



## Arrêt du 27 juillet 2020

---

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),  
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Philippines),  
représenté par Maître Michel de Palma,  
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 25  
juin 2018).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant, l'assuré, l'intéressé), ressortissant suisse né en 1966, s'est formé à (...) dans le domaine de la serrurerie de 1982 à 1985, puis a travaillé en Suisse en qualité de monteur depuis 1998 (OAIE pce 85 à 87).

**A.a** Au mois de janvier 2001, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec une incapacité de travail attestée depuis septembre 2000 en raison d'un état de fatigue, de rigidités musculaires, de céphalées, de douleurs articulaires et au niveau du dos, de pertes de mémoire ainsi que de difficultés de concentration (demande du 8 janvier 2001, OAIE pces 86 et 90).

**A.a.a** Entre autres mesures d'instructions, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'office AI) a mis en œuvre une expertise auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie (OAIE pce 80).

Dans son rapport du 15 juin 2001, ce médecin a retenu au titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail une fibromyalgie (« *Fibromyalgie-Syndrom* »), un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires sur ostéochondroses/spondylarthroses L3/4 et L4/5 ainsi qu'un syndrome douloureux des vertèbres cervicales sur légère chondrite C5/6. Ont en outre été observés, sans que cela n'influence toutefois la capacité de travail, une ostéosclérose dégénérative des articulations sacro-iliaques, une sérologie positive à la syphilis, un rétrécissement urétral (« *Harnröhrenstriktur* »), une probable colite ulcéreuse, ainsi qu'un status après fracture ouverte de l'index et du pouce droits.

Après avoir retranscrit l'anamnèse de l'assuré, l'expert a expliqué que ce dernier se plaint au premier plan de douleurs au dos – essentiellement lombaires avec irradiations dans les cuisses – accentuées à l'effort ou en position debout et présentes depuis 7 à 8 ans avec une aggravation depuis mars 2000. Au niveau des extrémités par ailleurs, l'intéressé évoque des douleurs liées au port de charges. L'examen clinique a essentiellement permis d'observer des sensibilités à la pression (« *Druckpunkte* » ; « *Druckempfindlichkeit* ») au niveau de la musculature de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, du trapèze, des poignets, du fémur et des genoux. Quant aux examens diagnostics réalisés depuis 1993, ils ont documenté diverses affections de la colonne vertébrale et du sacrum, soit en particulier de l'ostéochondrose, de l'arthrose ainsi que des discopathies affectant les segments L3 à L5, C5 et C6.

Cela étant, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté que les atteintes observées aux vertèbres L3/4 et L4/5 s'étaient aggravées au cours des dernières années en dépit des traitements de physiothérapie instaurés, retenant que cette évolution défavorable allait à l'avenir se poursuivre. A l'inverse, les troubles cervicaux sont restés en grande partie stationnaires. Par ailleurs, confirmant le diagnostic de fibromyalgie rapporté par le Dr D.\_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine interne – en présence de 14 « tender points » sur 18 (rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2000, OAIE pce 86 p. 3) ainsi que par les spécialistes du centre de réhabilitation E.\_\_\_\_\_ au terme d'un séjour du 17 janvier au 7 février 2001, l'expert a admis des effets correspondants sur la capacité de travail de l'assuré (« *Dagegen muss die von Dr. med. J.-J. D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte und in der Rheumaklinik F.\_\_\_\_\_ ebenfalls dargelegte Fibromyalgietendenz aufgrund der deutlichen mehrfachen Tenderpoints bestätigt werden, mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten* », expertise, p. 8 ; cf. également p. 11). Aussi le Dr C.\_\_\_\_\_ ne juge-t-il pas nécessaire de mettre en œuvre un examen psychiatrique, considérant que les symptômes d'ordre psychique évoqués par l'assuré interviennent en réaction à ses douleurs chroniques.

De là, après avoir exclu toute reprise par l'assuré de son ancienne activité de monteur, l'expert a suggéré de réinsérer progressivement celui-ci dans une activité adaptée, soit une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant ni de travaux prolongés en position debout, ni le port de charges supérieures à 10 à 15 kg. Ainsi, moyennant un accompagnement et un traitement appropriés, l'assuré devrait à terme être en mesure de fournir des performances normales.

**A.a.b** Dès novembre 2001, une réadaptation sous la forme d'une réinsertion professionnelle a été mise en œuvre auprès de G.\_\_\_\_\_ en (...) et de H.\_\_\_\_\_ à (...). Ces mesures ont toutefois été interrompues en juin 2002 en raison du manque de motivation de l'intéressé, à qui une capacité de travail de l'ordre de 50 % a été reconnue (OAIE pces 59 et 69 ; cf. également OAIE pces 67 à 79).

**A.a.c** Après s'être prononcé sur les droits de l'assuré par préavis du 29 octobre 2002 (OAIE pce 54), contesté par correspondance du 15 novembre 2002 (OAIE pce 51), l'office AI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH (OAIE pce 50). A suivre son rapport du 15 mai 2003 (OAIE pce 47) – ainsi que son complément du 2 juin 2003 (OAIE pce 44) –, l'assuré présente comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail un syndrome douloureux

persistant (CIM-10 F45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.10), une personnalité anankastique (CIM-10 F60.5), une utilisation d'alcool nocive pour la santé (CIM-10 F10.1), un syndrome de fibromyalgie, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires sur légères dégénérescences. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a repris en substance ceux énoncés par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 juin 2001.

