



---

Cour III  
C-1054/2022

## Arrêt du 30 octobre 2024

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Philipp Egli, Selin Elmiger-Necipoglu, juges,  
Séverin Tissot-Daguette, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France)  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité ; suppression de rente ;  
décision du 8 février 2022.

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant, l'intéressé ou l'assuré) est un ressortissant binational, suisse et français, né le (...) 1981 et domicilié en France depuis le (...) 2006 dans la zone frontalière. Il a exercé diverses activités professionnelles en Suisse, la dernière en qualité de chauffeur-livreur pour l'entreprise B.\_\_\_\_\_, succursale de (...), à partir de novembre 2001. Au total, le recourant a cotisé de façon régulière à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (ci-après : AVS/AI) de janvier 1999 à décembre 2004, puis de janvier à mai 2006 (OAIE pces 4, 6, 7, 11, 13, 19, 20, 47, 49, 58 et 93).

**B.**

Une première demande de prestations d'invalidité est déposée auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton C.\_\_\_\_\_(ci-après : OAI-C.\_\_\_\_\_) en date du 30 septembre 1994 (OAIE pce 4 p. 10), alors que le recourant est mineur. Il est mis au bénéfice de mesures médicales du 11 juin 1994 au 31 mai 2001 en raison d'une épiphysiolyse subaiguë fémorale gauche (OAIE pces 1, 2 et 4 p. 16, 19 ss et 22). Une nouvelle demande est déposée le 21 novembre 1997, qui aboutit à l'octroi d'une perruque à titre de moyen auxiliaire, suite à un traitement de chimiothérapie consécutif à une leucémie (OAIE pces 2, 3 et 4 p. 23 à 25).

**C.**

Le 20 mars 2006, le recourant dépose une troisième demande de prestations, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton D.\_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-D.\_\_\_\_\_), expliquant se trouver en incapacité de travail totale depuis le 2 mai 2005, en raison d'une « leucémie aiguë avec une greffe » (OAIE pce 7). A l'issue de l'instruction, le rapport du département d'oncologie de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ (ci-après : E.\_\_\_\_\_) du 12 juillet 2007 (OAIE pce 36), relève les diagnostics de leucémie lymphoblastique aiguë early pré-B découverte en août 1997, avec récurrence en mai 2005 et allogreffe médullaire, ainsi que celui d'épiphysiolyse des deux hanches en 1993. Selon le rapport des F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_) du 14 juin 2007 (OAIE pce 34), le recourant présente une importante fatigue post-transplantation et une boiterie invalidante accompagnée de douleurs importantes. Par décision du 10 décembre 2007 (OAIE pce 47) de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006.

**D.**

Une première révision d'office est entreprise le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (OAIE pce 50). Dans ce contexte, il est constaté que les atteintes oncologiques sont en rémission complète, mais qu'il subsiste une incapacité de travail totale du fait d'une arthrose avancée de la hanche gauche, séquellaire à l'épiphysiolyse de 1994. Un état dépressif est également évoqué (rapport médical du 14 janvier 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, et ses annexes : OAIE pce 52 ; rapports médicaux des F.\_\_\_\_\_, du 16 février 2010 : OAIE pce 54). Par communication du 13 avril 2010 (OAIE pce 55), la rente servie au recourant est maintenue.

**E.**

Le 9 mai 2012 (OAIE pce 60), le recourant fait parvenir à l'OAI-D.\_\_\_\_\_ un « Questionnaire pour la révision de rente ». Il sollicite la prise en charge du permis poids-lourd. Cette requête est soutenue par le Dr G.\_\_\_\_\_, qui précise, dans son rapport du 7 juin 2012 (OAIE pce 61), que son patient a subi une arthroplastie de la hanche gauche en novembre 2010 (cf. rapports des 23 avril et 25 novembre 2010 du Centre hospitalier universitaire H.\_\_\_\_\_ [ci-après : H.\_\_\_\_\_] et de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_ : OAIE pce 113 p. 299 et 301), et par la Dresse J.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service d'hématologie des F.\_\_\_\_\_, qui retient une capacité de travail de 50% dans son rapport du 12 juillet 2012 (OAIE pce 62).

Par communications des 21 juin et 20 septembre 2013 (OAIE pces 69 et 76), le recourant est mis au bénéfice de mesures de réadaptation, qui se soldent toutefois par un échec (rapport de bilan du 14 octobre 2013 et rapport de stage du 18 octobre 2013 : OAIE pces 77 et 78). Les rapports médicaux joints au dossier mentionnent une rémission hématologique complète, mais une problématique psychique incapacitante (rapports des F.\_\_\_\_\_ des 7 octobre et 4 novembre 2014 : OAIE pces 97 et 99 ; rapports de E.\_\_\_\_\_ des 22 janvier et 18 mai 2015 : OAIE pces 100 et 103).

Le 5 octobre 2015, le recourant fait l'objet d'un examen auprès du service médical régional (ci-après : SMR) par les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie. Le rapport du 24 novembre 2015 (OAIE pce 111) retient les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de status post prothèse totale de hanche (ci-après : PTH) gauche pour une coxarthrose, de surcharge persistante dans la musculature fessière (M62.99) et de surcharge de la musculature lombaire en relation avec une boiterie chronique. Sans effet sur la capacité

de travail, le SMR mentionne une surcharge musculaire de la face postérieure du bras droit, sans tendinopathie spécifique et une obésité de classe I. Il retient qu'une activité adaptée est possible sur le plan ostéoarticulaire depuis mi-mai 2011. En revanche, l'incapacité de travail est, sur le plan psychiatrique, de 75% depuis septembre 2013 et totale dès octobre 2014, dans toute activité. Sur cette base, la rente entière d'invalidité du recourant est maintenue par communication du 7 mars 2016 (OAIE pce 116).

## **F.**

**F.a** Une nouvelle révision de rente est entamée le 7 février 2018. Dans le formulaire ad hoc, rempli le 26 février 2018 (OAIE pce 120), le recourant indique que son état de santé s'est aggravé. Le 28 novembre 2018 (OAIE pce 125), il précise qu'aucun suivi médical n'est en place à cause de problèmes financiers.

**F.b** Devant l'absence de suivi médical, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin SMR, recommande dans son avis du 8 janvier 2019 (OAIE pce 126) de procéder à une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, complétée d'une évaluation des capacités fonctionnelles.

**F.c** Le 11 février 2019, l'OAI-D.\_\_\_\_\_ s'entretient avec le recourant (rapport du 12 février 2019 : OAIE pce 132). Confronté à des recherches sur internet (OAIE pce 133), celui-ci reconnaît exploiter un fast-food à (...) en France. Il explique avoir ouvert son établissement par intermittence entre 2009 et 2012, l'avoir fermé entre 2013 et 2016, puis réouvert à partir de 2017, toutefois pour un faible revenu. Sur la base de ces explications, le service de lutte contre la fraude à l'assurance (LFA) de l'OAI-D.\_\_\_\_\_ estime, dans son rapport du 18 février 2019 (OAIE pce 134) que les gains engendrés par l'activité ne sont pas de nature à influencer le préjudice économique au point de changer le droit à la rente entière.

**F.d** L'expertise est confiée à la Clinique N.\_\_\_\_\_ (ci-après : N.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 27 août 2019 (OAIE pce 141), les Dresses O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics d'obésité de grade I (E66.9), de hernie inguinale gauche non compliquée (K40), de goitre multinodulaire avec volumineux nodule occupant tout le lobe droit (E04.2), de status post-leucémie lymphoblastique aiguë de type B, d'antécédent d'épiphysiolyse fémorale

gauche, de mise en place d'une PTH gauche, de troubles statiques, de discopathies L5-S1, de lombalgies chroniques non spécifiques, de troubles statiques des pieds (Q66.7), de fasciite plantaire (M72.2), ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.20). Elles constatent le retour à une pleine capacité de travail sur le plan psychique depuis mai-juin 2017, période à laquelle l'assuré a repris l'exploitation de son snack. Les expertes admettent en revanche la présence d'une atteinte de l'appareil ostéoarticulaire sous forme d'un status post PTH à gauche en 2010, avec des douleurs résiduelles vraisemblablement d'origine mixte (hernie inguinale gauche, lombalgies non spécifiques, obésité de grade I évolutive depuis quelques années). Les autres pathologies somatiques ne sont pas incapacitantes. L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques alors que dans une activité adaptée, l'exigibilité médico-théorique est entière depuis juin 2011.

**F.e** Dans son avis SMR du 7 octobre 2019 (OAIE pce 143), le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin SMR, reconnaît la valeur probante du rapport d'expertise de la N.\_\_\_\_\_. L'OAI-D.\_\_\_\_\_ rend un premier projet de décision le 22 octobre 2019 (OAIE pce 149), informant le recourant de la prochaine suppression de sa rente d'invalidité, compte tenu de l'amélioration de son état de santé.

