



---

Cour III  
C-5671/2017

## Arrêt du 27 août 2019

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,  
Julien Theubet, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Portugal),  
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 5  
septembre 2017).

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

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le recourant, l'intéressé), ressortissant portugais né le (...) 1957, travaillait en qualité de maçon pour le compte de l'entreprise B. \_\_\_\_\_, à (...). Le 15 juin 1990, il a été victime d'un accident qui a occasionné une fracture de la cheville droite. Après avoir repris brièvement son activité, il n'a plus travaillé depuis le 22 octobre 1990 (AI, pce 1).

**A.a** En décembre 1991, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI pces 1 et 3). Dans un rapport du 10 novembre 1992, le Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI) a décrit un assuré pessimiste quant à son retour dans le monde du travail et focalisé sur les douleurs qu'il ressent au niveau de la colonne vertébrale, ainsi que de la jambe et du pied droits (AI pce 6). Suite à une observation professionnelle de quatre semaines débutée le 19 avril 1993 (AI pce 13), le Dr C. \_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine interne - a constaté la persistance de lésions lombaires invalidantes et de douleurs au niveau du pied droit, opéré sans succès (AI pce 14). Selon ce dernier médecin, on ne peut par conséquent proposer à l'assuré d'activités ni en position debout, ni en position assise (AI pce 14). Aussi, dans une prise de position du 8 juin 1993, le directeur du COPAI a exclu chez l'assuré toute capacité de gain (AI pce 13). De là, par décision du 8 juin 1994, une rente entière d'invalidité a été allouée dès le 1<sup>er</sup> octobre 1991 (AI pce 19). De son côté, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) – à laquelle l'accident du 15 juin 1990 a été annoncé – a reconnu le droit à une rente de 33.33 % dès le 1<sup>er</sup> juin 1994 (AI pce 21).

**A.b** Dans le contexte d'une procédure de révision initiée en 1996 (AI pces 29 à 103), l'assuré – domicilié au Portugal depuis 1995 (AI pce 23) -, s'est soumis à une expertise médicale réalisée par le Centre d'examen médical de l'assurance-invalidité à (...) (ci-après : SAM ; AI pce 66).

Dans leur rapport du 30 avril 1999, les experts ont retenu au titre diagnostics un syndrome lombo-spondylogène dans le cadre d'une légère scoliose, d'une discrète altération arthrosique en L4-S1 et d'un canal spinal étroit en L3-L4, ainsi que des troubles de la cheville droite après distorsion et cure d'ostéosynthèse. D'un point de vue psychiatrique, il a été retenu un trouble mixte de la personnalité avec des traits marqués d'immaturité et d'abandon, sur lesquels se sont greffés une attitude et un comportement probablement volontaire dans le contexte d'une névrose de rente. Selon

les experts, il existe une incapacité de travail complète dans les métiers du bâtiment depuis juin 1990. Dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et sans port de charges supérieures à 15-20 kg, l'assuré présente en revanche une capacité de travail de 70-75 % dès avril 1992 (AI pce 66).

En conséquence, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente, autorité inférieure) a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 53 % résultant de la comparaison entre un salaire horaire d'invalidité de 11 fr. 08 et un salaire horaire de valide de 23 fr. 55 (AI pce 89). Aussi, par décision du 7 juin 2000, l'autorité a remplacé dès le 1<sup>er</sup> août 2000 la rente entière de l'assuré par une demi-rente (AI pces 93 et 98). Par jugement du 28 septembre 2001, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après : Commission fédérale de recours) a confirmé la réduction de la rente d'invalidité, non pas en raison d'une modification de l'état de santé de l'assuré, mais compte tenu du caractère manifestement erroné de la décision de rente du 8 juin 1994. A suivre la Commission fédérale de recours, l'état de santé décrit par les experts du SAM est en effet identique à celui dressé par les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ à l'issue d'une cure du 31 mars au 24 avril 1992, dont le rapport du 28 avril 1992 aurait dû être retenu à la base de la décision de rente du 8 juin 1994 (AI pces 103 ; cf. également pce 21, p. 9 ss).

**A.c** Le 4 février 2008, à l'issue d'une procédure de révision ouverte d'office, l'OAIE a communiqué à l'assuré le maintien de sa rente d'invalidité (AI pces 134).

**A.d** Sur la base d'un examen psychiatrique mené le 17 mai 2011 par le Dr E.\_\_\_\_\_, d'un rapport médical E213 du Dr F.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2011 ainsi que de plusieurs rapports de médecins consultés au Portugal (AI pces 151 et 154 à 160), le Dr G.\_\_\_\_\_ – médecin-conseil et spécialiste en médecine interne générale et en médecine physique et de réadaptation – a considéré dans un rapport du 9 août 2011 que la situation de l'intéressé était restée inchangée au plan ostéortculaire, hormis un récent épisode de douleurs aiguës (AI pce 166). Cela étant, le droit à une demi-rente a derechef été maintenu par communication du 11 août 2011 (AI pce 167).

**B.**

**B.a** Le 28 juillet 2014, l'OAIE a initié une nouvelle procédure de révision (AI pce 171). Vu les observations consignées par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans un rapport médical E213 du 29 janvier 2015 – qui fait état notamment de lombalgies, de sténose du canal lombaire sur troubles dégénératifs vertébraux avec hernie discale L4-L5 et de trouble mixte de la personnalité (AI pce 178) - le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a considéré que la situation de l'assuré était restée inchangée au plan médical (AI pce 189). Considérant plusieurs indices suggérant une amélioration de l'état de santé de l'assuré, le Dr I. \_\_\_\_\_ – médecin-conseil de l'OAIE et spécialiste en rhumatologie – a néanmoins suggéré de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rapport du 19 janvier 2015 ; AI pces 178 et 197). Un mandat a ainsi été confié au Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_ pour qu'il procède à l'évaluation pluridisciplinaire de l'assuré (AI pce 203).

Aussi, dans un rapport conjoint du 23 septembre 2016, les Drs K. \_\_\_\_\_, rhumatologue, et L. \_\_\_\_\_, psychiatre, ont exclu chez l'assuré toute pathologie psychique. Au plan somatique, ont été retenues au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies communes sur discret trouble statique M41.9 et ébauche dégénérative M47.8, sans signe neurologique, assorties de dysbalances musculaires (AI pce 215, p. 46). Cela étant, les experts ont reconnu à l'assuré « une pleine capacité de travail [...] dans les activités définies comme adaptées dans le jugement de 2001, à compter de janvier 2015 au moins » (AI pce 215, p. 51).

**B.b** Le 26 octobre 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ a souligné la bonne qualité de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, dont rien ne remet en cause l'objectivité ou l'impartialité. De l'avis du médecin-conseil, l'état de santé de l'assuré a connu une amélioration modérée, qui s'est amorcée en 2011 et s'est poursuivie avec un examen clinique actuellement normal pour son âge. Ainsi, en 2011, l'incapacité de travail dans une activité adaptée était encore évaluée à 30 %, eu égard notamment à des paresthésies résiduelles dans le territoire S1 gauche. Or, ces atteintes ne sont plus mentionnées par la suite, à l'instar d'ailleurs de symptômes d'une hypertrophie de la prostate et d'une maladie de la Peyronie (AI pce 224). Toujours selon le Dr I. \_\_\_\_\_, l'assuré dispose, du point de vue somatique, des ressources suffisantes pour pouvoir faire une auto-réadaptation et s'intégrer sur le marché libre du travail. Il possède un réseau social riche et effectue des activités physiques quotidiennes – soit parfois des travaux pour des amis

– qui correspondent aux activités considérées comme exigibles (AI pce 224).

Le 26 janvier 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ – spécialiste en psychiatrie et médecin SMR certifié – a admis le bienfondé du volet psychiatrique de l'expertise du 23 septembre 2016, excluant ainsi toutes limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique depuis 2011 au moins (AI pce 229).

**B.c** L'OAIE a ainsi considéré que l'assuré présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée et reste en mesure de réaliser un revenu mensuel d'invalidé de 4'345 fr. 14, résultant du salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, compte tenu d'un abattement pour désavantage salarial de 20 %, d'un horaire hebdomadaire de travail de 41.7 heures et d'une indexation jusqu'en 2015, soit l'année au cours de laquelle l'assuré a atteint ses 58 ans. Comparé au revenu réalisable sans invalidité de 6'138 fr. 27 – calculé sur la base de la décision de rente du 7 juin 2000 (AI pces 93 et 98) –, il en résulte une invalidité de 29.21 % depuis le 29 janvier 2015 (AI pce 230).

Cela étant, par projet de décision du 7 avril 2017, l'OAIE a constaté que le droit à une rente d'invalidité n'existe plus (AI pce 233). L'assuré a contesté ce projet par correspondance du 8 juin 2017, expliquant que son état de santé continue à se détériorer, comme cela ressort de divers rapports médicaux versés en cause (AI pce 247 ; cf. également AI pces 242 à 246). Après avoir constaté que cette documentation médicale n'apporte pas d'éléments nouveaux (AI pce 249), l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017 (décision du 5 septembre 2017 ; AI pce 251). A l'appui de cette décision, l'autorité a renoncé à se prononcer sur la capacité de l'assuré à se réadapter par lui-même, dans la mesure où celui-ci présente depuis de nombreuses années une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

### **C.**

Le 3 octobre 2017 (timbre postal), l'assuré a recouru contre la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et à ce que son état de santé soit réévalué. Renvoyant à des rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ des 4 et 8 mai 2017 produits à l'appui de son recours, il explique qu'à ses problèmes ostéo-articulaires s'ajoutent notamment des troubles respiratoires, visuels et ventriculaires (TAF pce 1, annexe 2). Aussi, contrairement à ce que retient l'OAIE, son état de santé continue

avec l'âge à se détériorer, de sorte qu'il lui est impossible de reprendre un travail et, par conséquent, d'entretenir sa famille (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 29 septembre 2017, l'autorité précédente a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel à la décision entreprise et ajoutant que n'ayant pas de domicile en Suisse, l'assuré n'a pas de droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (TAF pce 6).

Le 23 mars 2018, l'assuré a été dispensé du paiement des frais de procédure suite à l'admission de sa demande d'assistance judiciaire partielle (TAF pce 8).

En avril 2018, le recourant a produit en cause les résultats d'un examen sanguin réalisé le 6 février 2017, ainsi qu'un rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_ du 10 avril 2018 évoquant notamment l'apparition d'une arthrose au niveau de la hanche (TAF pce 11, annexes). Dans une prise de position du 24 mai 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue et médecin-conseil de l'OAIE, a exclu que ces documents médicaux ne remettent en cause les conclusions et observations formulées par le Dr I. \_\_\_\_\_ (TAF pce 13).

L'échange d'écritures a été clôturé par ordonnance du 13 juin 2018, après quoi un extrait du compte individuel de l'assuré a été versé au dossier (TAF pces 15 et 16).

## **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).

**1.3** Le Tribunal administratif fédéral est 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 requérant 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). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

## 2.

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le requérant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, l'ALCP fait référence 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

**2.2** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales

dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 5 septembre 2017.

Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 septembre 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit).

### 3.

Le litige porte sur la suppression, à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017, du droit du recourant à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

### 4.

**4.1** 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2).

L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGGA). 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 LPGGA).

**4.2** En vertu de l'art. 17 LPGGA, 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. Dès lors qu'il ressort 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 LPG (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.). 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 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). 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 LPG (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).

**4.3** Afin de pouvoir évaluer le taux d'invalidité ou établir un motif de révision, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, 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). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

**4.4** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ;

143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

**4.5** 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).

## **5.**

En l'occurrence, pour supprimer la rente d'invalidité allouée à l'assuré, l'autorité précédente s'est fondée essentiellement sur les conclusions de l'expertise fournie le 23 septembre 2016 par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que sur les observations de ses médecin-conseils les Drs I.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ des 26 octobre 2016 et 26 janvier 2017 (AI pces 215, 224 et 229). Elle en a déduit que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le prononcé du 11 août 2011, en ce sens que sa capacité de travail dans une activité adaptée est désormais complète et non plus de 70 % seulement.

**5.1** Cette position ne convainc pas. Contrairement à l'opinion de l'autorité précédente, il n'apparaît en particulier pas évident que la communication du 11 août 2011 constitue la base de comparaison déterminante dans le temps pour examiner l'existence d'un motif de révision.

En effet, la procédure de révision initiée en décembre 2010 n'a pas donné lieu à une instruction particulière, mais a consisté seulement à recueillir les renseignements usuels auprès de quelques médecins consultés au Portugal (AI pces 140 à 167). Ainsi, c'est sur la base essentiellement du rapport-médical E213 et d'un rapport psychiatrique succinct que le médecin-conseil a exclu dans un avis sommaire toute modification de l'état de santé de l'assuré (AI pces 153, 161 et 166). Au reste, la communication du 11 août 2011 se borne à constater « que le degré d'invalidité n'a pas changé de manière à influencer le droit à la rente » (AI pce 167). Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que l'autorité précédente ait à l'époque procédé à une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Or, un tel examen matériel du droit à la rente aurait été nécessaire pour accorder à la communication du 11 août 2011 la valeur de décision sujette à révision.

Par conséquent, le point de départ pour la comparaison des faits pertinents sous l'angle de l'art. 17 LPGA correspond au jugement de la Commission fédérale du 28 septembre 2001 (cf. notamment : TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

**5.2** Cela étant, on doit douter également que les pièces médicales à disposition établissent l'existence d'une modification de l'état de santé de l'assuré propre à influencer notablement son taux d'invalidité.

En particulier, l'expertise du Bureau d'expertises médicales J.\_\_\_\_\_ ne remplit pas les exigences susmentionnées en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision (consid. 4.4 ci-avant). Bien que mandatés spécifiquement pour déterminer si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière à influencer son degré d'invalidité (mandat d'expertise, ch. VII.2 ; AI pce 203), les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ se sont en effet bornés à « évaluer le diagnostic et les limitations fonctionnelles qui en découlent afin d'établir l'exigibilité dans l'ancien poste de travail ou dans un éventuel poste adapté » (p. 4 du rapport d'expertise, AI pce 215). Ainsi, après avoir résumé les documents à leur disposition (p. 4 à 13 de l'expertise, AI pce 215), établi l'anamnèse, consigné les plaintes de l'assuré et dressé son status clinique (p. 13 à 35 de l'expertise), les experts ont expliqué que celui-ci ne présente pas, au niveau de sa cheville, davantage de limitations que celles établies par l'OAIE en 1993. S'agissant par ailleurs du dos, les symptômes observés chez l'assuré permettent également d'exclure d'autres limitations que celles déjà connues de l'autorité précédente. De là, au plan somatique, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ reconnaissent à l'assuré une pleine capacité

de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles « retenues dans le Jugement [...] du 28 septembre 2001 ». Au plan psychique, les spécialistes du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_ se bornent à admettre la pleine capacité de travail de l'assuré, sans préciser les circonstances dans lesquelles il a récupéré des troubles de la personnalité initialement diagnostiqués (p. 36 à 51 de l'expertise, AI pce 215).

Ainsi, à aucun moment les experts ne comparent les atteintes actuelles de l'assuré avec celles qui ont justifié l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Ils n'expliquent pas davantage en quoi l'état de santé de ce dernier s'est amélioré au point qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Tout au plus, les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ retiennent une évolution favorable depuis 2011, « tel que l'évoque le bilan orthopédique de 2015, et le présent examen avec confrontation radio-clinique par des clichés actuels de la colonne lombaire » (p. 39 de l'expertise, AI pce 215). Dans la mesure où les experts ne disent rien quant aux répercussions d'une telle évolution sur la capacité de travail de l'assuré, cette simple observation ne saurait toutefois fonder à elle seule un motif de révision.

**5.3** En définitive, l'expertise du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, dans la mesure où elle ne contient pas d'explications suffisantes sur les raisons pour lesquelles « l'évolution favorable » évoquée depuis 2011 conduit à une appréciation différente de la capacité résiduelle de l'assuré (TF précités 9C\_195/2017 et 9C\_418/2010 ; cf. également TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013, consid. 6.1.2 et TAF C-540/2018 du 10 avril 2019, consid. 5.2). Cette circonstance ne semble d'ailleurs pas avoir échappé à l'autorité précédente, qui a interpellé le Dr I. \_\_\_\_\_ afin qu'il détermine précisément en quoi a consisté la modification de l'état de santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'avis fourni le 26 octobre 2016 par ce dernier médecin n'établit toutefois pas non plus l'existence d'un motif justifiant la suppression de la prestation litigieuse.

En effet, le Dr I. \_\_\_\_\_ a simplement expliqué que l'assuré présentait en 2011 des symptômes qui ne sont plus mentionnés en 2015, soit des paresthésies résiduelles dans le territoire S1 gauche ainsi qu'une hypertrophie de la prostate et une maladie de Peyronie opérée en 2010 (AI pce 224). De là, le médecin-conseil évoque une amélioration « modérée » de l'état de santé de l'intéressé, « qui doit être considéré comme normal pour une personne de son âge », et qui « lui permet d'avoir des activités physiques suffisamment intenses pour développer des callosités aux mains qui n'étaient pas décrites [en] 2011 » (AI pce 224). Or, quoiqu'en dise l'autorité

précédente, le fait pour l'assuré de présenter un état de santé normal au vu de son âge est sans pertinence pour juger de la modification de son état de santé. Dans la mesure par ailleurs où l'assuré dispose depuis de nombreuses années d'une capacité résiduelle de travail, le constat qu'il a développé une callosité aux mains ne renseigne pas davantage sur l'existence d'un motif de révision. Pour le reste, évoquant une amélioration « modérée » de l'état de santé de l'assuré, le Dr I. \_\_\_\_\_ ne soutient pas que l'assuré a recouvré un taux d'activité complet en raison de la disparition des quelques symptômes cliniques susmentionnés. Il ne précise du reste pas l'incidence qu'ont pu avoir ces symptômes sur la capacité de travail du recourant. Or, les troubles considérés par le Dr I. \_\_\_\_\_ comme ayant disparu ne semblent pas avoir été décisifs pour évaluer la capacité de travail médico-théorique admise en 2001 à la base de la prestation litigieuse (cf. notamment AI pces 66 et 103).

En cela, l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016 n'établit pas à suffisance l'existence d'une modification des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité de l'assuré. Du moins, les considérations qui précèdent font douter de la fiabilité et de la pertinence des conclusions du médecin-conseil, qui doivent dès lors être écartées (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee). Au plan psychique par ailleurs, l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 janvier 2017 ne supplée manifestement pas les lacunes de l'expertise du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_, le médecin-conseil s'étant borné à renvoyer aux conclusions de celle-ci (AI pce 229).

## **6.**

**6.1** Dans ces conditions, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ne ressort pas clairement du dossier, ni n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). On ne saurait pour autant exclure que l'état de santé de l'assuré se soit modifié de manière à influencer notablement son invalidité. En effet, bien qu'insuffisante sur les questions pertinentes dans un contexte de révision, l'expertise du 23 septembre 2016 n'en demeure pas moins complète, claire et motivée. Or, à suivre les spécialistes du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_, la capacité de travail médico-théorique de l'assuré est aujourd'hui plus large qu'elle ne l'était lors du dernier examen du droit à la rente. Par conséquent, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle détermine si les conclusions de l'expertise expriment effectivement une modification des circonstances ou

procèdent simplement d'une appréciation médicale différente d'une situation restée inchangée.

Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE d'ordonner un complément d'expertise, soit d'inviter les experts à indiquer précisément si et en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le jugement du 28 septembre 2001 et, cas échéant, en quoi ces modifications lui ont permis de recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

**6.2** Un renvoi de la cause à l'autorité précédente se justifie d'autant plus que celle-ci n'a pas examiné à suffisance si l'assuré est en mesure de mettre pleinement en œuvre sa capacité résiduelle de travail. Nonobstant l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, une rente qui, comme en l'espèce, a été servie durant plus de quinze années ne peut pourtant être supprimée sans qu'ait été concrètement établi la capacité du bénéficiaire à réintégrer la vie professionnelle sans assistance (TF 8C\_759/2018 du 13 juin 2019, consid. 9 et réf. cit.). Or, quoiqu'en pense l'OAIE, le simple constat que l'assuré « possède un riche réseau social » ne suffit pas encore à admettre qu'il est concrètement en mesure de l'exploiter (AI pce 224 ; cf. ég. AI pce 215 p. 48). Par ailleurs, le fait que l'assuré dispose depuis de nombreuses années d'une capacité résiduelle de travail ne permet pas non plus de retenir qu'il est pleinement en mesure d'utiliser par lui-même tout son potentiel médico-théorique (TF précité 8C\_759/2018, consid. 9.2.1 et réf. cit. ; ATF 141 V 5 ; cf. également TAF C-1422/2016 du 5 novembre 2018, consid. 7.2.2.2).

Aussi, si tant est que l'instruction à intervenir confirme la pleine capacité du recourant à exercer une activité adaptée, il s'agira encore pour l'autorité précédente d'établir que l'intéressé est en mesure d'exploiter ses capacités par lui-même et sans besoin d'assistance. Ainsi, ce n'est qu'à la suite de l'examen des mesures nécessaires à la réintégration du recourant dans le circuit économique que l'OAIE sera en mesure de statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. Dans l'intervalle – et contrairement à ce qui prévaut généralement dans les cas de révision –, la prestation litigieuse doit continuer à être versée, la mesure de retrait d'effet suspensif rattachée à la décision attaquée cessant de déployer ses effets par l'annulation de celle-ci (TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012, consid. 2.3 ; ATF 129 V 370 ; TAF C-1422/2016 précité, consid. 14).

**7.**

Vu ce qui précède, le recours est fondé et doit être admis.

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).

Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision du 5 septembre 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

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

Expédition :