Procédant à l'anamnèse, le Dr I. \_\_\_\_\_ a rapporté un traumatisme vécu par l'assuré durant son enfance, lorsque celui-ci a été querellé par des voisins plus âgés. Durant son apprentissage ensuite, l'intéressé a été affecté par la mort d'un collègue de travail, après quoi il a développé des pensées dépressives ainsi qu'un rapport nocif à l'alcool. A la suite de la chronicisation de ses douleurs aux vertèbres, il a derechef développé des humeurs dépressives, particulièrement prononcées en octobre 2002. Cela étant, quelques séances de psychothérapie ont été mises en œuvre dès octobre 2002 auprès du centre de psychiatrie J. \_\_\_\_\_, qui a attesté d'une médication à base de Celebrex 200mg, de Mydocalm et de Valium 5mg (rapport du 26 novembre 2002, OAIE pce 37).

Toujours selon le Dr I. \_\_\_\_\_, l'assuré se plaint au plan subjectif essentiellement de douleurs handicapantes et d'intensité irrégulière au niveau du dos, de la nuque, des coudes et des genoux. Il exprime en outre une humeur dépressive avec parfois une volonté de se suicider ainsi que des difficultés de concentration. Au status psychique, est décrit un assuré orienté, présentant une capacité à mémoriser intacte, une bonne intelligence et une capacité de concentration normale. Sa personnalité est marquée par un sentiment dépressif ainsi que par des traits perfectionnistes et obsessionnels. Cela étant, aux yeux de l'expert, le diagnostic de trouble de la personnalité apparaît au premier plan, avec des composantes relevant de la phobie sociale et du manque de confiance en soi. L'état dépressif, qui se manifeste de façon récidivante depuis l'adolescence, est marqué depuis plusieurs années par l'influence des douleurs chroniques et d'une situation sociale, familiale et professionnelle fragile. Quant aux multiples douleurs – qui ont de nouveau été rapportées à un syndrome de fibromyalgie par le centre E. \_\_\_\_\_ à l'issue d'une cure du 19 mars au 8 avril 2003, au terme de laquelle un traitement à base de Valium et de Tryptisol 20mg était prescrit (OAIE pce 36) –, l'expert les met partiellement en relation avec la structure de caractère de l'assuré, des conflits socio-familiaux ainsi qu'avec la problématique d'estime de soi ; aussi observe-t-il que ces facteurs ont pour effet d'aggraver les douleurs et motivent par conséquent le diagnostic de syndrome douloureux persistant.

A suivre l'expert, le syndrome douloureux persistant, le trouble dépressif récurrent ainsi que le trouble de la personnalité diagnostiqués chez l'assuré entraînent une incapacité de travail de 50 % dans une activité légère (« *Aus psychiatrischer Sicht liegen, wie oben ausgeführt, eine charakterneurotische Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige Episode einer rezidivierend depressiven Störung und somatoforme Schmerzstörungen vor. Diese Störungen schränken die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht etwa 50% für leichtere Arbeiten ein* », p. 8 expertise). Cela étant, vu le manque de motivation observé au cours des mesures de réadaptation, l'expert formule un pronostic défavorable quant à la réintégration de l'assuré.

**A.a.d** Dans une prise de position du 23 octobre 2003, le service médical de l'office AI a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50 % dans des activités respectant les limitations énoncées par le Dr C. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 34). Aussi, par décision du 28 octobre 2003, l'office AI a alloué à l'assuré une rente complète d'invalidité de juillet 2001 à juin 2002, puis une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 62,77 % résultant de la comparaison entre un revenu de valide de Fr. 64'947.25 et un revenu d'invalidé de 24'180.15 évalués sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; OAIE pce 32).

**A.b** En mai 2004, l'intéressé a quitté la Suisse pour s'installer aux Philippines (OAIE pces 11 et 20). Par décision du 28 octobre 2004, après avoir exclu – au vu essentiellement de renseignements fournis par l'assuré en réponse à un « questionnaire pour révision de rente » – toute évolution significative des circonstances médicales (OAIE pces 24 à 28), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a porté la rente de l'assuré à trois-quatre de rente en application des dispositions de la 4<sup>ème</sup> révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (OAIE pce 14).

**A.c** Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ – médecin de spécialisation inconnue pratiquant aux Philippines et suivant l'assuré depuis 2005 en raison de ses douleurs au dos – a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de gastrite et de dépression ; aussi a-t-il pris acte des douleurs aux muscles, de la faible concentration, de l'irritabilité et des pertes de mémoire évoqués par l'assuré. En guise de traitement, une médication à base de morphine et d'antalgiques a été attestée par ce médecin, qui reconnaît à l'assuré une capacité de travail de 10 % dans son ancienne activité (rapport du 11 février 2008, OAIE pce 103 ; cf. également OAIE pce 147). Cela étant, s'appuyant sur une prise de position de son service médical (OAIE pce 106), l'OAIE a communiqué

à l'assuré le maintien de sa rente d'invalidité en raison d'un état de fait resté inchangé (communication du 27 juin 2008, OAIE pce 107).