**F.f** Le 15 novembre 2019 (OAIE pce 152), le recourant dépose des objections à l'encontre du projet de décision précité, évoquant avoir « fait une tentative de suicide » le 1<sup>er</sup> avril 2019. Par ailleurs, un volumineux nodule aurait été mis en évidence au niveau du lobe thyroïdien droit, alors que des cellules malignes auraient été détectées au niveau de l'oreille droite. Il produit deux rapports du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, datés du 6 novembre 2009 (OAIE pce 151 p. 442 et 448), relatifs à la problématique de la hanche gauche et retenant un arrêt de travail de 3 mois, ainsi que les rapports d'échographie de la thyroïde des 13 août et 25 septembre 2019 (OAIE pce 151 p. 443 et 444), attestant d'un volumineux goitre nodulaire droit nécessitant une opération.

**F.g** Selon le rapport médical du 16 décembre 2019 (OAIE pce 154) du Dr S.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale depuis le 6 novembre 2019. Les diagnostics de douleurs de racine du membre inférieur gauche, de goitre thyroïdien multihétéronodulaire et de carcinome basocellulaire voire mixte de l'oreille droite, sont retenus. Une amélioration de la capacité de travail est envisageable à partir de juin 2020, selon avis orthopédiste. Le Dr S.\_\_\_\_\_ joint à son envoi un rapport de consultation du département oncologique des F.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2019 (OAIE pce 154 p. 456).

Selon ce rapport, la leucémie est toujours en rémission. Le goitre est en cours de bilan et un carcinome basocellulaire de l'oreille droite a été découvert à l'oreille droite. Une intervention chirurgicale va être agendée.

**F.h** Le rapport du 11 mars 2020 (OAIE pce 161) du Dr S. \_\_\_\_\_ précise que son patient a été opérée d'une thyroïdectomie totale au Centre hospitalier régional universitaire (ci-après : CHRU) de T. \_\_\_\_\_ le 6 février 2020.

**F.i** Suite à cette opération, l'autorité inférieure reçoit plusieurs rapports du CHRU de T. \_\_\_\_\_, établis par le service « ORL-Audiophonologie-Chirurgie cervico-faciale » (rapports et lettres de liaison des 8 janvier, 6 février, 12 février et 19 mars 2020 : OAIE pce 174 p. 504 ss), le service de médecine nucléaire (rapport du 10 juin 2020 : OAIE pce 172 p. 496) et le service de diabétologie (rapport du 18 janvier 2021 : OAIE pce 183). Il en ressort que le recourant a bénéficié d'une thyroïdectomie totale le 6 février 2020 dans le cadre d'un goitre multinodulaire connu depuis 20 ans et devenu compressif. Il a été trouvé 3 microcarcinomes papillaires gauches qui ont nécessité un traitement par iode radioactif 131. En janvier 2021, la Dresse U. \_\_\_\_\_, diabétologue, constate qu'il n'y a plus d'incapacité de travail en lien avec la pathologie thyroïdienne.

**F.j** Le recourant se plaignant d'une dyspnée, il consulte le Dr V. \_\_\_\_\_, pneumologue. Celui-ci relève dans son rapport du 17 décembre 2020 (OAIE pce 190), complété par un scanner thoracique le 12 janvier 2021 (OAIE pce 194 p. 543), que l'exploration fonctionnelle respiratoire est normale.

**F.k** Dans son rapport du 19 janvier 2021 (OAIE pce 182), le Dr W. \_\_\_\_\_, rhumatologue, relève une tendinopathie du moyen fessier gauche et une aponévrite plantaire droite depuis janvier 2020. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais évoque une difficulté pour les déplacements.

**F.l** Le 12 juillet 2021, le recourant informe l'OAI-D. \_\_\_\_\_ être en attente d'un suivi psychiatrique (OAIE pce 196 ; courrier du 9 juillet 2021 du Centre médico-psychologique [ci-après : CMP] de X. \_\_\_\_\_ : OAIE pce 194).

**F.m** A la demande du Dr R. \_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 4 août 2021 (OAIE pce 197), un complément d'expertise est organisé auprès de la N. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 11 octobre 2021 (OAIE pce 206), les Dresses O. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ se prononcent à nouveau sur l'état de santé du recourant, compte tenu de l'évolution survenue

depuis leur précédente évaluation de 2019. Elles retiennent comme diagnostic une obésité de grade II selon l'OMS (E66.9), une thyroïdectomie totale le 6 février 2020 avec mise en évidence de trois micro-carcinomes papillaires, un syndrome des apnées du sommeil (C47.3), un status post leucémie lymphoblastique aiguë de type pré-B, un statut post PTH gauche depuis 2010, une tendinopathie du moyen fessier gauche (M77.9), des lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5), une fasciite plantaire en 2019, une arthrose radiocarpienne et carpienne droite (M19.92) ainsi qu'un épisode dépressif léger (F32.0). En substance, les expertes retiennent que la thyroïdectomie a justifié une incapacité totale de travail de 6 mois. L'état de santé somatique ne permet pas le retour à l'activité habituelle de chauffeur-livreur, mais est compatible avec une activité adaptée à 100%, avec une baisse de rendement de 30%, liée à l'aggravation des douleurs et des difficultés à se déplacer. Au plan psychique, malgré une aggravation probable depuis 2019, la capacité de travail est toujours entière.

**F.n** Dans son avis SMR du 3 novembre 2021 (OAIE pce 207), le Dr R.\_\_\_\_\_ valide les conclusions de l'expertise. Sur cette base, l'OAI-D.\_\_\_\_\_ rend un nouveau projet de décision le 3 décembre 2021 (OAIE pce 211), lequel informe le recourant que sa rente d'invalidité sera supprimée, compte tenu de l'amélioration de son état de santé et d'un degré d'invalidité de 32.94%.

**F.o** Dans ses objections du 22 décembre 2021 (OAIE pce 215), le recourant conteste la capacité de travail et le gain d'invalidité retenus par l'autorité inférieure. Il sollicite un soutien pour « trouver un travail ». Il joint un certificat médical du Dr S.\_\_\_\_\_ du 27 décembre 2021 (OAIE pce 214) qui atteste d'une capacité de travail de 30% dans toute activité.

**F.p** Par décision du 8 février 2022 (OAIE pce 219), l'OAIE confirme la suppression de la rente d'invalidité à partir du premier jour du deuxième mois qui suit sa notification, tout en refusant des mesures professionnelles.

## **G.**

**G.a** Le 4 mars 2022 (date du timbre postal), l'intéressé interjette recours (TAF pce 1) à l'encontre de la décision du 8 février 2022, concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation. En substance, le recourant conteste pouvoir travailler à 70% et gagner les « sommes indiquées » dans la décision attaquée.

**G.b** Dans sa réponse du 15 juin 2022 (TAF pce 7), accompagnée de la prise de position de l'OAI-D. \_\_\_\_\_ du 8 juin 2022, l'OAIE conclut au rejet du recours.

## **H.**

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** 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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

**1.2** En vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

**1.3** 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 un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

**1.4** 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). 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), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 5) le recours est recevable.

### **2.**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 8 février 2022 (OAIE pce 219), par laquelle l'autorité inférieure a supprimé, à partir du premier jour du deuxième mois qui suit sa notification – soit avec effet ex nunc et pro futuro –, la rente entière d'invalidité servie au recourant, tout en lui refusant le droit à des mesures professionnelles.

**3.**

L'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant binational, suisse et français, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse (ATF 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause, 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 Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> 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 (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 Etats 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). Toutefois, 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

**4.**

**4.1** Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

**4.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il 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). Par

ailleurs, il 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 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3<sup>e</sup> éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

## 5.

**5.1** 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706).

Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du TF 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, état au 1<sup>er</sup> juillet 2023, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505 et les exemples donnés, notamment, en l'espèce, l'exemple 1).

En l'espèce, l'amélioration déterminante de la capacité de gain, si elle était confirmée, se serait produite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (trois mois après la date retenue dans la décision attaquée – 29 septembre 2021 –, soit le 29 décembre 2021). Dès lors, ce

sont les dispositions dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent.

**5.2** 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 (en l'espèce, le 8 février 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C\_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit).

## **6.**

**6.1** Il y a également lieu de remarquer l'Office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (art. 40 al. 2 RAI). Conformément à l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI.

