



Arrêt du 5 novembre 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
David Weiss, Beat Weber, juges,
Alison Mottier, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal),
représenté par Maître Philippe Graf,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente
(décision du 22 juin 2016).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant) est un ressortissant portugais, né le (...) 1962, marié et père de deux enfants (AI dossier II pces 3 et 4 p.3). Sans formation professionnelle, l'intéressé a travaillé en Suisse et a cotisé aux assurances sociales depuis 1984 (AI dossier II pces 1, 2 et 5). L'intéressé a travaillé en dernier lieu en qualité d'ouvrier démolisseur auprès de l'entreprise B. _____ entre 1988 et le 25 mars 1996, date du début de son incapacité de travail (AI dossier II pces 1 p. 3 ; 8). L'intéressé a été licencié en novembre 1996 (AI dossier II pce 23 p.1).

A.b Régulièrement domicilié dans le canton de C. _____ depuis 1993, l'intéressé et sa famille ont définitivement quitté la Suisse en 2001 pour élire domicile au Portugal en 2001 (AI dossier II pce 4).

B.

B.a Le 4 décembre 1996, l'intéressé a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C. _____ (ci-après : l'OAI-C. _____) en raison de problèmes de colonne vertébrale (AI dossier II pce 1).

B.b Par prononcé du 13 avril 2000 suivi de deux décisions du 16 mai 2000 (dont la 1^{ère} a été remplacée par la décision du 23 juin 2000 pour la période allant du 1^{er} mai 1998 au 31 mai 2000 afin de prendre en compte la naissance d'une fille [AI pce 35 p. 8 à 10]), l'OAI-C. _____ a reconnu un degré d'invalidité de 56% et a octroyé à l'intéressé une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 1997 (AI dossier II pces 30 et 33 p. 4 à 7). Cette décision se fonde essentiellement sur l'expertise médicale pluridisciplinaire du 20 mai 1999 mandatée par l'OAI-C. _____ et réalisée par le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI ; AI dossier II pce 23). Il ressort de cette expertise sur les plans rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, que les diagnostics suivants ont en particulier été retenus : un état dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (CIM-10 F 32.1), un trouble de la personnalité dépendante (CIM-10 F 60.7) et un trouble somatoforme douloureux chronique à localisation dorso-lombaire préférentielle (CIM-10 F 45.4). D'un point de vue rhumatologique, il a été considéré que sa capacité de travail était réduite pour les travaux lourds, mais complète pour les travaux légers (p. 18). Sur le plan psychiatrique, les experts ont considéré que sa capacité de travail était fortement diminuée tout en soulignant que les mesures thérapeutiques n'avaient pas été

encore épuisées (p. 19). L'expertise a en outre pu exclure un abus d'alcool (p. 19). Au final, l'expertise médicale a conclu à une incapacité de travail totale dans un travail de force comme une activité de démolition (p. 21) et, compte tenu de l'atteinte psychiatrique, à une capacité de travail résiduelle de 50% dans des travaux légers (p. 23).

C.

La demi-rente d'invalidité a été reconduite à l'issue de quatre procédures de révision.

C.a Par décision du 5 mars 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour les étrangers résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a considéré que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente et a informé l'assuré qu'il continuerait dès lors à bénéficier de la même rente (AI dossier II pce 55). Cette décision est essentiellement fondée sur le rapport d'examen du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 30 juillet 2001 lequel fait suite à un examen de l'assuré du 25 juillet 2001 au cours duquel le Dr D._____ (ci-après : Dr D._____), médecin SMR dont la spécialisation n'est pas indiquée, a constaté un état stationnaire tant sur le plan rhumatologique que psychologique (AI dossier II pce 47 p. 1 à 5). Le Dr D._____ a conclu à l'absence d'amélioration importante ou péjoration franche de l'atteinte à la santé de l'intéressé et de sa capacité de travail (p. 5).

C.b Par communication du 24 mars 2005 (AI dossier II pce 72), sur la base du formulaire E 213 (AI dossier II pce 66) et d'une prise de position de son service médical interne du 21 mars 2005 (AI dossier II pce 71), l'OAIE a constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente.

C.c Sur la base du formulaire E 213 (AI dossier II pce 86) et d'une prise de position du service médical interne de l'OAIE du 23 septembre 2008 (AI dossier II pce 89), le droit à la demi-rente d'invalidité a été reconduit par communication du 30 septembre 2008 (AI dossier II pce 90).

C.d Par communication du 13 juillet 2012, l'OAIE a constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente (AI dossier II pce 113) sur la base d'une prise de position de son service médical interne du 14 juin 2012 (AI dossier II pce 111). Dans le cadre de cette révision, l'OAIE a notamment recueilli, outre le formulaire E 213 (AI dossier II pce 102), la documentation médicale suivante :

- une note médicale du 17 novembre 2011 du Dr E._____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, de l'hôpital de F._____-G._____ relative à une hospitalisation du 1^{er} au 13 février 2012 pour une cellulite à la jambe gauche (AI dossier II pce 103) ;
- une note médicale incomplète non datée de l'hôpital de F._____-G._____ relative à une hospitalisation du 6 au 12 juillet 2011 pour une cellulite à la jambe gauche (AI dossier II pce 104) ;
- un rapport médical du 9 février 2012 du Dr H._____ médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie, lequel fait notamment état de séquelles de la fracture du tibia gauche, d'hospitalisations pour une cellulite et des rachialgies dont l'origine est un processus dégénératif ostéo-articulaire (AI dossier II pce 106) ;
- un rapport médical du 23 février 2012 du Dr K._____ (ci-après : Dr K._____), psychiatre, duquel il ressort qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu et que la question d'une incapacité de travail ne se posait pas (AI dossier I pce 105) ;
- un rapport médical du 1^{er} mars 2012 de la Dresse L._____, rhumatologue, laquelle conclut à une cellulite récurrente de la jambe gauche et une maladie ostéo-articulaire dégénérative généralisée avec prédominance au rachis et aux genoux (AI dossier II pce 107).

D.

D.a En 2015, l'OAIE a débuté une nouvelle procédure de révision (AI dossier I pce 117). Dans le cadre de l'instruction de cette procédure, l'OAIE a informé l'assuré qu'il serait soumis à une expertise médicale d'ordre rhumatologique et psychiatrique (AI dossier I pces 126 ; 132). L'OAIE a confié son mandat d'expertise au bureau d'expertise médicales de (...) (ci-après : BEM), aux Dresses M._____ (ci-après : Dresse M._____), spécialiste FMH en rhumatologie, et N._____ (ci-après : Dresse N._____), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (AI dossier II pce 127). Après examen de l'assuré le 24 août 2015, les expertes ont rendu leur rapport d'expertise le 19 octobre 2015 (AI dossier I pce 143).