**A.d** Le 19 novembre 2010 est décédée l'épouse de l'assuré. Aussi, afin de tenir compte du droit de ce dernier à une rente de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants et à une rente de l'assurance-invalidité, l'OAIE lui a alloué une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 (décision du 10 juin 2011 ; OAIE pce 129 ; cf. également OAIE pces 118 ss).

**A.e** En mars 2013, dans le contexte d'une nouvelle procédure de révision, le Dr K. \_\_\_\_\_ a réitéré le diagnostic de fibromyalgie, lequel se manifeste sous la forme de douleurs, principalement au dos, entraînant, d'une part, des limitations au niveau du rachis et des extrémités et, d'autre part, des mouvements déficitaires, une marche laborieuse et une grande fatigabilité. L'état mental est caractérisé par une humeur dépressive. Aux dires du médecin-traitant, la symptomatologie de l'assuré – qui s'est aggravée au cours des dernières années – l'empêche de réaliser des tâches quotidiennes et d'acquiescer des activités physiques modérées. Aussi l'intéressé demeure-t-il capable d'exercer de façon régulière des travaux légers proscrivant le risque de chute, l'exposition à l'humidité, au froid, à la chaleur et aux émanations, ne nécessitant pas de travail posté ou nocturne et n'impliquant pas de flexion répétée, de port ou levage de charges et de gravir des plans inclinés, échelles ou escaliers. Excluant que l'assuré puisse en l'état exercer un travail adapté, le Dr K. \_\_\_\_\_ reconnaît qu'une réadaptation et le suivi d'une médication à base de morphine 30mg et de diazépam sont susceptibles d'améliorer l'état de santé de ce dernier (OAIE pce 147).

Après avoir saisi l'avis de son médecin-conseil – qui exclut au vu du rapport ci-dessus toute modification de l'état de santé de l'assuré (OAIE pce 152) –, l'OAIE a maintenu les prestations allouées par communication du 14 juin 2013 (OAIE pce 153).

## **B.**

En mai 2016, l'OAIE a ouvert une nouvelle procédure de révision (OAIE pce 161).

**B.a** Dans un rapport médical du 21 juillet 2016, le Dr L. \_\_\_\_\_ – médecin spécialisé en médecine de la douleur et en anesthésiologie suivant l'assuré depuis juillet 2014 (OAIE pce 200) – a retenu un diagnostic de fibromyalgie donnant lieu à une médication à base de morphine par 2 tablettes de 10mg par jour et de prégabaline à récurrence de 4 tablettes de 50mg par jour. Au

plan mental, le médecin a constaté une humeur dépressive. En outre, des limitations provoquées par les douleurs sont observées au rachis et aux membres inférieurs et supérieurs, de même que sont décrits des mouvements déficitaires et une marche laborieuse. Cela étant, n'observant pas de changement depuis son précédent examen, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exclu chez l'assuré toute capacité résiduelle de travail (OAIE pce 165).

**B.b** De là, sur initiative de son service médical (OAIE pce 168), l'OAIE a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès des Drs M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et N. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH (OAIE pce 175).

**B.b.a** Dans son rapport du 27 avril 2017 (OAIE pce 194), le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics incapacitants les troubles dégénératifs mis en évidence par les radiologies réalisées (« *radiologisch pathologische Befunde* », p. 9 expertise) sous la forme essentiellement d'articulations sacro-iliaques discrètement sclérosées, usées et affectées d'arthrose, d'une arthrose légère au niveau de la deuxième phalange de l'annuaire droit, d'un status après fracture du métacarpe du pouce, d'une ostéochondrose légère liée à l'âge au niveau de la 6<sup>ème</sup> vertèbre cervicale accompagnée d'une lordose physiologique, d'une 12<sup>ème</sup> vertèbre dorsale raccourcie (« *Stummelrippe von BWK 12* »), d'une scoliose légèrement convexe au niveau du bassin ainsi que d'une ostéochondrose légère et liée à l'âge au niveau des vertèbres lombaires 3 à 5 (p. 6 expertise).

Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, a été retenu un syndrome douloureux chronique diffus sans élément somatique clair, associé à des éléments non pathologiques ainsi qu'à une fibromyalgie primaire et se manifestant sous la forme de polyarthralgie des articulations axiales et périphériques – elles-mêmes rapportées à un syndrome panvertébral avec radiations diffuses à la tête et aux extrémités –, des douleurs diffuses à la pression ainsi que des plaintes multiples telles que troubles du sommeil et de la concentration, fatigue, céphalées et douleurs à la zone abdominale et de la poitrine. Ont en outre été retenus au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une neurasthénie, une dyspepsie anamnestique, un trouble de la glycogénose ainsi qu'un tabagisme.