**6.2** En l'espèce, le recourant était domicilié en France, à (...), et travaillait pour le compte de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ à (...), lors de la demande de prestations du 20 mars 2006 (OAIE pce 7). Au moment de l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente entière d'invalidité le 7 février 2018 (OAIE pce 120), le recourant était toujours domicilié à la même adresse. Ce dernier dispose dès lors du statut de frontalier. C'est par conséquent à juste titre que l'OAI-D.\_\_\_\_\_ a procédé à l'instruction de la révision d'office du droit à la rente de l'assuré, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

## **7.**

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de 3 ans (voir supra let. A) et remplissait donc la condition de la durée

minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité au moment de l'octroi initial de la rente par décision du 10 décembre 2007 (OAIE pce 47 ; art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner s'il est toujours invalide au sens de la LAI.

## **8.**

**8.1** L'invalidité au sens de la LPGGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase LPGGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase LPGGA).

## **9.**

**9.1** En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA. 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. 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 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C\_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11 ss).

**9.2** Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 20 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n. 19).

**9.3** Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C\_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2).

A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et

d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C\_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 et 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 27 et 29).

Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C\_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

**9.4** Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, une amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle 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.

**9.5** La présence de nouveaux diagnostics, tout comme la suppression de diagnostics, ne constitue pas en soi un motif de révision ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. cit. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 12).

**9.6** En matière de révision, la constatation d'un changement propre à fonder un motif de révision résulte de la mise en parallèle d'un état de santé actuel et passé. L'objet de la preuve est ainsi l'existence – en l'occurrence à tirer des rapports médicaux – d'une différence déterminante dans les états de santé. La constatation de l'état de santé actuel et ses conséquences fonctionnelles est bien le point de départ de l'appréciation ; elle n'est cependant pas en elle-même déterminante, elle ne sera pertinente que dans la mesure où elle constatera effectivement une différence entre les données des états de santé actuel et antérieur. Il s'agit donc de distinguer des différences reposant uniquement sur une évaluation différente d'une même situation, qui ne sont pas pertinentes dans le cadre d'une révision, des modifications effectives justifiant une

révision. La valeur probante des rapports médicaux établis aux fins d'une révision de rente dépend en conséquence essentiellement de la question de savoir si un changement déterminant des états de santé peut suffisamment être prouvé. Une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt par conséquent pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. Sont réservées les situations dans lesquelles une modification de l'état de santé est évidente. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2 ; 9C\_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2 et 4.2.1 ; 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 avec H. ; MOSER-SZELESS, op. cit., art. 17 n. 12; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 12).

## **10.**

**10.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêts du TF 8C\_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.2.4 et 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1).

**10.2** Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

**10.3** Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Une instruction complémentaire sera dès lors requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au

bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

**10.4** Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée par un assureur à un médecin indépendant en application de l'art. 44 LPGA est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En particulier, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C\_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Cela s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c).

**10.5** Les médecins traitants, qu'ils soient médecin de famille généraliste ou spécialiste, ont avant tout pour objectif de soigner leur patient, avec lequel ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Leurs rapports répondent donc rarement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci ou à celle-ci. Il convient donc d'apprécier ces rapports avec une certaine réserve (ATF 135 V 465

consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

Cela étant, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante ; les soins prodigués par les médecins traitants s'inscrivent souvent dans le temps et peuvent ainsi s'avérer source de précieux renseignements (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). On en retiendra donc des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales - Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49). Les rapports des médecins traitants peuvent également semer le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; arrêt du TF 9C\_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2).

**10.6** S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral

a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

## 11.

En l'espèce, par la décision litigieuse du 8 février 2022, l'autorité inférieure a procédé à la suppression de la rente d'invalidité accordée initialement au recourant par la décision du 10 décembre 2007 (OAIE pce 47), celle-ci ayant été confirmée par plusieurs communications rendues dans le cadre de procédures de révision ultérieures, la dernière en date du 7 mars 2016 (OAIE pce 116).

Dans ces circonstances, conformément à l'art. 17 LPGA et à une jurisprudence constante (cf. consid. 9.2 supra), l'examen du Tribunal portera sur la question de savoir si l'état de santé, respectivement ses conséquences sur la capacité de gain du recourant, ont effectivement subi des modifications notables, comme soutenu par l'autorité inférieure, ou si tel n'est pas le cas, et ce en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la communication du 7 mars 2016, dernière décision entrée en force examinant matériellement le droit à la rente, et ceux ayant existé jusqu'au 8 février 2022, date de la décision attaquée.

En effet, c'est bien à l'aune de la communication du 7 mars 2016 qu'il convient d'examiner la modification éventuelle de l'état de santé du recourant. La jurisprudence précise à cet égard qu'une communication au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f RAI a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du TF 9C\_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les réf. cit.). Tel est précisément le cas de la communication du 7 mars 2016, rendue après une instruction complète, notamment un examen clinique SMR rhumato-psychiatrique (rapport d'examen SMR du 24 novembre 2015 : OAIE pce 111).

Dans un deuxième temps, le Tribunal jugera si la modification constatée le cas échéant doit conduire à la suppression de la rente entière d'invalidité servie au recourant jusqu'à présent, comme retenu par la décision litigieuse du 8 février 2022.

## **12.**

**12.1** La rente entière d'invalidité a été initialement accordée au recourant par la décision du 10 décembre 2007 (OAIE pce 47), en lien avec les séquelles de la leucémie avec greffe de moëlle osseuse, qui entraînait une importante fatigue post-transplantation, ainsi qu'avec les suites de l'épiphysiolyse subaiguë fémorale gauche, responsable d'une boiterie invalidante accompagnée de douleurs importantes (rapport des F. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2007 : OAIE pce 34 p. 113 ; fiche d'examen du dossier n° 4 du 6 septembre 2007 : OAIE pce 44).

**12.2** Lors de la première révision initiée le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (OAIE pce 50), il a été constaté que l'atteinte oncologique était en rémission complète (rapports des F. \_\_\_\_\_ du 16 février 2010 : OAIE pce 54), mais que l'état de santé s'était aggravé sur le plan ostéo-articulaire, en lien avec les séquelles de l'épiphysiolyse, sous forme d'une coxarthrose gauche sévère (rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2010 : OAIE pce 52). En conséquence, la rente entière servie au recourant a été maintenue par communication du 13 avril 2010 (OAIE pce 55).

**12.3** Une nouvelle révision est entamée le 9 mai 2012 (OAIE pce 60), lorsque le recourant transmet le formulaire ad hoc afin de bénéficier de mesures de réadaptation, qui lui sont octroyées (OAIE pces 69 et 76), mais se soldent par un échec (OAIE pces 85, 89 et 94). Un examen SMR rhumato-psychiatrique est mis en place. Dans leur rapport du 24 novembre 2015 (OAIE pce 111), les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, retiennent les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de status post prothèse totale de hanche gauche pour une coxarthrose (en 2010), avec surcharge persistante dans la musculature fessière (M62.99) et de surcharge de la musculature lombaire en relation avec une boiterie chronique. Les médecins mentionnent également d'autres diagnostics, à savoir une surcharge musculaire de la face postérieure du bras droit, sans tendinopathie spécifique, ainsi qu'une obésité de classe I, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Ils retiennent une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur par rapport à la

problématique ostéo-articulaire, depuis mars 2007. Si, du point de vue somatique, une activité adaptée est théoriquement possible à partir de mi-mai 2011, soit six mois après la pose de la prothèse totale de hanche gauche, la problématique psychiatrique entraîne de son côté une incapacité de travail dans toute activité de 75% depuis septembre 2013 et de 100% dès octobre 2014. En sus de diverses limitations fonctionnelles physiques, les médecins du SMR estiment qu'il convient également de tenir compte d'un abaissement de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une réduction importante de l'énergie, de troubles de l'attention et de la concentration, d'une diminution de la confiance en soi, d'idées suicidaires, d'une dépression plus marquée le matin et d'une extrême fatigabilité.

En se fondant sur ces éléments – à savoir en raison de l'incapacité de travail totale dans toute activité sur le plan psychiatrique et malgré le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique –, la rente entière d'invalidité du recourant est maintenue par communication du 7 mars 2016 (OAIE pce 116), laquelle, comme on l'a vu (cf. consid. 11 supra) sert de base de comparaison dans le temps afin d'examiner le bien-fondé de la décision du 8 février 2022.

### **13.**

**13.1** Prise à l'issue d'une nouvelle procédure de révision débutée le 7 février 2018 (OAIE pce 120), la décision du 8 février 2022, objet du présent litige, procède à la suppression de la rente accordée initialement, au motif que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la dernière révision et lui permet désormais, théoriquement, de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

**13.2** Dans le cadre de l'instruction ayant conduit à la décision précitée, l'autorité inférieure a mis en œuvre deux expertises pluridisciplinaires successives auprès de la N.\_\_\_\_\_, dont les rapports sont datés des 27 août 2019 (OAIE pce 141) et 11 octobre 2021 (OAIE pce 206) et les conclusions confirmées par l'avis SMR du 3 novembre 2021 (OAIE pce 207).