D.b Sur le plan somatique, la Dresse M._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants (p. 36) : (i) dorsalgies (CIM-10 M 54.8) sur troubles statiques, séquelles de dystrophie de croissance et troubles dégénératifs mixtes du rachis sans atteinte neurologique

(depuis une vingtaine d'année), (ii) gonarthrose débutante (CIM-10 M 17.0, actuelle), (iii) œdème de la jambe gauche post-érésipèles (CIM-10 R 60.0, depuis 2009) (AI dossier I pce 143 p. 36). Les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail ont en particulier été retenus (p. 36) : (i) obésité morbide avec syndrome métabolique (CIM-10 E 88.9, depuis 1998 au moins), (ii) status après fracture du péroné gauche traitée conservativement en 1993, (iii) status après TCC sans lésion neurologique en 1978. L'experte a indiqué que les limitations fonctionnelles établies au moment de l'octroi de la rente restaient d'actualité et que du point de vue rachidien, une activité légère à moyenne, adaptée à un rachis douloureux restait exigible (p. 39). Les diagnostics de gonarthrose débutante et d'œdème ne sont pas incapacitants pour les activités de substitution envisagées (p. 40 et 41). L'experte en rhumatologie a confirmé l'incapacité de travail totale dans son ancienne activité et une capacité de travail totale dans une activité adaptée légère, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les travaux lourds avec des charges occasionnelles de plus de 15 kg et répétitives de plus de 10 kg (p. 45).

D.c Sur le plan psychiatrique, la Dresse N._____ n'a retenu aucun diagnostic (p. 36) et a conclu, en l'absence de tout diagnostic psychiatrique, à une capacité de travail entière dans une activité simple (p. 44). La psychiatre a considéré que la dépression de l'assuré était en rémission depuis la fin 2001, date de l'arrêt de sa médication antidépressive. Par ailleurs, l'experte a constaté qu'aucun diagnostic psychiatrique ou élément dépressif n'avait été relevé lors de l'examen psychiatrique par le Dr K._____ de février 2012. A cela, l'experte a ajouté que, selon la Dresse M._____, les plaintes étaient essentiellement d'ordre physique et que l'expertisé ne présentait pas de détresse émotionnelle majeure ou de conflits psychosociaux conséquents importants. Ainsi, l'experte en psychiatrie n'a pu retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux (p. 43). Elle a souligné que la comorbidité psychiatrique de l'époque qui avait justifié l'octroi d'une rente, était en rémission depuis à minima février 2012 (p. 44), l'experte ne pouvant se prononcer antérieurement faute de rapport psychiatrique entre 2008 et 2012 (p. 46).

D.d Au final, les expertes ont conclu de manière consensuelle, sur le plan somatique et psychiatrique, à une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, et à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (p. 44).

D.e

Par prise de position médicale du 19 novembre 2015, le service médical

interne de l'OAIE, soit pour lui, le Dr O. _____ (ci-après : Dr O. _____), spécialiste FMH en rhumatologie, a analysé l'expertise médicale du 19 octobre 2015 du point de vue rhumatologique et s'est rallié à ses conclusions (AI dossier I pce 150). Parallèlement, dans la prise de position du 10 février 2016 de la Dresse P. _____ (ci-après : Dresse P. _____), du service médical interne de l'autorité inférieure, FMH en psychiatrie et psychothérapie, cette dernière a observé que la Dresse N. _____ avait retenu une amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis février 2012. La Dresse P. _____ a souligné que la rente a été révisée inchangée en juillet 2012 et que le statut psychique actuel est superposable à celui de 2012 (AI dossier I pce 153). La Dresse P. _____ a dès lors conclu que l'experte avait eu une appréciation différente d'un état inchangé par rapport à la révision précédente. Elle a par conséquent conclu que l'incapacité de travail restait inchangée (AI dossier I pce 153).

D.f

Par projet de décision du 9 mars 2016, l'autorité inférieure a fait savoir à l'intéressé qu'elle entendait supprimer sa rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2012. Dite autorité a expliqué en substance qu'il ressortait de l'expertise médicale du 19 octobre 2015 que sa dépression était en rémission depuis le mois de février 2012 et qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis cette date, engendrant un degré d'invalidité de 19% n'ouvrant pas de droit à une rente (AI dossier I pce 158).

D.g

L'intéressé a contesté le projet de décision précité par courrier daté du 29 mars 2016 sous la plume de son fils Q. _____. Ce dernier a indiqué que l'état de santé de son père ne s'était pas amélioré, bien au contraire la situation s'étant aggravée depuis 2009, notamment en raison d'un érysipèle, lequel a diminué sa mobilité (AI dossier I pce 175). A l'appui de son opposition, il a joint plusieurs rapports médicaux relatifs à des examens et traitements médicaux dispensés entre mai 2009 et mars 2016, majoritairement, pour une cellulite du pied gauche (AI dossier I pces 160 à 174).

D.h

Par décision du 22 juin 2016, l'OAIE a supprimé le droit à la demi-rente d'invalidité de l'intéressé à compter du 1^{er} septembre 2016 (AI dossier I pce 179). Dite autorité a considéré sur la base des pièces médicales en sa possession que la dépression de l'intéressé était en rémission et que de ce fait son état de santé s'était amélioré et que l'intéressé présentait dès lors une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis février 2012. Au surplus, la documentation médicale versée par l'intéressé dans

son opposition a été transmise au service médical interne de l'autorité et ont confirmé les atteintes à sa santé connues et n'ont pas apporté de nouveaux éléments (AI dossier I pce 177).

E.

E.a Par acte du 1^{er} septembre 2016 (timbre postal) l'intéressé a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision susmentionnée par l'entremise de son conseil, Me Philippe Graf, assorti d'une demande d'assistance judiciaire complète (TAF pce 1). Le recourant a conclu, préliminairement à la suspension de la procédure de recours, respectivement qu'un délai raisonnable lui soit accordé pour produire un rapport médical, principalement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, et à ce que la décision soit réformée dans le sens des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'autorité inférieure (p.7). A l'appui de son recours, le recourant a reproché à l'autorité inférieure de n'avoir pas suffisamment examiné le cercle des activités adaptées encore possibles et a estimé que des mesures d'instruction dans ce sens étaient nécessaires (p. 4 à 5). Il a contesté les conclusions de l'expertise du BEM, soit plus particulièrement que « depuis a minima février 2012, [il] ne présente pas de trouble psychique limitant sa capacité de travail » (p. 6) et a en outre contesté la manière dont son degré d'invalidité a été calculé par l'OAIE (p. 6). En annexe au recours, figurent notamment des pièces médicales produites ou recueillies par l'autorité inférieure.

