

BVGer C-4986/2018 vom 27. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4986_2018

FR: TAF C-4986/2018 du 27 juillet 2020

IT: TAF C-4986/2018 del 27 luglio 2020

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 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. dbis 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).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 2.2

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, la décision attaquée ayant été rendue le 25 juin 2018, il y a lieu de s'en tenir aux

faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur à ce moment-là.

E. 3

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

E. 4

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

E. 5

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

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 5.2

En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment : TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une

révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

E. 5.3

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Aussi, on entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 ; cf. également : ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). S'agissant en particulier des atteintes à la santé psychique, elles supposent - pour être retenues à la base d'une perte de gain - la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence constante, la preuve du caractère invalidant d'un tel trouble doit être apportée selon une procédure probatoire structurée en référence aux indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 5 et 6). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Par ailleurs, on peut d'emblée conclure à l'absence d'une atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsqu'un phénomène d'exagération des symptômes ou une attitude telle est identifiée chez l'intéressé (ATF 141 V 281 consid. 2.2). ...

E. 5.4

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

261 et les arrêts cités). Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396). En outre, dans le cadre d'une révision, les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.22). Cela étant, selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ou que des circonstances particulières ne fondent objectivement des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_575/205 du 23 mars 2016 consid. 5.2).

E. 5.5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 p. 429; 139 V 176 consid. 5.3 p. 186; 138 V 218 consid. 6 p. 221 s.). En outre, la procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

E. 6

Dans le cas d'espèce, pour examiner l'existence d'un motif de révision, l'autorité inférieure a à bon droit comparé la situation médicale de l'assuré telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale d'octroi de rente à celle existant lors de la décision litigieuse. En effet, ni la décision de l'OAIE du 28 octobre 2004 - qui s'insère essentiellement dans le contexte de la 4ème révision de la LAI -, ni les communications des 27 juin 2008 et 14 juin 2013 ne

reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (consid. 5.2 ci-avant). Aussi peut-on faire abstraction ici de ces prononcés, ce que ne conteste au demeurant pas le recourant.

E. 6.1

Cela étant, remettant en cause la fiabilité et l'objectivité des expertises des Drs M. _____ et N. _____ - qui ne respecteraient pas les standards en la matière, minimiseraient ses plaintes, ne prendraient pas en compte toutes les pièces médicales versées au dossier et aborderaient le cas avec partialité -, le recourant soutient que son état de santé l'empêche de reprendre toute activité et conclut en conséquence à ce qu'une rente complète d'invalidité lui soit allouée. Se prévalant essentiellement des prises de position de son médecin-traitant le Dr L. _____, il retient ainsi implicitement que sa situation s'est péjorée depuis l'octroi en 2003 d'une rente partielle d'invalidité. De son côté, l'autorité inférieure reconnaît une pleine valeur probante aux expertises susmentionnées, qui mettent à ses yeux en évidence une nette amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, sous la forme notamment de la rémission du trouble dépressif attesté en 2003 par le Dr I. _____.

E. 6.2

En l'occurrence, la décision initiale de rente se fonde principalement sur l'expertise du Dr C. _____ du 15 juin 2001 et sur celle du Dr I. _____ du 15 mai 2003. Au plan rhumatologique, en dépit de la fibromyalgie et du syndrome douloureux chronique diagnostiqués par l'expert, cette décision du 28 octobre 2003 reconnaît à l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée - soit, en substance, une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10 à 15 kg. A cela s'ajoute une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, admise en relation avec le syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), le trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.10) et le trouble de la personnalité (CIM-10 F60.5) retenus au plan psychiatrique. A suivre les Drs M. _____ et N. _____, l'état de santé de l'assuré s'est depuis lors amélioré, avec la rémission au plan psychique du trouble dépressif et du trouble somatoforme douloureux et, au plan rhumatologique, avec une légère amélioration clinique au niveau de la colonne vertébrale et des extrémités. Aussi, à l'issue de leur rapport respectif du 27 avril 2017, les experts considèrent l'assuré capable d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité modérément exigeante, soit n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 à 25 kg.