A la base de ces diagnostics, l'expert observe une importante discrédance entre les plaintes de l'assuré d'une part et son status clinique et objectif d'autre part. Ainsi, les dégénérescences objectivées par les examens diagnostics au niveau de la main droite et de la colonne vertébrale essentiel-

lement sont de faibles intensités (« *Leichtgradige* »), respectivement correspondent à l'âge de l'assuré. De même, au plan objectif et sous réserve des quelques limitations liées aux lésions radiologiques, l'examen clinique est essentiellement normal. Or, ce nonobstant, l'assuré se plaint d'importantes douleurs au niveau des tissus mous et du dos notamment, lesquelles s'expliquent plus par des facteurs n'ayant pas valeur de maladie que par un substrat organique objectivable. Dans ce contexte, en présence de symptômes inorganiques essentiellement et d'une attitude démonstrative de l'assuré, l'expert retient le diagnostic de fibromyalgie primaire, dont les manifestations ne sont la plupart du temps pas expliquées par un substrat somatique quelconque. Observant de façon abstraite que le rhumatologue ne peut justifier de restrictions de la capacité de travail que sur la base de plaintes somatiques justifiables ou de constatations organiques, l'expert reproche au Dr C. \_\_\_\_\_ d'avoir fait preuve d'une erreur de jugement (« *Fehleinschätzung* ») en admettant, dans son expertise de 2001, une incapacité de travail en raison du syndrome de fibromyalgie, sans investiguer davantage la nature des plaintes exprimées par l'assuré et sans solliciter l'avis d'un psychiatre (expertise, p. 11 et 12). Aussi l'évaluation de la capacité de travail fournie par le Dr C. \_\_\_\_\_ est-elle qualifiée de trop généreuse (« *sehr grosszügig* ») par le Dr M. \_\_\_\_\_, qui exprime ne pas être convaincu par les conclusions de la première expertise rhumatologique, laquelle ne met en définitive pas en évidence de limitations durables de la capacité de travail de l'assuré ; à cela s'ajoute que la description des plaintes contenue dans cette première expertise ne permet pas au lecteur de se faire une représentation fiable de l'état de santé de l'intéressé au moment de sa réalisation. Néanmoins, s'en remettant essentiellement aux constatations cliniques, le Dr M. \_\_\_\_\_ observe que depuis le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 – ou du moins depuis celui du Dr L. \_\_\_\_\_ du 9 août 2016 (expertise p. 18) –, l'assuré présente, par rapport à 2001, une faible amélioration (« *leichtgradige Verbesserung* ») de son état de santé principalement en relation avec ses genoux, son index droit, ainsi que sa colonne vertébrale, qui connaît un regain de mobilité lombaire (p. 13 à 16 expertise).

De là, le Dr M. \_\_\_\_\_ retient que d'un point de vue purement somatique, la capacité de travail de l'assuré n'est plus limitée de manière durable depuis des années, peut-être déjà depuis l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ de 2001. Cela étant, à dire d'expert, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité modérément exigeante (« *mittelgradig körperlich belasten* ») n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 à 25 kg (p. 18 et 19 expertise).

**B.b.b** Dans un rapport daté du 27 avril 2017 également (OAIE pce 197), le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de neurasthénie avec : (i) status après trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4) et images radiologiques pathologiques ; (ii) troubles dépressif, aujourd'hui guéri (F32.4/F33.4) ; (iii) traits de personnalité accentués (perfectionniste, anankastique, histrionique et narcissique, Z73.1) ; et (iv) utilisation de dérivés morphiniques prescrits.

Après avoir repris l'anamnèse de l'assuré et exposé la façon dont il structure ses journées, l'expert a rapporté les plaintes exprimées par celui-ci, à savoir principalement un état de fatigue, un trouble de la concentration, des douleurs d'intensité variable au niveau de la nuque, du dos et des genoux ainsi qu'une humeur dépressive. S'agissant de la médication, l'intéressé suit un traitement à base de Lyrica 100 mg (prégabaline), de Morphium 20 mg, de Valium 10 mg et de somnifères. Au status psychique, l'expert a décrit un assuré dans un bon état général, démontrant une bonne intelligence, adapté socialement, compétent, cohérent et éveillé. Aucun syndrome dépressif n'est objectivé au test MADRS-S (Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment). En revanche, au Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2), l'assuré s'est montré retiré, découragé, ralenti, rigide, exigeant et histrionique.

Selon le Dr N. \_\_\_\_\_, dans les suites d'un syndrome douloureux chronique et de pressions sociales importantes (situation financière et familiale difficile), l'assuré a subi en 2000/2001 une première décompensation psychique sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux et d'un épisode dépressif moyen. Il s'en est suivi une accentuation des traits narcissique et histrionique de sa personnalité ainsi qu'une consommation accrue d'alcool. Cela étant, à dire d'expert, ces troubles sont désormais guéris. En particulier, aucune atteinte au sens de la catégorie F45 de la CIM-10 n'est plus donnée. En effet, le trait caractéristique des troubles somatoformes est la présentation répétée de symptômes physiques en combinaison avec des demandes persistantes d'exams médicaux malgré des résultats négatifs et l'assurance fournie par les médecins que les symptômes ne peuvent pas être expliqués organiquement. Or, un tel comportement n'est plus documenté après la mise en œuvre de l'examen du Dr I. \_\_\_\_\_ de mai 2003 et n'est pas observé au jour de la réalisation de l'expertise, où l'assuré ni ne se plaint de douleurs persistantes, sévères et pénibles, ni ne formule dans ce contexte des demandes particulières. De même, le diagnostic d'état dépressif ne peut pas non plus être confirmé sur la base des informations au dossier postérieures à mai 2003. En effet, les symptômes ob-