E.b Par réponse du 8 novembre 2016 accompagnée de son bordereau de pièces, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dite autorité a souligné que la procédure de révision dont est issue la décision litigieuse a permis de confirmer l'évolution psychiatrique favorable et par là une augmentation significative de la capacité de travail résiduelle du recourant au vu des constatations de l'expertise psychiatrique et par la rémission de la dépression durable d'autre part. L'OAIE a en outre indiqué que le calcul du taux d'invalidité de 19% était insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 6).

E.c Par décision incidente du 28 novembre 2016, le Tribunal a admis la demande d'assistance judiciaire totale du recourant en ce sens que celui-ci est dispensé du paiement des frais de procédure et qu'il est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite d'un avocat, à savoir Me Philippe Graf, dans la présente procédure de recours (TAF pce 7).

E.d Par réplique du 16 janvier 2017 (timbre postal), le recourant a réitéré ses conclusions prises dans son mémoire de recours. Il a notamment argumenté que le rapport d'expertise du BEM s'était fondé sur un dossier médical incomplet, que son hospitalisation psychiatrique du 16 au 29 septembre 2016 contredisait les faits de l'expertise BEM. Le recourant a constaté qu'une nouvelle expertise bi-disciplinaire en rhumatologie et psychiatrie sur la base d'un dossier complet s'impose (TAF pce 9). Il a transmis, outre des pièces figurant déjà au dossier de l'autorité inférieure, un bordereau de pièces contenant des nouvelles pièces médicales, soit en particulier :

- une attestation d'internement psychiatrique du 26 septembre 2016 pour une période du 16 au 26 septembre 2016 signée de manière illisible par un fonctionnaire administratif du centre hospitalier R. _____ (annexe 21 TAF pce 9) ;
- un rapport médical du 18 octobre 2016 de S. _____, psychologue laquelle indique que le recourant présente un processus de détérioration démentielle évolutive (annexe 22 TAF pce 9) ;
- un rapport médical du 29 novembre 2016 de la Dresse T. _____, psychiatre, lequel fait état du suivi psychiatrique du recourant depuis le 16 août 2016 pour un trouble dépressif sévère récurrent (CIM-10 F 33) avec une évolution démentielle (démence sans précision CIM-10 F 03). Il ressort de ce rapport que le recourant présente des idées suicidaires et des crises de panique. Sa médication comprenant entre autres des antidépresseurs a été augmentée et le recourant a été hospitalisé en septembre 2016 en psychiatrie. La psychiatre conclut, selon les tables portugaises, à une incapacité de travail de 70% dans tout type d'activité lucrative (annexe 23 TAF pce 9) ;
- un rapport médical du 14 décembre 2016, traduit du portugais au français, du Dr U. _____ (ci-après : Dr U. _____), psychiatre, retenant comme diagnostic un trouble dépressif récurrent grave avec des symptômes somatiques importants (CIM-10 F 33) et démence non spécifiée (CIM-10 F 03). Dit psychiatre souligne que le risque suicidaire latent et explicite est très augmenté et que le recourant sera à nouveau hospitalisé en cas d'échec du traitement médicamenteux et du travail psychothérapeutique. Le médecin indique en outre une incapacité de travail de 75% selon les tables portugaises dans toute activité (annexe 24 TAF pce 9) ;

- un rapport médical du 4 janvier 2017, traduit du portugais au français, de la Dresse V._____, médecin généraliste et expliquant que son patient a été interné 10 jours en septembre 2016 en psychiatrie pour un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (annexe 25 TAF pce 9).

E.e Invitée par ordonnance du 19 janvier 2017 du Tribunal à dupliquer (TAF pce 10), l'OAIE a requis par courrier du 20 février 2017 la production du rapport détaillé de l'hospitalisation psychiatrique du mois de septembre 2016 suite à la demande de ce document par son service médical interne afin de pouvoir prendre position (TAF pce 11).

E.f Suite à l'ordonnance du 9 mars 2017 l'invitant à transmettre le rapport détaillé de l'hospitalisation psychiatrique (TAF pce 12), le recourant a produit dit document par courrier du 29 mars 2017 (timbre postal ; TAF pce 15.) Selon ce rapport daté du 26 septembre 2016, le recourant a été admis du 16 au 26 septembre 2016 pour un stress post-traumatique prolongé. A l'issue de son séjour, les médecins ont recommandé un suivi en consultation psychiatrique et le maintien de son traitement médical (annexe TAF pce 15). Dit rapport a été transmis à l'autorité inférieure par ordonnance du 5 avril 2017 (TAF pce 16).

E.g Par duplique du 22 mai 2017, l'OAIE a proposé l'admission partielle du recours et l'annulation de la décision attaquée ainsi que le renvoi de la cause à son office afin de rendre une nouvelle décision rétablissant le droit en faveur du recourant à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 2016. Dite autorité a soumis le rapport d'hospitalisation du mois de septembre 2016 à son médecin psychiatre lequel a indiqué, par prise de position du 4 mai 2017, qu'il n'était pas possible de se prononcer en l'état du dossier étant donné la diversité des diagnostics cités dans la documentation médicale récente. La Dresse P._____ a proposé de requérir un rapport psychiatrique détaillé auprès du Dr W._____ afin qu'il discute des diagnostics et définisse un taux d'invalidité (TAF pce 17).

E.h Par ordonnance du 31 mai 2017, le Tribunal a porté à la connaissance du recourant la duplique de l'autorité inférieure et clôturé l'échange d'écritures, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 18).

E.i Par courrier du 7 septembre 2017, le recourant a modifié la conclusion principale de son recours dans le sens que la décision attaquée est annu-

lée et le dossier renvoyé à l'autorité inférieure pour nouvelle décision rétablissant le droit en faveur du recourant à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 2016 (TAF pce 19). Dit courrier a été porté à la connaissance de l'autorité inférieure par ordonnance du 24 avril 2018 (TAF pce 21).