E. 6.2.1

Quoiqu'en dise le recourant, les appréciations des Drs M. _____ et N. _____ sont complètes et objectives. En tant qu'ils se prononcent sur la situation prévalant au jour de l'examen, les experts - spécialisés dans les disciplines concernées - procèdent en effet à une discussion claire et précise des circonstances médicales susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré, énonçant précisément les raisons retenues à la base de leur position. En outre, les Drs M. _____ et N. _____ ont dressé l'anamnèse détaillée de l'assuré en résumant systématiquement les pièces médicales importantes versées au dossier, ont consigné avec précision les plaintes exprimées par celui-ci et ont dressé son tableau clinique complet. Aussi le constat du recourant selon lequel le Dr M. _____ ne mentionne pas l'une des prises de position du Dr L. _____ ne saurait-il porter à conséquence dès lors que dans ses rapports successifs, ce dernier médecin se borne pour l'essentiel à énoncer le diagnostic

de fibromyalgie retenu et le traitement médicamenteux prescrit à l'assuré. En outre, contrairement à ce que suggère l'assuré, les experts ne manquent d'aucune manière à leur professionnalisme. En particulier, l'expression « Haben die Ärzte früher auch nichts gefunden ? » que le recourant prête au Dr M. _____, si elle exprime certes l'opinion médicale de ce médecin, ne fait pour autant pas douter de son impartialité. On ne voit par ailleurs pas non plus que les expertises litigieuses violent les usages en la matière. D'ailleurs, le recourant n'exprime pas en quoi le rapport du Dr N. _____ contreviendrait aux « standards de la psychiatrie ». Dans tous les cas, la durée de l'examen personnel mené par le psychiatre - jugée trop courte par l'assuré - ne saurait remettre en question la valeur de son travail, le rôle d'un expert consistant précisément à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (entre autres : TF 9C_722/2018 du 12 décembre 2018 consid. 4.2). Quant à la valeur accordée par les experts aux plaintes subjectives de l'assuré, elle ne constitue pas non plus un motif permettant d'invalider leurs conclusions. Selon la jurisprudence en effet, pour justifier une invalidité, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 141 V 281 ; 140 V 290 ; 130 V 352). Ainsi donc, contrairement à ce que soutient le recourant, on n'identifie aucun indice concret ou circonstance particulière permettant de douter du bien-fondé ou de l'impartialité de l'évaluation des Drs M. _____ et N. _____. Avec l'autorité inférieure, on peut donc admettre que leurs rapports d'expertise présentent une valeur probante suffisante.

E. 6.2.2

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

E. 6.2.2.1

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

clairement objectivé des circonstances médicales pertinentes.

E. 6.2.2.2

Au plan psychique par ailleurs, l'expert constate la rémission des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de trouble dépressif récurrent (F33.10), attestés en 2003 par le Dr I._____. Aussi observe-t-il une amélioration substantielle de l'état de santé de l'assuré, qui se manifeste par le recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations de nature rhumatologique. Cela étant, pour admettre cette amélioration, l'expert s'en tient essentiellement à ce constat que les pièces au dossier postérieures au rapport du Dr I._____ de mai 2003 ne documentent pas les traits caractéristiques des diagnostics considérés, qui ne sont pas davantage observés lors de la réalisation de l'expertise. En l'état actuel du dossier, les motifs énoncés par le Dr N._____ ne suffisent toutefois pas à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une modification notable de l'état de santé de l'assuré. En effet, il faut bien constater que le recourant n'a plus fait l'objet d'investigations médicales approfondies suite à l'expertise du Dr I._____. Ainsi, les pièces médicales postérieures à la décision initiale de rente attestent tout au plus que le recourant a poursuivi le traitement médicamenteux à base d'antidouleurs et d'antidépresseurs instauré déjà en 2003 et qu'il a continué à être pris en charge aux Philippines en raison essentiellement d'une symptomatologie douloureuse, que ses médecins-traitants ont systématiquement rapportée à une fibromyalgie (OAIE pces 103, 106, 147, 152, 165 et 200 essentiellement). Ces rapports médicaux, tant ils sont succincts, ne disent en revanche rien de la façon dont les symptômes de l'intéressé se sont manifestés entre 2003 et 2017 et ne permettent pas d'établir la manière dont le tableau clinique de celui-ci a évolué. Aussi ne voit-on pas que l'on puisse en déduire un changement clairement objectivé de la situation psychique de l'assuré (TF 9C_860/2015 du 1er juin 2016 consid. 4.3). En outre, dans la mesure où aucune prise en charge psychiatrique sérieuse n'a jamais été mise en place, on ne saurait conclure à une amélioration de l'état de santé de l'assuré à la lumière du fait qu'un tel suivi n'a pas été mis en place postérieurement à l'expertise du Dr I._____. Quant aux constatations consignées par les experts dans leur rapport respectif des 5 mai 2003 et 27 avril 2017, elles ne fondent pas non plus un motif de révision. Force est en effet de constater que les plaintes et le tableau clinique initialement rapportés par le Dr I._____ ne diffèrent pas sensiblement de ce qui est énoncé en 2017 par le Dr N._____. Ainsi, ces deux spécialistes décrivent un assuré dans un bon état général, dont certains traits de la personnalité sont marqués et souffrant de douleurs diffuses, d'un état de fatigue ainsi que d'une humeur dépressive, mise en relation notamment avec un contexte socio-familiale difficile. Par ailleurs, les revendications insistantes énoncées par le Dr N._____ comme étant un trait caractéristique des troubles somatoformes douloureux ne sont pas plus observées en 2003 qu'en 2017. Cela étant, à la lecture des expertises en question, on peine à identifier la manière dont l'évolution favorable évoquée par le Dr N._____ s'est concrètement manifestée et a pu mener au recouvrement par l'assuré d'une pleine capacité de travail en lieu et place de la capacité de travail de 50 % admise précédemment par le Dr I._____. En tout état de cause, le simple fait que les diagnostics de trouble dépressif et de trouble somatoforme douloureux ne soient plus retenus à la suite de l'examen mené par ce dernier médecin ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente. Un tel constat, même s'il résulte de la mise en oeuvre d'outils diagnostics tel que le MADRS-S ou le MMPI-2, ne permet en effet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Aussi, selon la jurisprudence, une modification sensible de l'état de santé ne peut être admise que si la