Après que la première expertise de la N.\_\_\_\_\_ ait constaté une amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques, le recourant a souffert d'une aggravation de son état de santé. En novembre 2019, un carcinome basocellulaire de l'oreille droite est ainsi mis en

évidence et nécessite une prise en charge chirurgicale (rapport des F.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2019 : OAIE pce 154 p. 456 ; courrier du recourant du 19 décembre 2019 à l'OAIE : OAIE pce 157), alors qu'en février 2020 le recourant subit une thyroïdectomie totale en raison d'un goitre multinodulaire, connu depuis 20 ans mais devenu compressif (cf. not. les nombreux rapports du CHU de T.\_\_\_\_\_ : OAIE pces 172, 174 et 183). Une fois l'état de santé du recourant stabilisé, un complément d'expertise est organisé auprès de la N.\_\_\_\_\_, qui constate que l'incapacité de travail liée aux nouvelles atteintes oncologiques n'a été que transitoire, d'une durée de six mois. L'état de santé psychiatrique s'est légèrement aggravé, sans effet sur la capacité de travail, tandis que des plaintes douloureuses augmentées par rapport à 2019 justifient désormais de retenir une perte de rendement de 30% dans une activité adaptée sur le plan somatique.

#### 14.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports d'expertise pluridisciplinaire des 27 août 2019 et 11 octobre 2021, ainsi que de l'avis SMR du 3 novembre 2021 qui reconnaît leur valeur probante. En effet, le constat d'une amélioration de l'état de santé du recourant est d'abord ressorti de la première expertise de 2019, puis de l'expertise complémentaire de 2021, mise en œuvre après la réapparition d'une problématique oncologique en fin d'année 2019. Ces deux expertises doivent ainsi être considérées conjointement.

A titre préalable, il sera rappelé que selon la jurisprudence, seuls des indices concrets, tels que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, permettent de remettre en cause les expertises confiées par une assurance à un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/bb), alors que des exigences strictes prévalent à l'égard des rapports établis par les médecins internes à l'assurance, le moindre doute justifiant un renvoi pour instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

Par ailleurs, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif

de révision (arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification effective de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C\_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; MARGRIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 12).

#### 15.

En premier lieu, le Tribunal constate que d'un point de vue formel, les deux expertises pluridisciplinaires de la N.\_\_\_\_\_ remplissent toutes les conditions fixées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra consid. 9.2). Ainsi, les expertes, à savoir la Dresse O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, disposent toutes les trois des qualifications professionnelles adéquates pour se prononcer sur l'état de santé du recourant et ses conséquences en matière d'incapacité de travail, y compris sur l'atteinte oncologique, décrite par les médecins traitants spécialistes comme étant sans effet sur la capacité de travail depuis 2014 (rapports des F.\_\_\_\_\_ des 4 novembre 2014 et 14 novembre 2019 : OAIE pces 99 p. 256 et 154 p. 456), hormis l'incapacité de travail transitoire en 2020 consécutive à la thyroïdectomie (rapport de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2021 : OAIE pce 183). D'autre part, leurs conclusions se fondent sur l'ensemble des pièces au dossier, lesquelles sont résumées de façon détaillée dans leurs rapports de 2019 (OAIE pce 141 p. 378) et de 2021 (OAIE pce 206 p. 585 ss). Afin de documenter sa situation médicale, le recourant a lui-même apporté son dossier d'imagerie en 2019 (OAIE pce 141 p. 378), puis, dans le cadre du complément d'expertise, produit plusieurs documents médicaux récents, notamment un rapport de scanner lombaire du 2 janvier 2020, dont le contenu a été détaillé par les expertes (OAIE pce 206 p. 588 ss). Celles-ci ont par ailleurs dûment tenu compte des plaintes que le recourant a

formulées et ont décrit de façon précise son anamnèse, que ce soit en 2019 (OAIE pce 141 p. 385 ss, 405 ss et 417 ss) ou en 2021 (OAIE pce 206 p. 589 ss, 602 ss et 616 ss). Dans le cadre de chacune des deux expertises, elles ont de plus procédé à des examens complets, sous la forme d'un examen clinique sur le plan de la médecine interne (OAIE pces 141 p. 390 ss et 206 p. 593), de la rhumatologie (OAIE pces 141 p. 418 ss et 206 p. 617 ss) et de la psychiatrie (OAIE pces 141 p. 410 et 206 p. 609 ss). Ces examens cliniques ont été complétés par des examens additionnels en 2019, sous la forme d'une évaluation des capacités fonctionnelles par une physiothérapeute (OAIE pce 141 p. 422), d'une échographie plantaire du pied droit (OAIE pce 141 p. 419), de radiographies du talon droit, du bassin et du rachis lombaire (OAIE pce 141 p. 419) et d'une échographie de la thyroïde (OAIE pce 151 p. 443). Dans le cadre de l'expertise de 2021, des radiographies du poignet droit ont encore été réalisées (OAIE pce 206 p. 594). Force est dès lors de constater que les conclusions des expertes reposent sur un dossier complet.

#### **16.**

Sur le fond, les points litigieux essentiels, à savoir en particulier les diagnostics et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant, ainsi que l'évolution de son état de santé depuis la communication du 7 mars 2016, font l'objet d'une étude circonstanciée et convaincante par les expertes de la N.\_\_\_\_\_, aussi bien dans leur rapport du 27 août 2019 que dans celui du 11 octobre 2021.

#### **17.**

**17.1** Dans leur premier rapport d'expertise du 27 août 2019, les Dresses O.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ retenaient, sur le plan de la médecine interne, les diagnostics d'obésité de grade I selon OMS (E66.9), de hernie inguinale gauche non compliquée (K40), de goitre multinodulaire avec volumineux nodule occupant tout le lobe droit (E04.2) et de status post leucémie lymphoblastique aiguë de type pré-B. Du point de vue de l'appareil locomoteur, elles relevaient un antécédent d'épiphyse fémorale gauche, la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche en 2010, ainsi que la présence de troubles statiques (M51.9), de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5), de troubles statiques des pieds (Q66.7) et d'une fasciite plantaire (M72.2). Sur le plan psychiatrique, les critères d'un épisode dépressif n'étaient plus retrouvés, de sorte que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était désormais retenu (F43.20). Du fait de l'amélioration de l'état de santé sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était toujours nulle dans

l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée, à compter des mois de mai-juin 2017, période à laquelle le recourant avait repris l'exploitation de son snack situé à côté de son domicile.

**17.2** Lors du complément d'expertise réalisé en 2021, les Dresses O.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ se prononcent à nouveau sur l'état de santé du recourant, compte tenu de l'évolution survenue depuis leur précédente évaluation de 2019. Elles observent que l'obésité est désormais de grade II selon l'OMS (E66.9). Le goitre multinodulaire a fait l'objet d'une thyroïdectomie totale le 6 février 2020, avec mise en évidence de trois micro-carcinomes papillaires. Aux diagnostics déjà mentionnés en 2019, les expertes y ajoutent ceux de syndrome des apnées du sommeil (C47.3), de tendinopathie du moyen fessier gauche (M77.9) et d'arthrose radiocarpienne et carpienne droite (M19.92). Sur le plan psychiatrique, la situation a, selon les expertes, évolué légèrement défavorablement, de sorte que le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0) est désormais retenu, toutefois sans effet sur la capacité de travail. Au final, les expertes estiment que la capacité de travail est toujours nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle est de 100%, mais une perte de rendement de 30% en raison d'une aggravation des douleurs ostéo-articulaires et des difficultés de déplacement doit être retenue.

## **18.**

**18.1** Du point de vue de la médecine interne, la Dresse P.\_\_\_\_\_ constatait lors de son examen de 2019 l'absence d'atteinte incapacitante, aussi bien s'agissant de l'hernie inguinale gauche symptomatique mais non compliquée, que de l'obésité non associée à une hypertension ou à un diabète. Pour le surplus, aucune maladie onco-hématologique résiduelle, respectivement de récurrence, n'était mise en évidence. Son examen clinique relevait toutefois la présence d'un goitre multinodulaire, pour lequel elle recommandait des investigations ultérieures.

**18.2** C'est suite à ces investigations ultérieures qu'une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan oncologique a été détectée, nécessitant une thyroïdectomie totale suivie d'une séance d'irathérapie. Lors de son examen de 2021, la Dresse P.\_\_\_\_\_ estime que cette intervention a justifié une incapacité de travail totale pendant une période limitée, à savoir 6 mois après la thyroïdectomie en prenant en compte le temps nécessaire pour équilibrer la substitution en hormones thyroïdiennes. Cette appréciation sur la nature transitoire de l'incapacité de travail rejoint celle des médecins traitants qui ont suivi spécifiquement le

recourant pour cette affection, en particulier la Dresse U.\_\_\_\_\_, diabétologue, qui retient dans son rapport du 18 janvier 2021 (OAIE pce 183) l'absence d'incapacité liée à la pathologie thyroïdienne. La situation médicale est ainsi stabilisée d'un point de vue hématologique et endocrinologique, de sorte qu'aux yeux de l'experte, le retour à l'état décrit lors de l'expertise de 2019 est attendu.