E.j Par ordonnance du 4 septembre 2018, le Tribunal a invité le recourant à se prononcer sur le renvoi envisagé de la cause à l'autorité inférieure pour compléter l'instruction, ou à communiquer au Tribunal s'il entend éventuellement retirer son recours (TAF pce 24).

E.k Dans un courrier du 4 octobre 2018, le recourant a informé le Tribunal qu'il maintenait son recours (TAF pce 28).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions légales, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 3 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

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

1.3 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par un administré directement touché par la

décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGa), le recours du 1^{er} septembre 2016 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

2.2 S'agissant du droit international, l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1 ; 128 V 315 consid. 1b/aa). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013, consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC ; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004 ; ATF 130 V 253, consid. 2.4 ; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C_54/2012 du 2 avril 2012 ; I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1).

2.3 En l'occurrence, le recourant est un ressortissant portugais résidant depuis 2001 au Portugal, soit un état membre de l'Union européenne (Al dossier II pce 4). Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans

leur teneur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit au 22 juin 2016, sont applicables.

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et les preuves librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, p.105 n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n°1.55).

4.

In casu, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 22 juin 2016 par laquelle l'OAIE a supprimé la demi-rente d'invalidité du recourant à compter du 1^{er} septembre 2016 à la suite d'une procédure de révision (AI dossier I pce 179). Le litige porte en particulier sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré rétablissant sa capacité de travail et si l'autorité pouvait dès lors supprimer son droit à la rente.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au

moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne indépendamment de leur domicile et résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004 déterminant malgré l'art. 29 al. 4 LAI ; ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 547 ss n° 2060 ss).

6.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2).

6.3 Dans le cadre d'un recours, 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 351 consid. 3a et les références citées). Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

6.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

6.4.1 La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, op. cit. p. 797 n°2912). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb, arrêt du Tribunal fédéral I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). Au demeurant, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour soulever, dans le cadre d'un recours, un argument quant à un éventuel motif de récusation lorsque celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 V 93 consid. 7.4.2).

6.4.2 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes

quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

6.4.3 Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, les rapports du service médical interne de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, relatif aux services médicaux régionaux [SMR]), mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences avec les expertises et les rapports des SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que ces derniers. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920 ss). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins du service médical interne de l'OAIE doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3).

Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux

tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports du service médical interne de l'assureur mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920).

7.

7.1 En application de l'al. 1, 1^{ère} phrase, de la let. a des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI (1^{er} volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659] ; ci-après : les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Cette disposition déroge ainsi à l'art. 17 al. 1 LPGA ; en d'autres termes si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (cf. let. a al. 1, 2^{ème} phrase).

7.2 En l'espèce, il convient d'examiner si la révision de la rente relevait de l'art. 17 LPGA ou des dispositions finales de la LAI relatives à la 6^{ème} révision de l'AI quand bien même la décision litigieuse mentionne avoir procédé à une « révision » et non une « révision 6a ». Le Tribunal constate que l'OAIE a entrepris le réexamen de la rente en mars 2015 (AI dossier pce 117), soit après la fin du délai de 3 ans pour entamer la révision de la rente tel que prévu par l'al. 1 de la let. a de l'al.1 des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. Partant, il convient d'examiner les conditions d'une révision selon l'art. 17 LPGA.

8.

8.1 Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêts du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées ; VALTERIO, op. cit., p. 830 ss n° 3054 ss ; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevisión in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral du 12 octobre 2005 consid. 2.1).

8.2 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3 ; VALTERIO, op. cit., p. 837 n° 3084). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI 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. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

8.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 125 V 368 consid. 2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; VALTERIO, op. cit., p. 832 ss n° 3063). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêts du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b).

8.4

8.4.1 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 125 V 368 consid. 2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-630/2013 du 14 décembre 2015, consid. 7.1). Une simple communication à l'assuré au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI, confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 5.2 ; 8C_747/2011 du 9 février 2012 consid. 4.1).

8.4.2 En l'espèce, suite à la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité au recourant du 16 mai 2000 (dont la 1^{ère} a été remplacée par la décision du 23 juin 2000 pour la période allant du 1^{er} mai 1998 au 31 mai 2000 ; supra let. B), l'administration a entrepris plusieurs procédures de révision à l'issue desquelles elle a informé le recourant que son droit à la rente n'avait pas changé (supra let. C). Afin de déterminer si l'on peut accorder aux décisions et communications de révision une valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps, il convient d'analyser si ces dernières reposaient sur l'évaluation matérielle de la situation de l'époque conformément à la jurisprudence précitée.

8.4.2.1 L'OAIE a, par décision du 5 mars 2002, constaté que le degré d'invalidité du recourant n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et a dès lors conclu qu'il percevra une rente inchangée (AI dossier II pce 55). Au dossier, figure une fiche d'examen établie le 19 mars 2001 qui fait état d'un rapport médical du 15 février 2001 de la Dresse X._____, lequel serait ambigu quant à l'aggravation de l'état de santé (AI dossier II pce 47 p. 11 et 12). Suite à un examen médical de l'assuré en date du 25 juillet 2001 par le médecin SMR Dr D._____ (AI dossier II pce 47 p. 3 à 5), ce dernier a conclu à un état stationnaire tant

sur le plan rhumatologique que psychique ne donnant pas lieu à une modification du taux d'incapacité de travail (AI dossier II pce 47 p. 1 à 2).

8.4.2.2 Dans le cadre de la révision initiée par l'OAIE en 2004, le Dr Y._____ (ci-après : Dr Y._____), FMH en médecine générale, du service médical interne de l'OAIE, a considéré dans sa prise de position médicale du 8 avril 2004, qu'il n'était pas nécessaire de recueillir d'autres rapports médicaux dans le cadre de la procédure de révision et que le formulaire E 213 devait suffire (AI dossier II pce 61). Par prise de position médicale du 21 mars 2005, le Dr Y._____ a considéré sur la base du formulaire E 213 (AI dossier II pce 66) que la situation médicale du recourant du point de vue psychiatrique et de ses douleurs dorsales ne s'était pas améliorée (AI dossier II pce 71). Ainsi, par communication du 24 mars 2005, l'OAIE a confirmé au recourant son droit à la rente de manière inchangée (AI dossier II pce 72).