servés chez l'assuré – à savoir, au premier plan, un syndrome neurasthénique résiduel – ne sont pas suffisamment graves ou de longue durée pour admettre un état dépressif, même léger. Chez l'assuré, le syndrome dépressif n'a ainsi pas valeur de maladie et constitue davantage l'expression de certains de ses traits de personnalité. D'ailleurs, contrairement à l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_, les traits accentués de personnalité observés chez l'assuré, au vu de leur gravité, constituent des variantes de la norme (« Varianten der Norm »), susceptibles d'influencer l'état de santé (CIM-10 Z73.1), mais n'ayant pas valeur de maladie au sens de la CIM-10. Aussi le diagnostic de trouble de la personnalité (F60.5) doit-il être exclu.

De là, l'expert retient qu'en comparaison avec la situation au moment de la réalisation de l'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ de mai 2003, l'état de santé de l'assuré au jour de l'examen a connu une amélioration substantielle, sous la forme de la rémission du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif. Ainsi, en avril 2017, il ne demeure chez l'intéressé qu'un syndrome neurasthénique et des traits de la personnalité accentués, ces états n'ayant toutefois pas valeur de maladie et n'entraînant pas de répercussion sur la capacité de travail.

**B.c** Après que le Dr L. \_\_\_\_\_ ait réitéré, dans une prise de position du 2 mars 2017, que l'assuré poursuit son traitement à base de Morphine 10 mg et de Pregabalin 50 mg en raison de douleurs chroniques rapportées à une fibromyalgie (OAIE pce 200), le Dr O. \_\_\_\_\_ – médecin SMR spécialisé en Médecine générale – a constaté, sur la base des rapports des Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, que « *l'état de santé a changé de manière significative au point de modifier l'incapacité de travail* ». Partant, le médecin-conseil reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail pour un travail léger à modéré dans un local tempéré, permettant d'alterner les positions assise et debout et ne sollicitant pas la colonne vertébrale de manière répétitive (rapport du 15 mai 2017, OAIE pce 203).

**B.d** Le 2 juin 2017, se référant au profil d'exigibilité désigné par son service médical, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a évalué à 24 % le taux d'invalidité de l'assuré. Pour ce faire, se référant aux données statistiques résultant de l'ESS, elle a mis en comparaison un revenu de valide de Fr. 6'094.28 et un revenu d'invalidité de Fr. 4'8017.72 eu égard à un abattement pour circonstances personnelles de 15 % (OAIE pce 204). Aussi, par préavis du 15 août 2017, l'OAIE a constaté que l'assuré ne disposait plus d'un droit à une rente d'invalidité depuis avril 2017 (OAIE pce 206).

Suite à la contestation de l'assuré (OAIE pces 207 et 216), les Drs P. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ – psychiatres auprès du SMR -, ainsi que le Dr R. \_\_\_\_\_ – médecin SMR spécialisé en rhumatologie – ont observé que rien au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions des experts M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ (OAIE pces 220, 222 et 223). En conséquence, par décision du 25 juin 2018, la rente de l'assuré a été supprimée avec effet au 1<sup>er</sup> août 2018 (OAIE pce 225).

### **C.**

L'assuré interjette recours contre la décision susmentionnée du 25 juin 2018, dont il demande l'annulation. En substance, il conclut à titre principal à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 25 juin 2018 et, à titre subsidiaire, à ce qu'une instruction complémentaire soit réalisée (TAF pce 1). Dans une écriture complémentaire du 10 septembre 2018, l'intéressé a déposé une prise de position du Dr L. \_\_\_\_\_, qui lui reconnaît l'incapacité d'assumer une activité de façon prolongée en raison de douleurs au dos (rapport du 3 septembre 2018, TAF pce 4).

Dans sa réponse du 30 novembre 2018, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A cet effet, elle a versé en cause une prise de position du Dr S. \_\_\_\_\_ – médecin SMR spécialisé en rhumatologie –, qui reprend pour l'essentiel les conclusions de ses confrères les Drs M. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ (TAF pces 9 et 21).

L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties aient réitéré leur position dans des écritures respectives des 21 janvier 2019 (TAF pce 13), 12 février 2019 (TAF pce 15) et 21 février 2019 (TAF pce 17).

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33

let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

## **2.**

**2.1** Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il 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).

**2.2** Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit 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 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, la décision attaquée ayant été rendue le 25 juin 2018, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur à ce moment-là.

## **3.**

Au plan formel, remettant en doute l'objectivité de l'expertise administrative retenue à la base de la décision attaquée, le recourant reproche à l'OAIE d'avoir examiné son droit à une rente d'invalidé à la lumière d'une instruction incomplète. Etant entendu que l'autorité peut renoncer à poursuivre l'instruction lorsqu'elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 125 V 351 consid. 3a), ce grief n'a toutefois pas de portée propre par rapport à celui tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Aussi sera-t-il examiné avec le fond du litige.

**4.**

Le litige a pour objet l'étendue du droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2018. Compte tenu des conclusions des parties, il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré a connu une modification notable justifiant de réviser la rente partielle allouée depuis 2002.

**5.**

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant est domicilié aux Philippines, pays avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale (ci-après : la Convention ; RS 0.831.109.645.1). Ce nonobstant, en présence d'un ressortissant suisse ayant cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité suisse s'examine exclusivement en application du droit suisse (art. 6 de la Convention, en relation avec ses art. 2 al. 1 let. b, 3 al. 1 let. a et 5 al. 1).

**5.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). 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).

**5.2** 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.

Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment : TF 9C\_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). En revanche, 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**5.3** 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). Aussi, on entend par invalidité 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 ; cf. également : ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

S'agissant en particulier des atteintes à la santé psychique, elles supposent – pour être retenues à la base d'une perte de gain – la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence constante, la preuve du caractère invalidant d'un tel trouble doit être apportée selon une procédure probatoire structurée en référence aux indicateurs définis à l'ATF 141

V 281 (ATF 143 V 418 consid. 5 et 6). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Par ailleurs, on peut d'emblée conclure à l'absence d'une atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsqu'un phénomène d'exagération des symptômes ou une attitude telle est identifiée chez l'intéressé (ATF 141 V 281 consid. 2.2). ...

**5.4** Pour fixer le taux d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396). En outre, dans le cadre d'une révision, les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée (TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.22).

Cela étant, selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ou que des circonstances particulières ne fondent objectivement des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé

de l'évaluation (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C\_575/205 du 23 mars 2016 consid. 5.2).

**5.5** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 p. 429; 139 V 176 consid. 5.3 p. 186; 138 V 218 consid. 6 p. 221 s.).

En outre, la procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité 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, elle 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). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

## **6.**

Dans le cas d'espèce, pour examiner l'existence d'un motif de révision, l'autorité inférieure a à bon droit comparé la situation médicale de l'assuré telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale d'octroi de rente à celle existant lors de la décision litigieuse. En effet, ni la décision de l'OAIE du 28 octobre 2004 – qui s'insère essentiellement dans le contexte de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI –, ni les communications des 27 juin 2008 et 14 juin 2013 ne reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (consid. 5.2 ci-avant). Aussi peut-on faire abstraction ici de ces prononcés, ce que ne conteste au demeurant pas le recourant.

**6.1** Cela étant, remettant en cause la fiabilité et l'objectivité des expertises des Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ – qui ne respecteraient pas les standards en la matière, minimiseraient ses plaintes, ne prendraient pas en compte toutes les pièces médicales versées au dossier et aborderaient le cas avec partialité –, le recourant soutient que son état de santé l'empêche de reprendre toute activité et conclut en conséquence à ce qu'une rente complète d'invalidité lui soit allouée. Se prévalant essentiellement des prises de position de son médecin-traitant le Dr L. \_\_\_\_\_, il retient ainsi implicitement que sa situation s'est péjorée depuis l'octroi en 2003 d'une rente partielle d'invalidité.

De son côté, l'autorité inférieure reconnaît une pleine valeur probante aux expertises susmentionnées, qui mettent à ses yeux en évidence une nette amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, sous la forme notamment de la rémission du trouble dépressif attesté en 2003 par le Dr I. \_\_\_\_\_.

**6.2** En l'occurrence, la décision initiale de rente se fonde principalement sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2001 et sur celle du Dr I. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2003. Au plan rhumatologique, en dépit de la fibromyalgie et du syndrome douloureux chronique diagnostiqués par l'expert, cette décision du 28 octobre 2003 reconnaît à l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée – soit, en substance, une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10 à 15 kg. A cela s'ajoute une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, admise en relation avec le syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), le trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.10) et le trouble de la personnalité (CIM-10 F60.5) retenus au plan psychiatrique.

A suivre les Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'est depuis lors amélioré, avec la rémission au plan psychique du trouble dépressif et du trouble somatoforme douloureux et, au plan rhumatologique, avec une légère amélioration clinique au niveau de la colonne vertébrale et des extrémités. Aussi, à l'issue de leur rapport respectif du 27 avril 2017, les experts considèrent l'assuré capable d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité modérément exigeante, soit n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 à 25 kg.

**6.2.1** Quoiqu'en dise le recourant, les appréciations des Drs M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ sont complètes et objectives. En tant qu'ils se prononcent sur la situation prévalant au jour de l'examen, les experts – spécialisés dans

les disciplines concernées – procèdent en effet à une discussion claire et précise des circonstances médicales susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré, énonçant précisément les raisons retenues à la base de leur position. En outre, les Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont dressé l'anamnèse détaillée de l'assuré en résumant systématiquement les pièces médicales importantes versées au dossier, ont consigné avec précision les plaintes exprimées par celui-ci et ont dressé son tableau clinique complet. Aussi le constat du recourant selon lequel le Dr M.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas l'une des prises de position du Dr L.\_\_\_\_\_ ne saurait-il porter à conséquence dès lors que dans ses rapports successifs, ce dernier médecin se borne pour l'essentiel à énoncer le diagnostic de fibromyalgie retenu et le traitement médicamenteux prescrit à l'assuré. En outre, contrairement à ce que suggère l'assuré, les experts ne manquent d'aucune manière à leur professionnalisme. En particulier, l'expression « *Haben die Ärzte früher auch nichts gefunden ?* » que le recourant prête au Dr M.\_\_\_\_\_, si elle exprime certes l'opinion médicale de ce médecin, ne fait pour autant pas douter de son impartialité. On ne voit par ailleurs pas non plus que les expertises litigieuses violent les usages en la matière. D'ailleurs, le recourant n'exprime pas en quoi le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ contreviendrait aux « *standards de la psychiatrie* ». Dans tous les cas, la durée de l'examen personnelle mené par le psychiatre – jugée trop courte par l'assuré – 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 (entre autres : TF 9C\_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2). Quant à la valeur accordée par les experts aux plaintes subjectives de l'assuré, elle ne constitue pas non plus un motif permettant d'invalider leurs conclusions. Selon la jurisprudence en effet, pour justifier une invalidité, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 141 V 281 ; 140 V 290 ; 130 V 352).

Ainsi donc, contrairement à ce que soutient le recourant, on n'identifie aucun indice concret ou circonstance particulière permettant de douter du bien-fondé ou de l'impartialité de l'évaluation des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. Avec l'autorité inférieure, on peut donc admettre que leurs rapports d'expertise présentent une valeur probante suffisante.

**6.2.2** Autre est la question de savoir si en comparaison de la situation qui prévalait en 2003, les constatations des experts mettent en évidence une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

**6.2.2.1** Or, cette éventualité doit être écartée d'emblée s'agissant des atteintes rhumatologiques. En effet, lorsqu'il se prononce sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis la décision initiale de rente, le Dr M. \_\_\_\_\_ observe uniquement de faibles améliorations du status clinique, en particulier au niveau des extrémités et de la colonne vertébrale. Pour autant, aucune amélioration notable de la capacité de travail n'est attestée en relation avec cette évolution. Ainsi, l'expert n'y fait plus référence lorsqu'il dresse le profil d'exigibilité médico-théorique de l'assuré. Il retient en revanche que d'un point de vue strictement somatique, la capacité de travail du recourant n'a jamais réellement été restreinte de manière permanente. Qualifiant de trop généreux le profil d'exigibilité dressé par le Dr C. \_\_\_\_\_ – qui tiendrait compte à tort de symptômes ne trouvant pas de substrat organique – le Dr M. \_\_\_\_\_ fournit ainsi davantage une appréciation nouvelle d'un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé. Certes, l'expert exclut de façon péremptoire toute limitation de la capacité de travail de l'assuré « en raison de l'amélioration de l'état de santé » (*« Aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der seit dem orthopädischen Gutachten vom 15.06.01 ausgewiesen ist, kann ich spätestens seit diesem aktuellen Gutachten für eine angepasste Verweistätigkeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründen »*, expertise p. 19). En présence d'améliorations expressément qualifiées de faibles par l'expert (*« leichtgradige Verbesserung »*), cette assertion – qui intervient d'ailleurs précisément lorsque ce dernier critique l'appréciation initiale de son confrère C. \_\_\_\_\_ – ne saurait toutefois suffire à elle seule à retenir l'existence d'un changement clairement objectivé des circonstances médicales pertinentes.

**6.2.2.2** Au plan psychique par ailleurs, l'expert constate la rémission des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent (F33.10), attestés en 2003 par le Dr I. \_\_\_\_\_. Aussi observe-t-il une amélioration substantielle de l'état de santé de l'assuré, qui se manifeste par le recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations de nature rhumatologique. Cela étant, pour admettre cette amélioration, l'expert s'en tient essentiellement à ce constat que les pièces au dossier postérieures au rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ de mai 2003 ne documentent pas les traits caractéristiques des diagnostics considérés, qui ne sont pas davantage observés lors de la réalisation de l'expertise.

En l'état actuel du dossier, les motifs énoncés par le Dr N. \_\_\_\_\_ ne suffisent toutefois pas à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante,

l'existence d'une modification notable de l'état de santé de l'assuré. En effet, il faut bien constater que le recourant n'a plus fait l'objet d'investigations médicales approfondies suite à l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_. Ainsi, les pièces médicales postérieures à la décision initiale de rente attestent tout au plus que le recourant a poursuivi le traitement médicamenteux à base d'antidouleurs et d'antidépresseurs instauré déjà en 2003 et qu'il a continué à être pris en charge aux Philippines en raison essentiellement d'une symptomatologie douloureuse, que ses médecins-traitants ont systématiquement rapportée à une fibromyalgie (OAIE pces 103, 106, 147, 152, 165 et 200 essentiellement). Ces rapports médicaux, tant ils sont succincts, ne disent en revanche rien de la façon dont les symptômes de l'intéressé se sont manifestés entre 2003 et 2017 et ne permettent pas d'établir la manière dont le tableau clinique de celui-ci a évolué. Aussi ne voit-on pas que l'on puisse en déduire un changement clairement objectivé de la situation psychique de l'assuré (TF 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3). En outre, dans la mesure où aucune prise en charge psychiatrique sérieuse n'a jamais été mise en place, on ne saurait conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assuré à la lumière du fait qu'un tel suivi n'a pas été mis en place postérieurement à l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_.

Quant aux constatations consignées par les experts dans leur rapport respectif des 5 mai 2003 et 27 avril 2017, elles ne fondent pas non plus un motif de révision. Force est en effet de constater que les plaintes et le tableau clinique initialement rapportés par le Dr I.\_\_\_\_\_ ne diffèrent pas sensiblement de ce qui est énoncé en 2017 par le Dr N.\_\_\_\_\_. Ainsi, ces deux spécialistes décrivent un assuré dans un bon état général, dont certains traits de la personnalité sont marqués et souffrant de douleurs diffuses, d'un état de fatigue ainsi que d'une humeur dépressive, mise en relation notamment avec un contexte socio-familiale difficile. Par ailleurs, les revendications insistantes énoncées par le Dr N.\_\_\_\_\_ comme étant un trait caractéristique des troubles somatoformes douloureux ne sont pas plus observées en 2003 qu'en 2017. Cela étant, à la lecture des expertises en question, on peine à identifier la manière dont l'évolution favorable évoquée par le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est concrètement manifestée et a pu mener au recouvrement par l'assuré d'une pleine capacité de travail en lieu et place de la capacité de travail de 50 % admise précédemment par le Dr I.\_\_\_\_\_. En tout état de cause, le simple fait que les diagnostics de trouble dépressif et de trouble somatoforme douloureux ne soient plus retenus à la suite de l'examen mené par ce dernier médecin ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente. Un tel constat, même s'il résulte de la mise en œuvre d'outils diagnostics tel que le MADRS-S ou le MMPI-2, ne permet en effet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente

d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Aussi, selon la jurisprudence, une modification sensible de l'état de santé ne peut être admise que si la disparition d'un diagnostic est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (TF 9C\_860/2015 précité consid. 4.3). Or, comme on l'a vu ci-dessus, un tel changement ne ressort à ce stade pas de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_.

**6.2.3** Il s'ensuit que ni les rapports des Dr M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, ni les appréciations ultérieures fournies par les médecins conseils de l'OAIE – qui ne font que reprendre les conclusions des experts –, ne mettent en évidence une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. Quant aux prises de position sommaires et peu circonstanciées du médecin traitant le Dr L.\_\_\_\_\_, elles ne fondent pas non plus un motif de révision de la demi-rente d'invalidité de l'assuré, quoiqu'en pense l'assuré.

**6.3** Ainsi donc, l'instruction mise en œuvre par l'autorité précédente ne fonde en l'état pas de motif de révision emportant suppression de la prestation litigieuse. Pour autant, on ne saurait exclure que la preuve de l'existence d'un tel motif puisse être rapportée par la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. Contrairement à ce que suggère le recourant, la réalisation d'une expertise judiciaire ne se justifie toutefois pas au cas d'espèce. En effet, si l'expertise du 27 avril 2017 n'aborde pas de façon suffisamment précise les circonstances relatives à l'existence d'un motif de révision, l'évaluation des experts n'en demeurent pas moins cohérente et convaincante. Aussi ne voit-on pas de raison d'invalider leurs conclusions en invitant des experts judiciaires à réévaluer la situation dans son ensemble. Bien plutôt, en accord avec la jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) et avant de faire application des règles sur le fardeau de la preuve – qui incombe à l'assureur dans les procédures de suppression de prestations (entre autres : TF 9C\_770/2015 du 4 mai 2016 et réf. cit.) –, il s'agira de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle complète l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ en invitant ce spécialiste à désigner précisément en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de rente (s'agissant de la question du renvoi pour procéder à un complément d'expertise, cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Singulièrement, il conviendra pour l'expert de déterminer et d'expliquer si la rémission des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique de l'assuré et par le recouvrement par celui-ci d'une pleine capacité de travail (TF 9C\_860/2015 précité consid. 4.3).

**7.**

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 25 juin 2018 est fondé et doit être admis, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**8.**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4).

**9.**

**9.1** Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2<sup>e</sup> phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

**9.2** Le recourant ne fournit aucun décompte à l'appui de l'indemnité de dépens de Fr. 4'000.- qu'il réclame. En application de l'art. 14 al. 2 2<sup>e</sup> phrase FITAF, il se justifie ainsi de fixer les honoraires sur la base du dossier. En l'espèce, le travail de l'avocat a consisté essentiellement en la rédaction d'un recours (TAF pce 1) et d'une réplique (TAF pce 13). Le litige posait des questions peu complexes qui pouvaient naturellement être résolues sur la base d'un dossier de taille ordinaire vu la matière en question. En outre, la procédure en matière d'assurances sociales est gouvernée par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). Lors de telles procédures enfin, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de Fr. 2'800.-, frais et TVA compris (TAF C-1028/2016 du 20 juillet 2017, consid. 10.2 et réf. cit. ; cf. également ATF 139 V 496). Dans ces conditions, le Tribunal admet 10.5 heures de travail à un tarif horaire fixé à Fr. 250.-, à quoi s'ajoutent Fr. 175.- dus au titre de frais et débours (art. 9 a. 1 let. b FITAF), soit un montant total de Fr. 2'800.-. S'agissant d'une défense

privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF, et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario).

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

**Le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 25 juin 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- est allouée au recourant et mise à la charge de l'OAIE.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire ; formulaire de paiement) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé) ;
- 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

Julien Theubet

**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 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 :