieux), au plan social, le fait de mal assumer les responsabilités, une attitude trop compétitive (cf. expertise J._____ pce 74, p. 29; également p. 26; à la lecture du dossier, il est notamment frappant de constater combien de plaintes physiques alléguées coïncident avec des événements affectifs particuliers: arrivée d'un premier enfant, reconnaissance d'un second exigée par la justice de paix, dernière étape de formation à réaliser, travail régulier à entreprendre, tensions de couple ou de famille, soucis financiers, voire même mariage [consultation aux urgences le 27 août 2003 (pce 41), soit deux jours avant son second mariage (pce 42)]).

Le Tribunal retiendra dès lors que la prétendue existence en 2002 d'une problématique somatique grave qui aurait en sus eu une influence conséquente sur celle psychique n'est absolument pas établie. Le seul renvoi par le recourant à l'examen d'un médecin généraliste, non spécialiste, réalisé de plus environ deux ans avant l'expertise SMR, est insuffisant (cf. aussi pce 90, p. 2: pures affirmations que ne vient étayer nulle pièce).

11.3 Cela étant, le Tribunal relève aussi que l'intéressé a fait valoir, y compris en procédure de recours, souffrir actuellement de troubles de nature physique importants. Or, les derniers examens effectués sur ce plan figurant au dossier datent du 27 août 2003 (cf pces 41; ils sont postérieurs à l'expertise SMR de 2002). Les affections y mentionnées paraissent certes pouvoir atteindre peu ou prou tout un chacun l'âge avançant; en outre, en tout état de cause, ces pièces médicales ne contiennent aucune description plus précise notamment quant à l'influence sur la capacité de travail, pas plus qu'il n'y est soutenu qu'il s'agit-là d'une atteinte grave à la santé ayant valeur de maladie

invalidante. Toutefois, l'on ne peut que constater l'absence de tout document récent relatif à la situation sur le plan somatique – à noter que c'est uniquement le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychologie, qui s'est prononcé à cet égard en procédure d'audition (pce 99).

Le Tribunal n'est dès lors pas en mesure d'examiner si la situation s'est notablement modifiée depuis la dernière décision entrée en force non seulement du fait de l'amélioration établie de la problématique psychique, mais aussi, négativement, du fait d'une péjoration sur le plan somatique. Or, un juge ne se substituera pas à un médecin lorsque pour apprécier une situation de fait il faut disposer de connaissances spéciales. Dans la mesure où les circonstances de l'espèce demandent impérieusement de pouvoir se baser sur une analyse complète et univoque sur le plan somatique, l'autorité de céans ne saurait sans celle-ci valablement juger la présente cause au fond et se rallier sans autre aux conclusions matérielles de l'autorité intimée quant à l'existence d'une capacité de travail de 50% dès janvier 2006 et donc quant à la justification de la décision attaquée réduisant la rente de l'intéressé.

11.4 Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire. Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas.

Par conséquent, l'OAIE invitera le médecin en charge du suivi somatique du recourant, si un tel suivi existe actuellement, à rendre un rapport détaillé; ensuite, l'office mettra en œuvre une expertise médicale permettant d'établir l'état de santé somatique de l'intéressé en effectuant tout examen jugé nécessaire à cet égard (en particulier quant aux cervicalgies alléguées et quant à l'hépatite C). Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'autorité inférieure, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date à la visite. Ensuite, après la procédure d'audition, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

11.5 Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner la mesure d'instruction requise par le recourant (cf. recours, p. 8).

12.

Au vu de l'issue du présent recours, il ne sera pas perçu de frais de procédure (63 al. 1 et 2 PA; art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Il est rappelé que le recourant a été dispensé du paiement de ces frais par décision incidente du 9 juin 2008.

Sur la base du dossier, de l'issue de la procédure, de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le mandataire du recourant y a dû consacrer, une indemnité de dépens de Fr. 1'200.- sera allouée à ce dernier, à charge de l'autorité intimée, en application de l'art. 64 PA et de l'art. 7 FITAF.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 5 juin 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il complète l'instruction conformément au considérant 11 ci-dessus.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 1'200.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité intimée (n° de réf.)
- à l'OFAS

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

Indication des voies de droit :

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

Expédition :