8.4.2.3 Sur la base du formulaire E 213, dans sa prise de position médicale du service médical interne de l'OAIE du 23 septembre 2008, le Dr Z._____ (ci-après : Dr Z._____), FMH en médecine interne générale (selon le registre des professions médicales consulté la dernière fois le 27 avril 2018 sur <https://www.medregom.admin.ch>), a estimé que du point de vue du dos, l'état était stationnaire. Après examen du rapport d'électrocardiogramme envoyé par le recourant, le Dr Z._____ a souligné que le recourant ne présentait pas de pathologie cardiaque, mais qu'une diminution de poids serait bénéfique pour sa situation globale ainsi que pour son dos (AI dossier II pce 89). Le Dr Z._____ ne s'est toutefois pas prononcé sur l'aspect psychiatrique alors que le formulaire E 213 l'y incitait (cf. infra 9.4.1). Dans sa communication du 30 septembre 2008, l'OAIE a confirmé au recourant son droit à la rente de manière inchangée (AI dossier II pce 90).

8.4.2.4 Dans le cadre de sa révision de 2012, l'OAIE a recueilli le rapport E 213 (AI dossier II pce 102) ainsi que d'autres documents médicaux soit en particulier un rapport médical du 23 février 2012 du Dr K._____, psychiatre, duquel il ressort qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu et que la question d'une incapacité de travail ne se posait pas (AI dossier I pce 105). Après avoir constaté dans sa prise de position médicale du 14 juin 2012, à côté du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, la présence d'handicaps de l'appareil moteur suite à un status d'ostéomyélite, le Dr Y._____ a conclu à la nécessité d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) en Suisse (AI dossier II pce 111). Dans une note interne du 13 juillet 2012, la Dresse Aa._____ a indiqué

qu'une expertise dans le cadre du réexamen 6a n'était pas nécessaire puisque la rente a été octroyée sur la base de troubles psychiatriques, mais que par la suite le recourant a fait des cellulites récidivantes mais qu'une ostéomyélite n'a pas été retrouvée sur la base des deux scintigraphies de 2001 et 2012 présentes au dossier (AI dossier II pce 114). Ainsi, par communication du 13 juillet 2012, l'OAIE a constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente et a confirmé ce dernier (AI dossier II pce 113).

8.4.2.5 Force est de constater, au vu de ce qui précède, que la décision du 5 mars 2002 et les communications des 24 mars 2005, 30 septembre 2008 et 13 juillet 2012 ne reposaient pas sur une analyse tenant compte de l'ensemble des faits pertinents au dossier. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que l'OAIE a procédé à l'époque à l'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, éléments pourtant indispensables pour que l'on puisse accorder à la décision et aux communications précitées la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps. Le point de départ pour la comparaison des faits pertinents sous l'angle de la révision correspond dès lors à la décision initiale du 16 mai 2000 (dont la 1^{ère} a été remplacée par la décision du 23 juin 2000 afin de tenir compte de la naissance d'une fille). Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification notable devra être jugée dans la présente affaire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la première décision du 16 mai 2000 et ceux qui ont existé jusqu'au 22 juin 2016, date de la décision litigieuse supprimant le droit à la rente.

8.5 L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que celle-ci doit ressortir de la documentation médicale versée au dossier dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale, il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante — à laquelle il conviendrait d'accorder la préséance dans le cadre de la

détermination initiale du droit à la rente — ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (arrêts du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid.4.2 et les références citées).

8.6 La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2 ; 8C_761/2010 du 1^{er} mars 2011 consid. 2.2.2). En outre, une démarcation crédible entre changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seule des différences nominatives quant aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

9.

9.1 En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 1997 conformément à la décision du 16 mai 2000 (qui a été remplacée par la décision du 23 juin 2000 ; AI dossier II pce 30) laquelle se base essentiellement sur l'expertise médicale COMAI du 20 mai 1999 (AI dossier II pce 23) et la prise de position du médecin de l'OAI-C. _____ confirmant les conclusions de la dite expertise (AI dossier II pce 25). La décision attaquée repose quant à elle principalement sur l'expertise médicale du 19 octobre 2015 ainsi que sur les prises de position du service médical interne de l'OAIE (AI dossier I pces 150 et 153).

9.2 En 1999, les experts ont retenu un trouble somatoforme douloureux à localisation dorso-lombaire préférentielle (CIM-10 F 45.4) (AI dossier I pce 23 p. 15 à 17). La consultation rhumatologique a en particulier mis en évidence des troubles statiques dorso lombaires, des séquelles de maladie de Scheuermann et une hernie discale L4-L5, lesquels ne peuvent expliquer selon le médecin, l'ensemble ni l'intensité de la symptomatologie douloureuse (p. 13). Il n'a pas été trouvé d'explication neurologique pour la

majorité des symptômes douloureux du patient au cours de la consultation de neurologie (p. 16). Au niveau psychiatrique, l'expertise de 1999 a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (CIM-10 F 32.1) (p. 17). Il ressort de la consultation psychiatrique que le recourant présentait une thymie dépressive et qu'il se situait à un niveau de la tristesse à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique décimale (p. 15). En revanche, le médecin a relevé une absence d'idées ou de projets suicidaires (p. 15). Un status post-possible traumatisme crânio cérébral (TCC) et coma en 1987 a en outre été retenu dans l'expertise (p. 17).

9.3

9.3.1 S'agissant de l'état de santé sur lequel s'est basé l'OAIE dans la décision attaquée, il a été retenu sur le plan rhumatologique au cours de l'expertise 2015 le diagnostic de dorsalgies (CIM-10 M 54.8) sur troubles statiques, séquelles de dystrophie de croissance et troubles dégénératifs mixtes du rachis sans atteinte neurologique (depuis une vingtaine d'année). Les lombosacralgies avaient été appréhendées à l'époque de la décision initiale sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux chronique à localisation dorso-lombaires préférentielles (CIM-10 F 45.4) faute d'avoir pu entièrement expliquer ces symptômes par des examens objectifs (expertise COMAI, AI dossier II pce 23 p. 16 à 19). Dans le rapport d'expertise 2015, la Dresse N._____ a souligné que sa co-experte avait observé que les douleurs relatées par le recourant, bien que majorées, avaient une origine somatique. Considérant cela et du fait que le recourant ne présentait ni détresse émotionnelle, ni conflits psychosociaux conséquents importants, la Dresse N._____ n'a pas retenu de trouble somatoforme douloureux (AI dossier I pce 143 p. 43 et 48). Sur le plan somatique, la Dresse M._____ a constaté à la confrontation radiologique un discret trouble statique, la présence de séquelles de maladie de Scheuermann, des lésions de spondylose de type spondylose hyperostotante et a souligné que ces dernières lésions dégénératives étaient fréquemment observées dans le cadre du diabète et de l'obésité (p. 39). S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant, la Dresse M._____ a considéré que celle-ci était favorable et que le recourant conservait un bon développement musculaire et n'avait pas aggravé son ankylose depuis 2000 malgré une importante prise de poids de 27 kg (p. 39).