S'agissant des autres atteintes existant sur le plan de la médecine interne, en particulier de l'obésité, passé du stade I au stade II, du nouveau diagnostic de syndrome des apnées du sommeil, et du statut post-exérèse du carcinome baso-cellulaire de l'oreille droite (OAIE pce 206 p. 594), elles ne présentent selon l'experte aucun caractère invalidant. Cette appréciation correspond à celle des médecins traitants, puisqu'aucun d'entre eux ne désigne directement ces diagnostics comme ayant un effet sur la capacité de travail (cf. not. rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ des 16 décembre 2019 et 11 mars 2020, du Dr V.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2020, de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2021 et du Dr W.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2021 : OAIE pces 154 p. 453, 161, 182, 183 et 190). La Dresse P.\_\_\_\_\_ prend également position sur la « dyspnée au moindre effort » dont se plaint le recourant, et conclut que celle-ci ne repose sur aucun substrat au niveau pulmonaire, rejoignant ainsi les constatations du Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 décembre 2020. Cette dyspnée est dès lors considérée par l'experte comme étant uniquement liée à la sédentarité et à un déconditionnement physique (OAIE pce 206 p. 596).

Enfin, quant aux plaintes à l'aine gauche présentées par le recourant, décrites en 2019 comme une hernie inguinale, elles font désormais l'objet du volet rhumatologique de l'expertise, sous l'angle des suites de la prothèse totale de hanche gauche (OAIE pce 206 p. 617 et 618).

## **19.**

**19.1** Sur le plan de la rhumatologie, la Dresse O.\_\_\_\_\_ constatait, en 2019, des atteintes objectives de l'appareil locomoteur, liées à la mise en place de la prothèse totale de hanche gauche, principalement limitantes pour les activités lourdes. Les lombalgies consécutives à des problématiques musculaires de type dysbalances, liées à une boiterie, comme évoqué dans le rapport d'examen rhumatologique SMR de 2015, ne s'accompagnaient cependant pas d'une limitation significative des amplitudes du rachis, ni d'une irradiation de type radiculaire. La Dresse O.\_\_\_\_\_ y ajoutait la présence de talalgies plantaires droites mécaniques en charge, avec la confirmation échographique d'une

enthésopathie (fasciite plantaire) dans un contexte de troubles statiques des pieds (OAIE pce 141 p. 420). Sur la base de ces éléments, elle estimait que l'exigibilité mentionnée par le SMR en 2015 demeurerait d'actualité (OAIE pce 141 p. 396 : « nos conclusions s'alignent à celles de nos collègues rhumatologues »). Ainsi, elle contre-indiquait l'activité habituelle et toute activité lourde nécessitant le port de charges réguliers, les déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, des positions debout statiques, accroupies ou à genoux ou lors de travaux en hauteur. Dans une activité adaptée aux limitations précitées plutôt légère et de type sédentaire, la capacité de travail était entière, et ce dès 6 mois après la mise en place de la prothèse de la hanche gauche, soit juin 2011.

**19.2** Lorsqu'elle se penche à nouveau sur la situation du recourant dans le cadre de son expertise de 2021, la Dresse O.\_\_\_\_\_ relève qu'objectivement, l'état de santé a peu varié depuis son précédent examen. Elle constate toutefois une augmentation de l'intensité douloureuse et une boiterie davantage manifeste qu'en 2019, au niveau de la hanche gauche. Des douleurs mécaniques sont également apparues au niveau du poignet droit. L'évolution est quant à elle favorable s'agissant de la talalgie plantaire. Les lombalgies n'ont pas varié. L'experte s'appuie sur les documents d'imagerie récents pour nier la présence d'une hernie discale, contredisant de ce fait certains des rapports médicaux du CHRU de T.\_\_\_\_\_ figurant au dossier, à savoir le rapport du 8 janvier 2020 et les lettres de liaison des 6 et 12 février 2020 (OAIE pce 174 p. 504 à 506). Ces documents ont toutefois été établis dans le contexte de la maladie oncologique et ne mentionnent aucun document radiologique, ce qui permet de douter de leur pertinence s'agissant d'une atteinte ostéo-articulaire telle qu'une hernie discale. Dans son appréciation, l'experte se fonde de son côté sur des éléments objectifs, soit le scanner lombaire du 2 janvier 2020 amené par le recourant lors de l'expertise, duquel il ne ressortait qu'une discrète discopathie L5-S1, sans conflit disco-radulaire, et une arthrose postérieure basse, sans évidence d'hernie discale.

Du point de vue de l'experte, la prothèse de la hanche gauche ainsi que les douleurs en lien avec la tendinite du moyen fessier entraînent des limitations pour toute activité lourde nécessitant des ports de charges réguliers, des déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, des positions debout statique, accroupi ou à genoux ou lors de travaux en hauteur. En outre, l'arthrose au poignet dominant limite les activités exigeant une force manuelle sollicitant le poignet droit. Dans la mesure où ces atteintes entraînent des difficultés de déplacement et des plaintes douloureuses augmentées depuis la dernière expertise de 2019, la Dresse

O.\_\_\_\_\_ atteste d'une baisse de rendement de 30% en lien avec ces dernières. L'incapacité de travail est toujours totale dans l'activité habituelle, alors qu'une activité adaptée en possible à 100%, moyennant cette baisse de rendement de 30%.

## **20.**

Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné par la Dresse Q.\_\_\_\_\_. A ce titre, il sera rappelé que l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiatriques doit s'effectuer en procédant à une analyse conforme au catalogue d'indicateurs posé par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; cf. également consid 10.6 supra), lequel exige en substance, après qu'un diagnostic ait été posé dans les règles de l'art (cf. consid. 20.1 infra), d'examiner les ressources de la personne expertisée (cf. consid. 20.2 infra) et la cohérence des limitations présentées par l'assuré (cf. consid. 20.3 infra).

**20.1** S'agissant du diagnostic, l'experte constatait, lors de sa première évaluation de 2019, une amélioration de l'état de santé du recourant depuis l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 5 octobre 2015. La symptomatologie clinique n'atteignait pas les seuils d'un épisode dépressif. Elle relevait en effet que l'expertisé ne présentait plus d'humeur dépressive marquée, ni de diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans les activités habituellement agréables. La fatigabilité décrite n'avait pas été observée durant l'examen. Aux yeux de l'experte, aucun des critères cardinaux permettant de retenir un épisode dépressif n'était retrouvé. L'épisode thymique avec idéation suicidaire décrit par le recourant et non documenté semblait avoir été de courte durée, à savoir de deux à trois jours, et ne constituait en aucun cas un nouvel épisode dépressif. La situation sociale et les difficultés financières que le recourant rencontrait constituaient une exposition prolongée à une situation stressante, entraînant un état dépressif léger avec une augmentation de l'appétit, une prise de poids, des difficultés de concentration, une vision pessimiste de l'avenir de façon intermittente et une légère baisse de l'estime de soi quant à ses capacités professionnelles. En référence à la CIM-10, soit un système de classification reconnu comme exigé par la jurisprudence, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ retenait donc un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.20).

Appelée à se prononcer sur l'évolution de l'état de santé psychiatrique du recourant dans le cadre de son nouvel examen psychiatrique de 2021, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ constate une légère aggravation du diagnostic, retenant désormais celui d'épisode dépressif léger (F32.0), toujours en

référence à la CIM-10 (OAIE pce 206 p. 610). Elle observe que l'assuré présente 4 symptômes du critère B et C de la CIM-10. Tout indique à ses yeux que le tableau clinique s'est installé progressivement depuis le diagnostic de nouvelles problématiques physiques comme la pathologie de la thyroïde fin 2019, de sorte que le critère A de la CIM-10 est également rempli. Pour le reste, elle écarte la présence d'un trouble anxieux, d'une addiction, d'un trouble de la personnalité ou d'un trouble du registre psychotique.

**20.2** Quant aux ressources du recourant, elles sont décrites à deux reprises par l'experte comme étant « conséquentes », que ce soit dans le cadre de son examen de 2019 ou de celui de 2021 (OAIE pces 141 p. 413 et 206 p. 612), ceci malgré la légère dégradation constatée sur le plan thymique lors du complément d'expertise. Pour ce faire, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ s'est appuyée, comme il se doit, sur l'anamnèse du recourant, la description de sa vie quotidienne et son propre examen clinique.

Ainsi, elle constate que le recourant est capable de s'adapter aux règles et aux routines, de planifier et structurer des tâches, de faire preuve de flexibilité, de capacités d'adaptation et de faire usage de ses compétences professionnelles. A titre d'exemple, l'experte relevait en 2019 que le recourant était en mesure de gérer son commerce de restauration de façon autonome, s'occupant seul de l'approvisionnement, des stocks et des autres tâches qui en découlaient. Il fractionnait les commissions pour s'adapter à ses limitations fonctionnelles et à ses douleurs. En 2021, elle mentionne qu'il peut s'occuper de son chien, gérer son administratif et son quotidien, tout en aidant son père. Il organise son quotidien en fonction des douleurs et peut alterner des périodes d'activité et de repos. Il conserve quelques activités de loisirs avec des amis, comme par exemple la pétanque, conduit régulièrement et envisage d'obtenir le permis poids-lourd.

La Dresse Q. \_\_\_\_\_ ajoute que le recourant ne présente pas de limitation de la capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement. Elle relève par exemple que dans le cadre de l'expertise de 2021, ce dernier lui a expliqué avoir décidé de vendre sa maison et de cesser l'activité du snack, en raison de ses problèmes de santé ainsi que pour des motifs financiers.

Aux yeux de l'experte, le recourant demeure apte à s'affirmer et à maintenir des contacts sociaux. Il s'était par exemple rendu à l'expertise de 2019 accompagné d'une amie. L'experte mentionnait alors qu'il pouvait en outre

solliciter son entourage familial pour lui venir en aide sur le plan financier et le conseiller. Il maintenait des relations sociales avec son entourage ainsi qu'avec la clientèle de son commerce. L'échange de contacts envers les tiers ainsi que la capacité d'évoluer au sein d'un groupe n'étaient donc pas limités, tout comme les relations avec les proches. Le même constat ressort de l'expertise de 2021, dans laquelle l'experte relève que le recourant garde un réseau amical, qui l'a notamment assisté pour la visite d'un camion et son déménagement, ou qui lui rend visite à son domicile. Par ailleurs, le recourant se déplace de façon régulière chez sa mère. Ayant pu en outre solliciter un délai pour déménager au maire de sa commune qui a acheté sa maison, il démontre ainsi une capacité à se comporter sans embarras dans les contacts sociaux.

Pour le surplus, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ constate que le recourant est en mesure, sur le plan psychique, d'entreprendre des activités spontanées et de conserver des loisirs. Dans le cadre de son expertise de 2019, elle citait par exemple la participation à un club de poker, ainsi que la mécanique automobile. Lorsqu'il rencontre à nouveau l'experte en 2021, le recourant explique certes avoir cessé ces activités. Cet arrêt est toutefois consécutif à ses problèmes physiques et au décès de son ami qui organisait les rassemblements de poker, et non à une problématique psychique. L'experte conclut dès lors que le recourant n'est que « peu limité pour des activités spontanées par un trouble psychique ». Elle ajoute qu'il ne rencontre en outre aucune difficulté pour ses soins corporels et son hygiène. Il reste également capable de se déplacer de façon autonome, comme le démontre l'exemple cité dans l'expertise de 2019 relatif à un voyage au Maroc pour bénéficier de soins dentaires.

Du point de vue de l'experte, la seule ressource limitée consiste, aussi bien en 2019 qu'en 2021, en la capacité d'endurance réduite.

**20.3** Finalement, sur le plan de la cohérence, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ relève dans ses deux rapports d'expertise (OAIE pces 141 p. 413 et 206 p. 612) que les plaintes décrites par le recourant lui ont semblé cohérentes et plausibles. En dehors de la fatigue décrite, qui n'a été observée pendant aucun des deux entretiens, il n'a pas été retrouvé d'autre discordance entre les plaintes psychiques et les résultats de l'observation.

**20.4** Au terme de ses rapports topiques des 30 août 2019 (OAIE pce 141 p. 399) et 11 octobre 2021 (OAIE pce 206 p. 600), la Dresse Q. \_\_\_\_\_ retient des conclusions identiques. Elle estime ainsi que l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont améliorés sur le plan

psychiatrique depuis l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 5 octobre 2015. La modification est selon l'experte survenue pendant les mois de mai-juin 2017, en prenant comme repère le moment où le recourant a pu reprendre l'exploitation de son snack. A partir de cette date, l'experte considère que le recourant présente une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique (OAIE pce 141 p. 413). Si une « légère dégradation sur le plan thymique » est survenue entre l'évaluation d'août 2019 et celle d'octobre 2021, celle-ci est sans effet sur la capacité de travail (OAIE pce 206 p. 596, 611 et 613).

## 21.

Se fondant sur l'ensemble des constatations résultant de leurs examens de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, les expertes de la N.\_\_\_\_\_ se sont finalement prononcées sur la situation du recourant, en particulier les diagnostics, la capacité de travail et l'évolution depuis le dernier examen SMR rhumatologique et psychiatrique de 2015, dans leurs volets d'évaluation consensuelle des expertises de 2019 et 2021 (OAIE pces 141 p. 392 et 206 p. 594). Elles précisent que les modalités du consensus sont intimement liées à la procédure au sein de la N.\_\_\_\_\_ (OAIE pces 141 p. 397 et 206 p. 599), qui implique un agenda original pour l'expertisé qui doit séjourner à la N.\_\_\_\_\_ le temps qu'il soit procédé à tous les examens. Cet agenda permet des échanges constants entre experts, avant, pendant et après chaque bilan.

Ainsi, les expertes confirment en substance l'incapacité de travail totale retenue jusqu'à présent dans l'activité habituelle, du fait des atteintes somatiques. Dans une activité adaptée, l'exigibilité médico-théorique peut être jugée entière entre juin 2011 et la date de l'expertise de 2021, soit le 29 septembre 2021, à l'exception d'une période de 6 mois en 2020 consécutive à la thyroïdectomie totale suivi d'irathérapie. A partir de l'expertise de 2021, la capacité de travail est toujours entière dans une activité adaptée, mais l'augmentation des douleurs et des difficultés à se déplacer justifient une baisse de rendement de 30%.

Au plan psychique, les expertes s'accordent à nier toute incapacité de travail depuis l'amélioration de l'état de santé du recourant en 2017, lorsque celui-ci avait pu reprendre une activité professionnelle et rouvrir le fast-food situé à côté de son domicile. Aux yeux des expertes, cette conclusion demeure valable malgré la légère dégradation sur le plan thymique relevée fin 2019-début 2020, au moment où le recourant a sollicité l'aide d'un psychologue.

**22.**

**22.1** A l'appui de son recours, le recourant conteste les conclusions des expertes de la N.\_\_\_\_\_. En substance, il fait grief à l'Office intimé d'avoir fait prévaloir l'avis des expertes sur celui de ses médecins traitants. Ne contestant pas que son état de santé s'est amélioré sur le plan psychiatrique, il explique souffrir d'une diminution de la force physique, de fatigue chronique et de douleurs permanentes. Il ajoute avoir subi un empoisonnement à l'amiante dans son précédent domicile. Enfin, il établit une liste de l'ensemble de ses problèmes de santé.

**22.2** Or, aucun des éléments mis en avant par le recourant ne sont de nature à jeter un doute sur les conclusions communes des deux expertises de la N.\_\_\_\_\_. Ainsi, aucun rapport médical au dossier ne vient contredire l'appréciation des expertes s'agissant des atteintes à la santé somatique du recourant et leur impact sur sa capacité de travail. En effet, la plupart des médecins s'étant prononcés sur cette question se sont limités à aborder la problématique sous l'angle de l'activité habituelle (rapports du Dr S.\_\_\_\_\_ des 16 décembre 2019 et 11 mars 2020 : OAIE pces 154 p. 453 et 161 ; rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2021 : OAIE pce 182), pour retenir une incapacité totale, ce qui correspond aux conclusions de l'expertise de la N.\_\_\_\_\_. Seul le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son certificat du 27 décembre 2021 (OAIE pce 214), a pris position sur l'exercice éventuel d'une activité adaptée, en attestant de façon laconique que l'état de santé du recourant ne lui permettait pas d'occuper un poste professionnel, quel qu'il soit, à plus de 30%, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2022 inclus. Or, ce rapport n'est pas suffisamment détaillé et n'amène de plus aucun élément qui aurait été omis dans le cadre de l'expertise de la N.\_\_\_\_\_. Celui-ci se borne simplement à porter une appréciation différente de la capacité de travail du recourant sans en expliquer les motifs, ce qui lui ôte toute valeur probante. Quoi qu'il en soit, il sera rappelé que les rapports émanant des médecins traitants doivent être considérés avec une certaine réserve, le juge devant tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance, inhérente au mandat thérapeutique qui lui a été confié, qui l'unit à celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

**22.3** S'agissant des plaintes du recourant concernant la diminution de sa force physique, la fatigue chronique et les douleurs, celles-ci ont été dûment prises en considération dans le cadre de l'expertise. En effet,

comme susmentionné, les expertes ont procédé à une anamnèse complète et ont répertorié l'ensemble des plaintes du recourant – dont celles mentionnées dans son recours. C'est donc en parfaite connaissance de cause qu'elles ont statué sur sa capacité de travail, estimant notamment que les douleurs entraînaient une perte de rendement de 30%.

**22.4** La question de l'origine des atteintes oncologiques du recourant, notamment d'un éventuel empoisonnement à l'amiante (hypothèse mentionnée dans certains passages de l'expertise de 2021 relatant les déclarations du recourant : OAIE pce 206 p. 588, 590 et 596), est sans pertinence pour le sort du présent litige, qui concerne l'état de santé du recourant au moment de la décision du 8 février 2022 et ses conséquences en matière de capacité de travail. Pour le surplus, les autres atteintes à la santé mentionnées par le recourant dans son recours, qui ne reposent sur aucun rapport médical spécifique, ont toutes été prises en considération dans le cadre de l'expertise de la N.\_\_\_\_\_ (y compris les crises de goutte : OAIE pce 206 p. 589).

**22.5** Enfin, même si le recourant ne remet fondamentalement pas en cause que son état de santé s'est amélioré sur le plan psychiatrique, le Tribunal est en mesure de confirmer l'appréciation des expertes sur cette question. En effet, une telle conclusion ressort très clairement du dossier, que ce soit du point de vue des diagnostics retenus ou de l'évaluation des ressources et de sa capacité de travail.

Alors qu'en 2015, l'examen SMR retenait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, seul un épisode dépressif léger est désormais retenu dans le rapport d'expertise du 11 octobre 2021. Dans le cadre de l'examen SMR rhumato-psychiatrique du 24 novembre 2015, l'examen clinique (OAIE pce 111 p. 291) objectivait un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne. Il existait une diminution de l'intérêt et du plaisir, ainsi qu'une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Cette réduction de l'énergie ne pouvait cependant pas être entièrement expliquée par l'épisode dépressif constaté. Par ailleurs, il existait une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution importante de l'estime et de la confiance en soi, une idéation suicidaire fluctuante non scénarisée et une perturbation du sommeil en partie d'origine dépressive. Enfin, 4 symptômes du syndrome somatique de la dépression étaient présents : une diminution de l'intérêt et du plaisir, un réveil matinal précoce, une dépression plus marquée le matin et une diminution marquée de la libido. Le caractère incapacitant de ce diagnostic était reconnu.

Or, l'examen clinique de 2021 (OAIE pce 206 p. 609 ss) objective une amélioration de l'humeur, désormais décrite comme légèrement abaissée. Il en va de même des troubles de l'attention, qui ne sont plus retrouvés. L'estime de soi n'est plus que légèrement abaissée, liée par ailleurs aux douleurs et aux limitations présentées. Une certaine fatigabilité est toujours présente, mais pas aussi importante que ce dont se plaint le recourant. Les idéations suicidaires ne sont plus actives, présentes uniquement sous forme de vagues idées noires passives. En revanche, il subsiste une diminution nette de l'intérêt pour les activités habituellement agréables et une perturbation du sommeil.

A ces éléments, il convient d'ajouter qu'aucun rapport médical versé au dossier depuis 2015 ne mentionne une quelconque problématique psychique incapacitante chez le recourant, en l'absence notamment d'un suivi médical sur ce plan. Il n'existe dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions des experts. S'il est vrai que le recourant a cherché, sans succès, à bénéficier d'un suivi sur le plan psychique au CMP (OAIE pce 196), expliquant dans son courrier 12 juillet 2021 « broyer du noir » (OAIE pce 195) et qu'il a mentionné à plusieurs reprises avoir fait une « tentative de suicide » en mars-avril 2019, ces éléments n'étaient pas inconnus de l'experte, qui en a dûment tenu compte dans son appréciation (OAIE pce 206 p. 606). De plus, malgré cet événement, les rapports des 16 décembre 2019 (OAIE pce 154 p. 453) et 11 mars 2020 (OAIE pce 161) de son médecin généraliste, le Dr S. \_\_\_\_\_, ne mentionnent aucun diagnostic psychiatrique – avec ou sans effet sur la capacité de travail –, hormis une certaine anxiété au vu des annonces diagnostics somatiques difficiles. Les rapports du Dr W. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2021 (OAIE pce 182) et de la Dresse U. \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2021 (OAIE pce 183) ne mentionnent pas non plus la présence d'une atteinte psychiatrique.

### **23.**

Dans ces circonstances, les griefs du recourant à l'encontre des conclusions des expertes de la N. \_\_\_\_\_ doivent être intégralement rejetés.

Partant, le Tribunal confirme intégralement la valeur probante des rapports d'expertise de la N. \_\_\_\_\_ des 30 août 2019 et 11 octobre 2021. En effet, ceux-ci ont été rendus en pleine connaissance du dossier, à l'issue d'examens complets, et leurs conclusions concordantes sont claires et convaincantes. Pour le surplus, aucun élément ou indice concret ne permettent de douter du bien-fondé et de la fiabilité du raisonnement des expertes. Il est dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante

que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la dernière décision du 7 mars 2016. Il présente toujours une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Cependant, dans une activité adaptée, la capacité est entière à partir des mois de mai-juin 2017, avec dès la date des consultations d'expertise – à savoir le 29 septembre 2021 – une baisse de rendement de 30%.

#### **24.**

Compte tenu de ce qui précède, il convient également de confirmer la valeur probante de l'avis SMR du Dr R. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2021 (OAIE pce 207), qui reprend intégralement et confirme les conclusions des expertes de la N. \_\_\_\_\_.

#### **25.**

**25.1** En ce qui concerne la perte de gain et la détermination du degré d'invalidité de 32.94%, celles-ci ne semblent certes plus être contestées explicitement par le recourant au stade de son recours, ses griefs étant orientés sur l'instruction médicale de son dossier et sa capacité à gagner les « sommes indiquées » compte tenu d'une capacité de travail qu'il estime inférieure à 70%.

Examinant d'office cette question (cf. consid. 4.2 supra), le Tribunal ne peut toutefois confirmer le calcul du degré d'invalidité retenu par l'autorité inférieure (à cet égard, voir la fiche « calcul du salaire exigible » : OAIE pce 209).

**25.2** S'agissant du revenu d'invalidé, le Tribunal constate, en premier lieu, que l'autorité inférieure s'est, à juste titre, fondée sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa), dans son édition la plus récente au moment de la décision (ATF 150 V 67 consid. 4.2 ; 143 V 295 consid. 2.3), à savoir en l'espèce celles de 2018 ([https://www.koordination.ch/fileadmin/files/atsg/ivgrad/lse2018/lse\\_2018\\_ta1.pdf](https://www.koordination.ch/fileadmin/files/atsg/ivgrad/lse2018/lse_2018_ta1.pdf)). Comme il se doit, l'OAIE s'est ensuite référé aux salaires mensuels ressortant du tableau TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total secteur privé », catégorie « Homme » (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa ; 142 V 178 consid. 2.5) ainsi qu'au niveau de compétence 1 – qui recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation particulière, comme c'est le cas

pour le recourant (arrêt du TF 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2).

Sur cette base, l'OAIE a retenu un revenu mensuel de CHF 5'417.-, résultat qui a par la suite été rapporté à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb), à savoir 41.7 heures (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/dnt.assetdetail.31025818.html>), ce qui aboutit à un montant mensuel de CHF 5'647.22, respectivement 67'766.67 annuellement.

Enfin, l'autorité inférieure a adapté ce montant à l'évolution nominale des salaires, en se fondant pour les années 2019 (+0.9%) et 2020 (+0.8%) sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2), et pour l'année 2021, sur une projection du gestionnaire qui a retenu un chiffre identique à l'année précédente (+0.8%). S'agissant de l'évolution des salaires pour l'année 2021, le raisonnement de l'OAIE ne peut être suivi. En effet, selon une jurisprudence constante, il convient d'utiliser dans le calcul de l'invalidité les valeurs statistiques les plus récentes au moment où la décision est rendue, y compris les éventuelles estimations trimestrielles de l'OFS (arrêt du TF 8C\_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2), et non des projections hypothétiques. En l'espèce, le Tribunal constate que la décision attaquée date du 8 février 2022. A ce moment-là, les chiffres définitifs pour l'année 2021 n'avaient pas encore été publiés, puisqu'ils n'ont été rendus publics que le 1er juin 2022 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalog.assetdetail.22484185.html>) et les données statistiques les plus récentes concernant l'évolution des salaires nominaux en 2021 étaient celles de la troisième estimation trimestrielle de l'OFS, publiées le 26 novembre 2021. L'OFS prévoyait alors une augmentation des salaires nominaux de 0.1% en 2021 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2021-0494.html>). Compte tenu de ces éléments, le revenu d'invalidité retenu par l'autorité inférieure doit légèrement être modifié en l'indexant de 0.1% pour l'année 2021 au lieu de 0.8%. Ainsi, celui-ci s'élève à CHF 68'992.50, soit CHF 48'294.75 rapporté au taux d'activité médicalement exigible de 70%.

Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidité déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne concernée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne,

applicable aux employés ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. Pour fixer la hauteur de cet abattement, il convient d'examiner dans un cas concret et de manière globale si des indices permettent de conclure qu'à cause de l'une ou l'autre des caractéristiques précitées, la personne assurée n'est en mesure d'utiliser sa capacité résiduelle de travail sur le marché ordinaire de l'emploi que contre une rémunération inférieure au salaire moyen correspondant. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

En l'espèce, l'autorité inférieure n'a procédé à aucun abattement sur le salaire statistique d'invalidé, toutefois à tort au vu des circonstances du cas particulier. En effet, le recourant, de nationalité suisse et né le (...) 1981, est certes capable selon l'instruction médicale de travailler à 100% dans une activité adaptée, moyennant cependant le respect de plusieurs limitations fonctionnelles contraignantes (OAIE pce 206 p. 598 : limitations pour toute activité lourde nécessitant des ports de charges réguliers, des déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, des positions debout statique, accroupi ou à genoux ou lors de travaux en hauteur et limitations à l'égard des activités exigeant une force manuelle sollicitant le poignet droit). Le recourant présente en outre des limitations sévères au niveau de la hanche gauche ainsi que des lombalgies. A ces limitations, il convient d'ajouter une perte de rendement de 30%, liée aux difficultés de déplacement et aux douleurs. La perte de rendement attendue dépasse ainsi le strict cadre des limitations fonctionnelles, constellation dans laquelle le Tribunal fédéral a plusieurs fois admis dans sa jurisprudence récente qu'un abattement était justifié, considérant que la diminution de rendement constituait un facteur quantitatif alors que l'abattement permettait de tenir compte du facteur qualitatif des restrictions (cf. 8C\_621/2023 du 7 août 2024 consid. 5.2.2 ; 9C\_572/2023 du 18 juin 2024 consid. 4.5 ; 8C\_175/2023 du 26 avril 2024 consid. 4.4.3 ; 9C\_57/2023 du 28 septembre 2023 ; 9C\_360/2022 du 4 novembre 2022 consid. 4.3.1). En l'occurrence, il apparaît que les limitations fonctionnelles reconnues

médicalement viendront, en sus de la perte de rendement, impacter la capacité de gain du recourant, même dans un emploi correspondant au niveau de compétence 1 de l'ESS. Dans une telle activité, le recourant rencontrera des difficultés notamment en lien avec le port charges, les déplacements sur certains types de terrains, sa position de travail ainsi que dans toute tâche nécessitant l'utilisation du poignet droit, lorsqu'il s'agira de manipuler des charges. Dans ces circonstances, il ne fait aucun doute qu'il ne pourra prétendre trouver une activité adaptée que moyennant un salaire inférieur à celui d'une personne non atteinte dans sa santé. Il se justifie dès lors de procéder à un abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalidé. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal retient un gain d'invalidé de CHF 43'465.30.

**25.3** Concernant le revenu de valide, celui-ci a été fixé dans la décision attaquée à CHF 72'516.-, en se fondant sur le rapport employeur du 2 juin 2006 (OAIE pce 20), qui mentionnait un salaire mensuel de CHF 4'850.-, soit annuellement CHF 63'050.- compte tenu du droit du recourant à un treizième salaire. L'OAIE a par la suite (correctement) indexé le montant obtenu jusqu'en 2020 (tableau « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels » pour la période 1939 2023 : <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/314445500>). Pour l'année 2021, l'autorité s'est fondée sur la même projection erronée que celle employée pour le gain d'invalidé (+0.8%). Or, comme on l'a déjà vu (cf. consid. 25.2 supra), il lui appartenait non pas d'émettre des hypothèses, mais d'employer les estimations trimestrielles de l'OFS et, sur cette base, de procéder à une indexation de +0.1% pour l'année 2021. En reprenant ces chiffres, le gain de valide s'élève dès lors à CHF 72'012.94.

Comparé au gain de d'invalidé de CHF 43'465,30, il en résulte un degré d'invalidité de 39.64%, ce qui, arrondi à 40% (arrêt du TF 8C\_167 du 18 août 2022 consid. 5.4), aboutit à un taux suffisant pour maintenir le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité.

**25.4** A toutes fins utiles, le Tribunal précise encore que cette conclusion serait similaire si l'OAIE avait recouru aux tabelles statistiques pour fixer le gain de valide, par exception à la règle consistant à se référer au revenu réalisé en dernier lieu, à indexer jusqu'au moment de la décision attaquée, (cf. arrêt du TF 8C\_632/2021 du 13 avril 2022 consid. 10.1). En effet, dans cette dernière hypothèse, il conviendrait alors de se référer à la table ESS T17 de 2018, groupe professionnel 83 « conducteurs/trices de véhicules et d'engins lourds de levage et de manœuvre » (arrêt du TF 8C\_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 10.4.1 ; cf. également le tableau « groupe des

professions CH-ISCO-19 », sous [https://www.sgb.ch/fileadmin/redaktion/docs/lohnrechner/Alle\\_Berufe\\_Lohnrechner\\_F.pdf](https://www.sgb.ch/fileadmin/redaktion/docs/lohnrechner/Alle_Berufe_Lohnrechner_F.pdf)). Selon cette table, pour les hommes âgés de 30 à 49 ans, le revenu médian en 2018 était de CHF 5'578.- par mois et de CHF 66'936.- par an. Dans le domaine économique correspondant « Transport et entreposage » (no 49-53), le temps de travail hebdomadaire moyen se montait à 42,4 heures (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/enquetes/dnt.assetdetail.31025818.html>). Indexé pour les années 2019 à 2021 selon les mêmes modalités que le revenu d'invalidé (+0.9% en 2019, +0.8% en 2020 et +0.1% en 2021), le revenu de valide s'élèverait alors à CHF 72'235.62, avec pour corollaire que le degré d'invalidité serait alors de 39.82% et conduirait également au maintien d'un quart de rente d'invalidité en faveur du recourant.

**25.5** Au vu de tout ce qui précède, il convient dès lors d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée, en ce sens que la rente entière d'invalidité du recourant est remplacée par un quart de rente, à compter à compter du premier jour du deuxième mois qui a suivi sa notification, en application de l'art. 88 bis al. 2 let. a RAI, soit le 1<sup>er</sup> avril 2022.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure pour qu'elle rende une nouvelle décision sur le montant de la rente AI, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGGA).

## **26.**

Il convient d'ajouter que malgré la durée de la rente servie au recourant supérieure à 15 ans, l'autorité précédente pouvait valablement réduire la rente litigieuse sans mettre en œuvre des mesures de réadaptation : domicilié à l'étranger et n'exerçant plus d'activité lucrative en Suisse, le recourant ne remplit en effet pas la condition d'assujettissement à l'assurance-invalidité subordonnant le droit à de telles mesures (arrêts du TAF C-656/2020 du 14 septembre 2023 consid. 13.4, C-179/2021 du 28 juin 2023 consid. 8.2, C-5464/2020 du 16 février 2023 consid. 9.4.2 ; cf. toutefois arrêts du TAF C-2678/2017 du 30 août 2023 consid. 10.2, C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 9 et C-40/2021 du 2 février 2022 consid. 11.4 ; de façon générale, cf. ATF 145 V 266 consid. 4.2 ; cf. également arrêt du TF 8C\_104/2021 du 27 juin 2022 consid. 7.1.3 et références citées ainsi que les ATF 148 V 321, 145 V 209 et 141 V 5 ; cf. également Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL], ch. 1011, ainsi que la lettre circulaire AI n. 309).

Pour ce même motif – défaut de qualité d'assuré –, la conclusion implicite du recourant tendant à l'octroi de mesures de réadaptation doit être rejetée.

**27.**

**27.1** Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

**27.2** En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure en particulier où la partie recourante n'est pas représentée, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF).

(le dispositif figure sur la page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis. La décision du 8 février 2022 est réformée en ce sens que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.

**2.**

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une nouvelle décision sur le montant de la rente AI au sens du chiffre 1 ci-dessus, sous suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGA).

**3.**

Il n'est pas perçu de frais. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Séverin Tissot-Daguette

**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 :