disparition d'un diagnostic est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (TF 9C_860/2015 précité consid. 4.3). Or, comme on l'a vu ci-dessus, un tel changement ne ressort à ce stade pas de l'expertise du Dr N._____.

E. 6.2.3

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

E. 6.3

Ainsi donc, l'instruction mise en oeuvre par l'autorité précédente ne fonde en l'état pas de motif de révision emportant suppression de la prestation litigieuse. Pour autant, on ne saurait exclure que la preuve de l'existence d'un tel motif puisse être rapportée par la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire. Contrairement à ce que suggère le recourant, la réalisation d'une expertise judiciaire ne se justifie toutefois pas au cas d'espèce. En effet, si l'expertise du 27 avril 2017 n'aborde pas de façon suffisamment précise les circonstances relatives à l'existence d'un motif de révision, l'évaluation des experts n'en demeurent pas moins cohérente et convaincante. Aussi ne voit-on pas de raison d'invalider leurs conclusions en invitant des experts judiciaires à réévaluer la situation dans son ensemble. Bien plutôt, en accord avec la jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) et avant de faire application des règles sur le fardeau de la preuve - qui incombe à l'assureur dans les procédures de suppression de prestations (entre autres : TF 9C_770/2015 du 4 mai 2016 et réf. cit.) -, il s'agira de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle complète l'expertise du Dr N._____ en invitant ce spécialiste à désigner précisément en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de rente (s'agissant de la question du renvoi pour procéder à un complément d'expertise, cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Singulièrement, il conviendra pour l'expert de déterminer et d'expliquer si la rémission des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique de l'assuré et par le recouvrement par celui-ci d'une pleine capacité de travail (TF 9C_860/2015 précité consid. 4.3).

E. 7

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

E. 8

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

E. 9.1

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

E. 9.2

Le recourant ne fournit aucun décompte à l'appui de l'indemnité de dépens de Fr. 4'000.- qu'il réclame. En application de l'art. 14 al. 2 2e phrase FITAF, il se justifie ainsi de fixer les honoraires sur la base du dossier. En l'espèce, le travail de l'avocat a consisté essentiellement en la rédaction d'un recours (TAF pce 1) et d'une réplique (TAF pce 13). Le litige posait des questions peu complexes qui pouvaient naturellement être résolues sur la base d'un dossier de taille ordinaire vu la matière en question. En outre, la procédure en matière d'assurances sociales est gouvernée par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). Lors de telles procédures enfin, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de Fr. 2'800.-, frais et TVA compris (TAF C-1028/2016 du 20 juillet 2017, consid. 10.2 et réf. cit. ; cf. également ATF 139 V 496). Dans ces conditions, le Tribunal admet 10.5 heures de travail à un tarif horaire fixé à Fr. 250.-, à quoi s'ajoutent Fr. 175.- dus au titre de frais et débours (art. 9 a. 1 let. b FITAF), soit un montant total de Fr. 2'800.-. S'agissant d'une défense privée, la TVA n'est pas due sur les prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (art. 9 al. 1 let. c FITAF, et art. 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 LTVA ; ATF 141 IV 344 consid. 4 a contrario). (le dispositif se trouve sur la page suivante) Le Tribunal administratif fédéral prononce :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.