9.3.2 Il ressort du dossier que les diagnostics de gonarthrose débutante (CIM-10 M 17.0, actuelle) et d'œdème de la jambe gauche post-érésipèles (CIM-10 R 60.0, depuis 2009) ont été nouvellement retenus lors de l'expertise de 2015. La gonarthrose a été mise en évidence par une radiographie

du 27 août 2015 (AI dossier I pce 140) et selon la Dresse M. _____, cette affection ne limite pas la capacité de travail du recourant dans le cadre d'une activité déjà adaptée en raison de ses problèmes de dos (p. 40). S'agissant du diagnostic d'œdème de la jambe gauche post-érésipèles (CIM-10 R 60 -0), la Dresse M. _____ a relevé que le recourant avait présenté depuis 2009 plusieurs épisodes d'états infectieux avec une rougeur et un œdème diffus de la jambe gauche (AI dossier I pce 143 p. 40). L'experte a indiqué que s'agissant de cette atteinte en considérant le port d'un bas de contention et un drainage lymphatique régulier, celle-ci ne saurait limiter la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (p. 41). Ce diagnostic est corroboré par la documentation médicale portugaise sur une partie de laquelle l'expertise s'est appuyée (AI dossier I pces 162 à 164 ; 171 ; 172 ; 174). Au surplus, les pièces médicales restantes jointes par le recourant à son opposition du 29 mars 2016 ont été transmises au Dr O. _____ du service médical interne de l'OAIE, lequel a confirmé qu'il s'agissait de pathologies antérieures à l'expertise de 2015 lesquelles avaient été analysées dans ladite expertise ou que les diagnostics qui en ressortaient (adénome colique, suspicion d'apnée du sommeil) ne justifiaient pas d'incapacité de travail (AI dossier I pce 177). Le recourant se plaint que l'expertise n'a pas pris en compte plusieurs atteintes à sa santé (TAF pce 9 n°46 et 55 ss). Pour ce qui a trait à l'ostéomyélite, les expertes ont pu exclure cette dernière sur la base d'examens radiologiques, raison pour laquelle ce diagnostic n'a pas été retenu (AI dossier I pce 143 p. 40). Le Tribunal constate en outre que les diagnostics d'hypertension artérielle et de dyslipidémie ont été discutés, mais non retenus (AI dossier I pce 143 p. 41). Force est ainsi de constater que l'expertise s'est fondée sur une documentation complète s'agissant du volet rhumatologique et de la médecine interne.

9.3.3 S'agissant de la valeur probante de l'expertise précitée sur le plan rhumatologique, le Tribunal constate que le rapport a été rédigé à la suite d'une visite médicale effectuée le 24 août 2015, que les expertes ont tenu compte des plaintes subjectives du recourant (AI dossier I pce 143 p. 32 ss) et qu'elles se sont fondées sur des examens cliniques complets (p. 26 ss). Finalement, la description du contexte médical et l'appréciation, par la Dresse M. _____, de la situation médicale et de son évolution depuis 2000, sur le plan rhumatologique, sont claires et les conclusions auxquelles elle parvient sont précises, convaincantes et détaillées (p. 37 ss). La Dresse M. _____ retient une évolution favorable en près de 20 ans s'agissant des dorsalgies du recourant et précise que les limitations fonctionnelles établies au moment de l'octroi de la rente restent d'actualité. Pour ce qui a trait aux nouvelles pathologies dont souffre le recourant, soit

une gonarthrose débutante et un œdème de la jambe post-érésipèles, celles-ci n'ont pas d'influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il y a donc lieu de conférer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise du 19 octobre 2015 s'agissant du volet rhumatologique. Au demeurant, le recourant n'établit pas devant le Tribunal de céans pour quelles raisons il ne peut pas réaliser les types d'activités énumérées par le SMR en raison de ses atteintes à la santé en lien avec une gonarthrose débutante, un œdème de la jambe post-érésipèles ou des dorsalgies. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le recourant souffre nouvellement depuis 2009 d'un œdème de la jambe post-érésipèles et depuis le mois d'août 2015, d'une gonarthrose débutante sans incidence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Les diagnostics tels qu'établis par l'expertise du 19 octobre 2015 s'agissant du volet rhumatologique pouvaient dès lors être retenus par le service médical interne de l'OAIE pour établir un diagnostic actualisé dans le cadre de la procédure de révision. Il en va différemment du volet psychiatrique.

9.4

9.4.1 S'agissant des aspects psychiatriques, le Tribunal constate que le diagnostic d'état dépressif initialement retenu dans l'expertise de 1999 n'a pas été retenu expressément dans la documentation médicale au cours des procédures de révision de 2005, 2008, 2012 et 2015. Ainsi, il ressort du formulaire E 213 signé le 1^{er} juillet 2004 recueilli dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2004 que le recourant, du point de vue neurologique, présente des troubles de la mémoire, une confusion mentale et une importante amnésie avec discours lent et confus (AI dossier II pce 66 p. 5). A cette époque, le Dr Y. _____ avait toutefois considéré que la situation médicale du recourant du point de vue psychiatrique et de ses douleurs dorsales ne s'était pas améliorée et que son incapacité de travail restait inchangée (AI dossier II pce 71). Bien que des troubles de l'ordre de la confusion mentale et des troubles de la mémoire aient déjà été évoqués par le recourant lors de l'expertise de 1999 (AI dossier II pce 23 p. 7, 10 et 14), au vu de la prise de position précitée du Dr Y. _____ très sommaire, il est difficile de savoir si l'état psychiatrique auquel il fait référence englobe les troubles mentionnés dans le formulaire E 213. Force est de constater que le Dr Y. _____ aurait dû se prononcer de manière précise quant à l'état psychiatrique du recourant et par là-même indiquer de quelle façon cet état demeurerait inchangé puisque les diagnostics d'ordre psychiatriques ne ressortaient pas expressément du formulaire E 213. La situation médicale du recourant du point de vue psychique n'est pas plus claire au vu de la documentation médicale recueillie lors de la procédure de révision 2008.

En effet, si une importante angoisse a été établie dans le formulaire E 213 daté du 20 septembre 2008 par la Dresse Bb. _____ (AI dossier II pce 86 p. 2 et 3), le service médical interne de l'OAIE ne s'est toutefois pas prononcé dans sa prise de position du 23 septembre 2008 à ce sujet quand bien même il aurait dû le faire (AI dossier II pce 89). Enfin dès 2011, plus aucun trouble d'ordre psychique ne ressort de la documentation médicale au dossier de l'autorité inférieure recueillie au cours de la procédure de révision 2012 (cf. supra let. C.d, pces 102 à 107). En effet les différents rapports médicaux font état de cellulite et d'œdème à la jambe gauche et certains excluent expressément un diagnostic psychiatrique (AI dossier II pces 102 p. 2 et 105). Le Tribunal relève en outre qu'avant de communiquer au recourant que son droit à la rente n'avait pas changé, le service médical interne de l'autorité inférieure avait conclu à la nécessité d'une expertise psychiatrique, psychothérapeutique et rhumatologique (AI dossier II pce 111). Dite expertise n'ayant finalement pas été réalisée (AI dossier II pce 114). Ce n'est qu'au cours de la procédure de révision initiée en 2015, laquelle a donné suite à la décision attaquée, qu'une expertise bi-disciplinaire a été requise et réalisée. Au cours de cette expertise, la Dresse N. _____ n'a retenu aucun diagnostic psychique avec ou sans répercussion sur la capacité de travail (AI dossier I pce 143 p. 36). Dite experte a expliqué que l'on pouvait considérer la dépression comme étant en rémission depuis fin 2001, date de l'arrêt de toute médication antidépressive selon les dires du recourant (p. 43), en rémission depuis a minima février 2012 (p. 44), l'experte ne pouvant se prononcer antérieurement faute de rapport psychiatrique entre 2008 et 2012 (p. 46). Au vu des conclusions de l'expertise, l'autorité inférieure a ainsi conclu à l'absence de trouble psychiques et a considéré que le recourant pouvait mettre à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée à 100%, engendrant ainsi un degré d'invalidité de 19%, et a supprimé le droit à la demi-rente d'invalidité du recourant (AI dossier I pce 179). Force est de constater sur le vu de ce qui précède que l'expertise médicale est lacunaire et ne permet pas d'appréhender de manière approfondie l'état de santé psychique du recourant et son évolution depuis la date de la décision initiale.

9.4.2 En procédure de recours, le recourant a produit différents rapports médicaux (cf. supra let. E.d et E.f). Il a fait valoir que l'expertise médicale 2015 s'était basée sur un dossier médical incomplet et que les pièces médicales versées en cours de procédure contredisaient les conclusions de l'expertise sur le plan psychique (TAF pce 9). Il ressort de ces nouvelles pièces médicales que le recourant présente des altérations dans différents domaines cognitifs indiquant une détérioration démentielle évolutive (annexes 22 et 23 TAF pce 9) et qu'il est suivi en psychiatrie depuis août 2016

pour un trouble dépressif sévère récurrent (CIM-10 F 33, annexes 23 à 25 TAF pce 9). Le recourant présente « de manière récurrente une humeur triste avec des pleurs fréquents, perte de l'estime de soi, asthénie, démotivation, grave détérioration de sommeil et de l'appétit » (annexe 23 TAF pce 9), il suit un traitement d'antidépresseur, d'anxiolytiques et d'antidémantiel (annexes 23 à 25 TAF pce 9 ; annexe 26 pce TAF 15). L'état psychique du recourant s'étant progressivement aggravé avec des idées suicidaires récurrentes et des crises de panique, le traitement pharmaceutique a dû être augmenté et le recourant a été hospitalisé durant 10 jours au mois de septembre 2016 en service de psychiatrie (annexe 23 TAF pce 9). Le rapport d'hospitalisation en psychiatrie du 16 au 26 septembre 2016 fait état d'un stress post-traumatique prolongé avec idées suicidaires et propose de maintenir le suivi psychiatrique et le traitement pharmaceutique (annexe 26 pce TAF 15). Suite à cette hospitalisation, le Dr U. _____ a constaté que le risque suicidaire latent et explicite était très augmenté (annexe 24 TAF pce 9). Bien que les nouvelles pièces médicales apportées en cours de procédure de recours soient postérieures à la décision attaquée, il faut considérer qu'elles permettent de mieux comprendre l'état de santé psychique du recourant avant la décision attaquée. En effet, le recourant présentait un état dépressif ainsi que des problèmes cognitifs déjà au moment de la décision initiale de 2000. Ces troubles sont aussi relatés par plusieurs rapports médicaux recueillis au cours des procédures de révision de 2001, 2005 et 2008. Partant, il faut donc considérer que les pièces médicales précitées lesquelles font état de la santé psychique du recourant seulement quelques mois après la décision litigieuse, s'inscrivent en cohérence avec la documentation médicale sur le plan psychique entre le 16 mai 2000 et le 22 juin 2016. L'état de santé tel que relaté dans les documents médicaux postérieurs à la décision semble être la continuité d'un état psychique latent. Au surplus, il ressort du rapport médical du 14 décembre 2016 du Dr U. _____ que le recourant a des antécédents psychiatriques depuis une vingtaine d'années et que c'est pour des raisons géographiques, le recourant habitant dans une zone reculée où la couverture en soins psychiatriques est insuffisante, que le traitement psychiatrique a été suspendu auparavant (annexe 24 TAF pce 9). Quand bien même ces rapports médicaux jouissent d'une valeur probante limitée compte tenu de leur degré de motivation et leur précision eu égard à la jurisprudence précitée (cf. supra 6.4 et 8.5), il faut considérer qu'il subsiste des doutes quant à l'état de santé psychique du recourant et que l'experte ne s'est pas prononcée de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé depuis 2000. C'est au demeurant l'avis du service médical interne de l'autorité inférieure, lequel a constaté sur la base de la documentation médicale versée en procédure de recours que « étant donné la

diversité des diagnostics cités (...) il n'est pas possible de se prononcer en l'état du dossier » (prise de position de la Dresse P._____ du 4 mai 2017, annexe pce TAF 17).

9.5 Au regard de ce qui précède, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas d'évaluer précisément l'état de santé du recourant et sa capacité de travail pendant l'ensemble de la période déterminante, ni de déterminer clairement s'il y a une aggravation, une amélioration ou aucun changement de l'état de santé.

10.

10.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit en principe examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in : SVR 2011 IV n° 73 p. 220).

10.2 En l'espèce, le Tribunal constate que le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} mars 1997 et qu'il bénéficiait dès lors de cette rente depuis plus de 15 ans au moment de la décision de suppression. Or, il ressort du dossier que l'autorité inférieure n'a pas examiné, à tort, la question de la possibilité d'une réintégration par lui-même du recourant dans le monde du travail.

11.

11.1 En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la question liée notamment à l'état de santé psychique du recourant n'a pas été instruite à satisfaction par l'autorité inférieure et mérite un éclaircissement, de même que la question de la possibilité d'une réintégration par lui-même du recourant dans le monde du travail.

11.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressé à une rente, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé psychique (et en tant que besoin somatique) pour pouvoir établir notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGa). Pour ce faire, elle sollicitera une expertise psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique en Suisse qui devra établir s'il existe une amélioration, une aggravation ou un statu quo de l'état de santé du recourant. L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra, le cas échéant, apprécier la capacité de réintégration du recourant dans le monde du travail, et rendre une nouvelle décision.

11.3 Enfin, il sied de préciser que l'expertise qui sera mise en place par l'autorité inférieure devra respecter la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral le 30 novembre 2017 qui modifie sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 [ATF 143 V 409] et 8C_130/2017 [ATF 143 V 418] du 30 novembre 2017). En substance, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques.

12.

Dans la mesure où le recours est admis et que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction (sous la forme d'un complément d'expertise) et nouvelle décision, la conclusion du recourant tendant à la mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire (cf : TAF pce 1) est sans objet. Le recours doit être admis, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner l'ensemble des griefs soulevés par le recourant.

13.

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

13.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour complément d'instruction.

13.3 Me Philippe Graf ayant été nommé avocat d'office, son indemnité doit en principe être fixée eu égard à l'art. 65 al. 3 PA qui renvoie à cette fin à l'art. 64 al. 2 à 4 PA. Les art. 7 à 15 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) sont de règle générale également déterminants (cf. art. 65 al. 5 PA).

13.4 A teneur de l'art. 8 al. 1 FITAF applicable par renvoi de l'art. 12 FITAF, l'avocat commis d'office a droit au remboursement des dépens lesquels comprennent les frais de représentation et les éventuels autres frais de la partie. Les frais non nécessaires ne sont pas indemnisés (art. 8 al. 2 FITAF). Les frais de représentation comprennent (i) les honoraires d'avocat (art. 9 al. 1 let. a FITAF), (ii) les débours, notamment les frais de photocopie de documents, les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les frais de port et de téléphone (art. 9 al. 1 let. b FITAF) et (iii) la TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF). Les frais du représentant, quant à eux, sont remboursés sur la base des coûts effectifs (art. 11 FITAF). Les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaires à la défense de la partie représentée (art. 10 al. 1 FITAF). Le tarif horaire des avocats est de Fr. 200.- au moins et de Fr. 400.- au plus hors TVA (art. 10 al. 2 FITAF). A l'intérieur de cette fourchette, l'autorité détermine librement le tarif horaire applicable à la lumière de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1870/2006 du 14 septembre 2007, consid. 10). En matière d'assurance sociale, l'autorité tiendra notamment compte du fait que la procédure est régie par la maxime d'office, ce qui facilite le travail des avocats (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2010 du 16 septembre 2010, consid. 3). S'agissant des heures de travail accomplies, d'après la jurisprudence, il faut compter en règle générale une heure pour la rédaction de trois pages d'un mémoire de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.3).

13.5 Conformément à l'art. 14 al. 1 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations de travail. Le second alinéa de cette disposition précise que le Tribunal fixe les dépens et l'indemnité des avocats commis d'office sur la base du décompte. Dit décompte doit être détaillé et indiquer qui a passé quel temps à faire quoi pour quel tarif (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 271 ch. 4.85). L'autorité appelée à fixer les frais de l'avocat commis d'office sur la base d'un décompte ne saurait toutefois se contenter de s'y référer sans procéder à un examen, mais doit plutôt examiner dans quelle mesure les frais allégués se sont avérés indispensables à la représentation de la partie recourante (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *op. cit.* p. 272 n. 4.86). A défaut de décompte, le tribunal fixe les frais de l'avocat commis d'office sur la base du dossier (art. 14 al. 2 *in fine* FITAF).

13.6 En l'occurrence, par courrier du 7 septembre 2017, Me Philippe Graf a produit un décompte d'honoraires pour l'activité déployée entre le 19 juillet 2017 et une date postérieure au jugement. Le décompte produit indique 24 heures de travail, 500 copies et Fr. 65.- de débours dont Fr. 50.- pour des frais forfaitaires. Le travail du mandataire a consisté avant tout en la prise de connaissance du dossier de l'autorité inférieure comportant 185 pièces, en la rédaction notamment d'un recours de 7 pages avec bordereau de pièces, d'une réplique de 9 pages avec bordereau de pièces, de quatre lettres de une page chacune. Par conséquent, au vu du travail accompli et nécessaire en l'espèce et de la difficulté relative de l'affaire, le Tribunal de céans admet 11 heures de travail pour la défense de la partie recourante dont 7 heures sont comprises pour la rédaction des écrits (20 pages) à un tarif horaire qu'il décide de fixer à Fr. 250.- par heure. Il y a donc lieu d'allouer à l'avocat d'office un montant de Fr. 2'961.75 (soit 11 heures de travail à Fr. 250.- par heure) pour ses honoraires y compris le supplément de TVA selon l'art. 9 al. 1 let. c FITAF (cf. arrêt du Tribunal fédéral 5A_504/2015 du 22 octobre 2015), soit Fr. 211.75. A ce montant, il convient encore d'ajouter une indemnité correspondant aux débours, soit Fr. 285.40 (500 copies à Fr. 0.50 et Fr. 15.- de frais) y compris le supplément de TVA selon l'art. 9 al. 1 let. c FITAF, soit Fr. 20.40. Le montant de Fr. 50.- indiqué par Me Philippe Graf à titre de frais forfaitaires ne fera pas l'objet d'une indemnisation, seuls les frais effectifs étant remboursés. Vu l'issue du litige, le recourant étant réputé avoir obtenu gain de cause en cas de renvoi de la cause (ATF 137 V 210 consid. 7), un montant de Fr. 3'247.15 sera alloué au conseil du recourant, à charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 22 juin 2016 est annulée.

2.

Le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

4.

Une indemnité de dépens de Fr. 3'247.15 est allouée au conseil d'office du recourant, Me Philippe Graf, et mise à la charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire) ;
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé) ;
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Alison Mottier

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. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :