



Cour III
C-176/2019

Arrêt du 24 mars 2022

Composition

Beat Weber (président du collège),
Caroline Bissegger, Viktoria Helfenstein, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
(France)
représenté par B. _____
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, révision et suppression de rente (décision du 10 décembre 2018).

Faits :**A.**

A.a Le ressortissant français A. _____ (ci-après : assuré ou recourant), domicilié en France, né le ___ 1967, remarié, père de deux enfants nés le ___ 1992 et le ___ 2012, a débuté un apprentissage de carrossier et a travaillé comme chauffeur-magasinier en France. En Suisse, l'assuré a principalement travaillé de 1991 à 1997 comme pompiste et monteur de pneus et de 1997 à 2004 dans la métallurgie lourde, cotisant aux assurances sociales suisses. En 2005 jusqu'à début 2008, il a été salarié en France comme chauffeur de bus puis chef de parc de véhicules de transport. De mai 2008 au 30 novembre 2010, l'assuré a repris une activité salariée en Suisse de conducteur de bus (AI pces 1, 15, 20, 66 p. 4), ce dernier emploi a été résilié par l'employeur en raison de motifs économiques (AI pce 4).

A.b En date du 31 janvier 2011, A. _____ a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton de C. _____ (ci-après : OAI-C) en raison d'une hernie discale L3-L4 opérée le 4 janvier 2011 (AI pces 1, 28 p. 3, 29 p. 2, 32 p. 6). Une deuxième intervention chirurgicale pour l'atteinte au rachis a eu lieu le 7 novembre 2011 (AI pces 38, 50 p. 6) sans toutefois apporter les résultats escomptés au niveau du membre inférieur droit (cf. AI pce 55 p. 4 et 5, 58 p. 2).

A.c En raison d'importantes douleurs persistantes, une expertise neurologique (Dr D. _____ [rapport du 25 avril 2013; AI pce 66]) puis, en complément, une expertise psychiatrique (Dr E. _____ [rapport du 30 juin 2014; AI pce 95]) ont été diligentées. Il est apparu, d'une part, un syndrome lombovertébral modéré latéralisé à droite ne rendant plus possibles les activités initiales antérieures de monteur de pneus et dans la métallurgie mais permettant néanmoins l'exercice d'une activité adaptée légère à occasionnellement moyennement lourde à 80% dont celles de magasinier, chauffeur, pompiste et, d'autre part, un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger à moyen (F33.0/1) sans syndrome somatique, générant une incapacité de travail de 30%. Sur la base pour l'essentiel de ces deux expertises, le service médical de l'OAI-BS a considéré en date du 16 juillet 2014 que l'assuré ne pouvait plus exercer ses anciennes activités de monteur de pneus et dans la métallurgie depuis septembre 2010. Par contre, il a apprécié que l'assuré était en mesure d'exercer, excepté une période d'incapacité totale de 3 mois en lien avec les opérations subies les 4 janvier et 7 novembre 2011, suivie après chacune des opérations d'une capacité de travail de 25% s'améliorant lentement, une activité adaptée légère à

occasionnellement moyennement lourde six mois après les deux opérations à un taux de 70%. Il a retenu celles de magasinier, pompiste, chauffeur de bus avec adaptation du véhicule ainsi que des activités de contrôle, tri, surveillance, stockage et montages simples (Dr F. _____; AI pce 97).

A.d Sur ces constats, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a alloué à l'assuré par décisions du 24 novembre 2014, un quart de rente du 1^{er} septembre au 31 octobre 2011, une rente entière du 1^{er} novembre 2011 au 31 juillet 2012 et à nouveau – pour un taux d'invalidité de 41% – un quart de rente à compter du 1^{er} août 2012. Ces rentes, non contestées, ont été complétées des rentes pour enfants (AI pce 108).

B.

B.a En août 2016, l'OAI-C a initié une révision du droit à la rente de A. _____ (AI pces 10, 110 p. 1). Par courrier du 13 octobre 2016, l'assuré a indiqué un état de santé s'étant quelque peu aggravé en raison de deux hernies discales nouvellement diagnostiquées, des douleurs dorsales constantes, une jambe droite se bloquant très fréquemment. Il a indiqué avoir repris une activité de chauffeur de bus, très risquée vu le problème de sa jambe droite (AI pce 110, p. 3). Dans le cadre de la révision, l'OAI-C a collecté un rapport intermédiaire du Dr G. _____ (médecin généraliste traitant) du 12 novembre 2016 mentionnant un état stationnaire, une activité à 100% exercée avec difficultés en raison de sciatgies bilatérales et une activité souhaitable à 50-60% (AI pce 112), un questionnaire à l'employeur du 27 décembre 2016 mentionnant un contrat de travail en cours depuis le 23 mars 2015 pour une activité de collaborateur du service des transports au taux d'activité de 100% (AI pce 115 p. 1 ch. 2.7, voir ég. p. 12 in fine mentionnant aussi une activité de coursier [courrier/colis] non correcte [cf. AI pce 128 p. 7]). Sur le vu des informations précitées, le service médical de l'OAI-C a conclu à la nécessité d'une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique (AI pce 117).

B.b Les rapports d'expertises ont été rendus les 10 et 24 novembre 2017. Il est apparu de ceux-ci, d'une part, avec incidence sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral latéralisé à droite moyennement sévère limitant l'assuré depuis mars 2015 (prise d'emploi) à des activités adaptées légères à occasionnellement moyennement lourdes à un taux de rendement de 80% sur un 100% dont celle de chauffeur de bus de transport de personnes sous réserve que le véhicule soit adapté (en raison d'un manque de force de la jambe droite), d'autre part, l'absence de diagnostic

psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail (AI pces 128 [Dr D. _____ (neurologue)], 127 [Dr E. _____ (psychiatre)]).

B.c Les conclusions de l'expertise bidisciplinaire de novembre 2017 ont été confirmées par le Dr F. _____ (spécialiste en médecine générale) du Service médical régional (SMR) de l'OAI-C en date du 9 janvier 2018 qui a ainsi validé une capacité de travail dans une activité adaptée légère à occasionnellement moyennement lourde de 70% de 2014 à février 2015 et de 80% dès mars 2015 (AI pce 130).

B.d Par projet de décision du 16 mars 2018, l'OAI-C a informé l'assuré de son intention de supprimer le quart de rente d'invalidité alloué en raison de l'exercice depuis mars 2015 d'une activité lucrative à 100% et d'une capacité de travail de 100% dans des activités légères, voire occasionnellement moyennement lourdes, sans travaux au-dessus de la tête, sans position penchée, agenouillée ou accroupie, sans nécessité de pousser ou de tirer, avec une diminution de rendement de 20% fondant un taux d'invalidité, y compris un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité, de 25% à compter de mars 2015 n'ouvrant plus le droit à une rente (AI pce 131).

B.e Contre ce projet de décision, A. _____ a fait valoir en date du 4 juin 2018 (voir ég. un courriel en copie du 28 mars 2018 à l'OAI-C [pce 132]) une dégradation de son état de santé attestée par des arrêts de travail du 27 avril au 31 juillet 2018 de son médecin traitant le Dr G. _____, un rapports d'IRM du rachis lombaire des 24 octobre 2017 et 16 mai 2018, un rapport de consultation d'urgence du 9 mai 2018 suite à une chute après un lâchement de la jambe droite (AI pce 137). L'envoi a été complété d'un rapport du Dr H. _____ (spécialiste en neurochirurgie) du 6 juin 2018 (AI pce 140), d'une attestation du 7 septembre 2018 des Hôpitaux civils de I. _____ pour une injonction périurale lombaire (Dr J. _____, spécialiste de la douleur, AI pce 146.5), d'un rapport du Dr G. _____ du 15 septembre 2018 (AI pce 149).

Invités par l'OAI-C à se déterminer sur les nouveaux éléments médicaux, le Dr E. _____ (psychiatre) a indiqué succinctement en date du 16 octobre 2018 que les rapports médicaux communiqués le 20 août 2018 ne modifiaient pas les diagnostics et la capacité de travail retenus (AI pce 153) ; le Dr D. _____ (neurologue) a fait de même en date du 16 novembre 2018 (AI pce 156). Sur cette base, le Dr F. _____ du SMR a confirmé le 22 novembre 2018 l'actualité des rapports d'expertise des Drs D. _____ et E. _____ de novembre 2017 (AI pce 157).

B.f Par décision du 10 décembre 2018, l'OAIE a supprimé, pour la fin du mois suivant celui de la notification, le quart de rente alloué à l'assuré avec la motivation du projet de décision et l'indication qu'à la suite de sa contestation celle-ci avait été soumise aux Drs D._____ et E._____ qui avaient maintenu leurs déterminations confirmées par le médecin du SMR. L'effet suspensif à un éventuel recours a été retiré (AI pce 160).

C.

C.a A._____, représenté par B._____, a interjeté recours le 7 janvier 2018 (recte: 2019) contre la décision du 10 décembre 2018 auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) faisant valoir que ses problèmes de santé ne lui permettaient en aucun cas d'exercer une quelconque activité professionnelle, qu'en conséquence son taux d'invalidité devait être revu. A son recours, il a joint un rapport de consultation du 12 décembre 2018 du Dr K._____ (Département d'imagerie de l'Hôpital L._____) faisant état de la programmation d'une myélographie le 4 février 2019 et d'un rapport de radiographie du rachis lombaire, un rapport du 17 décembre 2018 du Dr G._____ (médecin généraliste traitant) notant une incapacité de travail actuelle pour toute activité en raison de l'aggravation des douleurs neuropathiques dans les territoires L3 et L4 droits et l'apparition d'une rétrolisthésis de L3-L4, un rapport du 19 décembre 2018 du Dr M._____ (psychiatre) mentionnant un traitement depuis le 12 décembre 2018 pour une pathologie psychique sévère (TAF pce 1, annexes). Par acte du 21 février 2018 (recte: 2019), A._____ a complété son recours de deux rapports d'imagerie des 7 et 8 février 2019 du Dr K._____ et d'un rapport de consultation du Dr H._____ évoquant une nouvelle opération (TAF pce 7) qui ont été transmis à l'OAIE le 27 février 2019 pour être intégrés à la réponse au recours (TAF pce 8).

C.b Par réponse du 26 mars 2019, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a joint à celle-ci, d'une part, la détermination de l'OAI-C du 21 février 2019 concluant à une non-entrée en matière sur le recours, subsidiairement à une invitation au recourant de parfaire le recours, plus subsidiairement à son rejet dans la mesure de sa recevabilité, complété d'un préavis du 19 mars 2019 de l'OAI-C indiquant que les nouveaux rapports du Dr K._____ ne modifiaient pas le préavis du 21 février 2019. D'autre part, il a également joint un rapport médical du 15 mars 2019 du Dr F._____ du SMR. Ce médecin a confirmé sur le plan médical le bien-fondé de la décision du 10 décembre 2018 en tous les cas à cette date, réservant tant sur le plan somatique que psychique une éventuelle évolution défavorable (TAF pce 9).

C.c Par réplique du 30 avril 2019 (timbre postal), le recourant a maintenu ses conclusions et fait valoir être en incapacité de travail à 100%. Il a complété celle-ci de nouveaux documents, à savoir : un rapport du 11 février 2019 du Dr H. _____ (spécialiste en neurochirurgie), un courrier du 15 avril 2019 du Dr H. _____ aux médecins traitant de l'assuré mentionnant une intervention en L1-L3 avec hospitalisation du 7 au 11 avril 2019 et un compte-rendu opératoire du 9 avril 2019 de l'opération du 8 avril précédent (TAF pce 12).

C.d Par duplique du 31 mai 2019, l'OAIE a maintenu sa détermination, faisant sienne celle de l'OAI-C du 16 mai 2019 s'en tenant aux rapports d'expertise des Drs D. _____ et E. _____ (TAF pce 14). Par ordonnance du 7 juin 2019, le Tribunal a transmis la duplique au recourant pour connaissance et mis un terme à l'échange des écritures (TAF pce 15).

D.

D.a Par courrier du 10 décembre 2019, l'OAIE a adressé au Tribunal pour connaissance et suite jugée utile un rapport E 213 (Dr N. _____) du 3 octobre 2019 fondé sur un examen du 25 septembre 2019 n'indiquant pas d'activité lucrative exercée, notant une prise en charge chirurgicale en cours, posant le diagnostic d'atteinte d'un disque lombaire et autres disques avec radiculopathie (CIM-10 M51.1) (TAF pce 16). Ce rapport a été transmis à l'assuré par ordonnance du 16 décembre 2019 pour connaissance (TAF pce 17). Le 23 mars 2020 le recourant s'est enquis téléphoniquement de l'avancement de son dossier (TAF pce 19).

D.b Par courrier du 20 novembre 2020, le recourant a transmis au Tribunal trois nouveaux rapports d'IRM lombaire et cervicale et deux rapports de radiographies du rachis cervical, du bassin et du rachis lombaire datés de janvier à octobre 2020 (TAF pce 20), lesquels ont été transmis à l'autorité inférieure pour connaissance par ordonnance du 26 novembre 2020 (TAF pce 21).

D.c En date des 30 décembre 2020 et 28 septembre 2021, l'assuré s'est informé téléphoniquement du suivi de son recours (TAF pces 22 et 23). Le 6 octobre 2021 (timbre postal), il a sollicité une décision du Tribunal du fait d'être tantôt en fin de droit de ses allocations de chômage, de la nécessité de reprendre une activité qui pourrait être dangereuse pour son dos selon son chirurgien. Il a joint à son courrier deux rapports d'IRM du rachis lombaire des 3 novembre 2020 et 29 septembre 2021 (TAF pce 24). Le Tribunal a donné suite à ce courrier en date du 12 octobre 2021 et transmis celui-ci pour connaissance à l'OAIE (TAF pce 25).

S'étant informé de l'état de la cause par appel téléphonique du 10 janvier 2022, le recourant a indiqué ne pas avoir reçu de courrier du 12 octobre 2021 (TAF pce 26). Par courrier du 11 janvier 2022, le Tribunal a informé le recourant du prononcé d'un prochain arrêt en la cause (TAF pce 27).

Droit :

1.

1.1 Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF non réalisées en l'espèce, et en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE. Il est ainsi compétent pour connaître du présent recours, la décision litigieuse émanant de l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI; TAF pces 2, 4, 5), le recours est recevable.

2.

Dans la mesure où l'OAI-C a conclu à une non-entrée en matière en invo-

quant une motivation insuffisante du recours, le Tribunal rappelle qu'en matière d'assurances sociales, les exigences quant aux conclusions et à la motivation sont limitées au minimum (cf. arrêt du TF 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). Il n'existe dès lors pas de motif pour une non-entrée en matière même partielle sur le recours.

3.

Aux termes de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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 (al. 2), tandis que l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (al. 3). Compte tenu de la nature transfrontalière de la présente affaire, c'est à juste titre que l'OAI-C a enregistré et instruit la demande, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

4.

Le litige a pour objet le bien-fondé de la décision du 10 décembre 2018 de suppression du quart de rente d'invalidité (alloué à l'assuré depuis le 1^{er} août 2012) à la fin du mois suivant celui de la notification de la décision eu égard au constat d'une amélioration de santé et de la capacité de gain et d'une reprise d'activité lucrative à 100% depuis le 23 mars 2015.

5.

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 (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et 132 V 215 consid. 3.1.1). Ainsi en est-il de la LAI et du RAI au moment de la décision dont est recours, soit dans leur teneur au 10 décembre 2018. Les modifications entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2019 et ultérieurement notamment le 1^{er} janvier 2022 sur les degrés d'invalidité (RO 2021 1449 ss et 3598 ss) ne sont pas applicables. 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 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 (cf. arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Cela dit, le Tribunal ne peut prendre en considération que les rapports

médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 loc. cit.). En l'espèce, les rapports médicaux établis après la décision attaquée du 10 décembre 2018 ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils apportent un éclairage sur les atteintes antérieures déterminantes pour la suppression de rente.

6.

6.1 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le requérant, ressortissant français, ayant travaillé en Suisse, est domicilié en France, État membre de l'Union européenne (UE). 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 États membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP et l'art. 80a LAI font référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (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). À compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

6.2 Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALPC; art. 46 al. 3 du règlement (CE) n°883/2004; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

7.

7.1 Selon 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).

7.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par la maxime inquisitoire (ATF 138 V 218 consid. 6). L'autorité administrative et, en cas de recours, le Tribunal constatent les faits d'office (cf. art. 12 PA, art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA). Par conséquent, il leur appartient d'établir d'office un constat conforme et complet des faits pertinents (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1). Ce faisant, ils ne tiennent pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2). 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).

7.3 Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). 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, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

8.

8.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle 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. 1 et 2 LAI).

8.1.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la

présence d'une incapacité de gain. 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. 6). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

8.1.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

8.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur le 10 décembre 2018).

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. consid. 4), cette restriction n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement [CE] n° 883/04).

8.3

8.3.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important ou qu'une autre méthode d'évaluation de l'invalidité est appliquée (ATF 147 V 167 consid. 4.1, 144 I 103 consid. 2.1, 141 V 9 consid. 2.3 et 5.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5; arrêt du TF 9C_759/2019 du 31 juillet 2020 consid. 2). Si un motif de révision doit être admis, le droit à

la rente doit être réexaminé de manière globale (« allseitig ») sous l'angle juridique et factuel, le degré d'invalidité doit ainsi être déterminé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète sans que l'autorité ne soit liée par les appréciations antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 in fine avec les références et 5.2; arrêts du TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013). Une modification significative du degré d'invalidité est une condition préalable à la révision du droit à la rente. Tout changement dans les faits ne suffit pas pour fonder une adaptation de la rente dans le cadre d'une procédure de révision. Un nouveau diagnostic ou un diagnostic qui n'est plus posé ne signifie pas, per se, une détérioration de l'état de santé ou une amélioration de l'état de santé propre à fonder un motif de révision, encore faut-il que les changements effectifs de circonstances aient une incidence sur le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2, 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du TF 9C_223/2011 du 3 juin 2011 consid. 3.2). Or un tel constat ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine; arrêts du TF 9C_117/2018 du 19 octobre 2018 consid. 5.2, 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.1, 4.3; sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, voir les arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b; arrêts du TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2, 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constituait le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'était modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 134 V 131 consid. 3, 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 368 consid. 2, 112 V 371 consid. 2b; arrêt du TF 9C_235/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3).

8.3.2 L'art. 88a al. 1 RAI dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va

de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

8.3.3 L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI énonce que la diminution ou la suppression de la rente (...) prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2). Cas échéant, en cas de violation du devoir d'annoncer un changement de circonstances (cf. art. 31 LPGA, 77 RAI), l'adaptation de la rente voire sa suppression peut prendre effet rétroactivement (art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI; ATF 145 V 141; voir ég. infra consid. 11).

8.4

8.4.1 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 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 ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.4.2 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 n° 33).

8.4.2.1 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un-e spécialiste reconnu-e, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert-e 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).

8.4.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils ou elles soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit.; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, 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 (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3); ainsi, on en retiendra 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-e (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 n° 48 et 49).

8.4.2.3 Concernant enfin 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 : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

8.5 Depuis l'ATF 143 V 418 consid. 6 s., en règle générale, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. 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 l'existence d'un diagnostic émanant d'un médecin psychiatre s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM (ATF 141 V 281 consid. 2.1, 143 V 418 consid. 6 et 8.1). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections retenues, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, base de l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Toutefois, une telle évaluation est superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 in fine, 143 V 409 consid. 4.5 et 5.1; VALTERIO, op. cit., art. 4 n° 22).

9.

La révision d'une rente implique d'établir l'existence d'un changement important de circonstances propre à justifier l'augmentation, la réduction ou la suppression de la rente. Un tel constat ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs (*supra* consid. 7.3.1). In casu, les constats à la base des décisions du 24 novembre 2014 (AI pce 108) doivent être comparés avec ceux à la base de la décision du 10 décembre 2018 (AI pce 160).

9.1 A. _____ a été mis au bénéfice d'un quart de rente pour un taux d'invalidité de 41% depuis le 1^{er} août 2012 par décision de l'OAIE du 24 novembre 2014. Il avait été retenu depuis mai 2012 (six mois après la deuxième opération [cf. *supra* A.c]), d'une part, un syndrome lombovertébral modéré latéralisé à droite ne rendant plus possible ses activités antérieures de monteur de pneus et dans la métallurgie, mais toujours exigible, sur le plan somatique, une activité adaptée avec un rendement de 80%, et,

d'autre part, un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel (*tempore iudicium*) léger à moyen sans syndrome somatique générant une incapacité de travail de 30%. Ces atteintes ont été établies à la suite d'une expertise bidisciplinaire neurologique (Dr D. _____ [rapport du 25 avril 2013; AI pce 66]) et psychiatrique (Dr E. _____ [rapport du 30 juin 2014]; AI pce pce 95).

9.1.1 Sur le plan somatique, le Dr D. _____ avait posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral modéré (*mässig ausgeprägtes*) latéralisé à droite avec déficit résiduel radiculaire plus en L5 qu'en L4 à droite, stimulation sensorielle intermittente et déficits sensorimoteurs L5 côté droit, status post opération discale L3/L4 non spécifiée le 4 janvier 2011, status après laminarthrectomie L3/L4 avec décompression bilatérale de la racine L4, pose d'une cage et ostéosynthèse arrière en L3/L4 le 7 novembre 2011 et, sans incidence sur la capacité de travail, de signes radiologiques de dégénérescence dans la région du bas de la colonne vertébrale, obésité de grade I, status après fissure au niveau du péroné droit environ en 2006 soignée conservativement. L'expert avait notamment relevé une importante diminution de la sensibilité et de la force au niveau de la jambe droite, de l'engourdissement de cette jambe ainsi que la persistance de douleurs dorsales lombaires. Un pronostic somatique réservé avait été posé du fait déjà de deux opérations dont une dernière en novembre 2011 qui n'avait pas apporté d'amélioration et de la nécessité d'une forte médication pour soulager les douleurs. En raison des problèmes lombaires des travaux moyennement lourds répétitifs et physiquement lourds n'avaient plus été reconnus possibles de même qu'au-dessus de la tête, en position abaissée, agenouillée et accroupie, nécessitant de pousser, tirer de lourdes charges. Dans une activité tenant compte des limitations précitées, dont celles de pompiste, magasinier, chauffeur dans le transport de personnes avec adaptation du véhicule, une diminution de rendement de 20% sur un plein temps avait été retenue afin de permettre à l'assuré d'effectuer quelques pauses (AI pce 66).

9.1.2 Sur le plan psychiatrique, le Dr E. _____ avait posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique (CIM-10 F33.00/10). D'autres diagnostics n'avaient pas été retenus. L'expert avait relevé que le suicide en 2007 de son ex-épouse, atteinte de schizophrénie peu après son mariage, et le décès de son père en 2013 demandaient encore un travail de deuil. De plus, la relation de l'assuré quelque peu conflictuelle avec sa nouvelle épouse, de 16 ans sa cadette, avaient une ré-

percussion sur l'assuré sujet à de la fatigue, des sautes d'humeur, des sentiments de non-sens, des idées suicidaires bien que celui-ci avait conservé vitalité et énergie et la capacité de s'ouvrir à des centres d'intérêts. L'incidence sur la capacité de travail avait alors été estimée à 30% avec un pronostic d'amélioration à court et moyen terme moyennant le suivi d'un soutien médical (AI pce 95).

9.1.3 Au final, une capacité de travail dans une activité adaptée légère à occasionnellement moyennement lourde, dont celles antérieure de magasinier, pompiste, chauffeur de bus de transport de personnes avec adaptation du véhicule, ainsi que des activités de contrôle, tri, surveillance, stockage et montages simples, avait été retenue par le SMR de l'OAI-C au taux de 70% (Dr F. _____; AI pce 97).

9.2 Dans le cadre de l'instruction de la révision de rente, l'OAI-C a notamment porté au dossier les documents ci-après :

9.2.1 Sur le plan médical :

- un rapport de tomodensitométrie lombaire du 13 septembre 2016 (Dr O. _____) relevant du matériel chirurgical d'arthrodèse L3-L5, un minime antélisthésis de L3 sur L4, une protrusion globale du disque L4-L5 pouvant expliquer une symptomatologie radiculaire de type L5 uni- voire bilatérale (AI pce 110 p. 4) ;
- un rapport intermédiaire du 12 novembre 2016 du Dr G. _____ (médecin généraliste traitant) notant un état de santé « s'aggravant », posant les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgie droite, claudication du membre inférieur droit séquellaire sur hernie discale L3-L4, canal lombaire étroit et obésité (100kg). Le médecin retient que l'assuré a retrouvé un travail de chauffeur de taxi et minibus. Il indique que l'assuré se plaint d'une diminution de force du membre inférieur droit, relève nouvellement une hernie discale L4-L5 entrant en contact des racines droite et gauche, mentionne que l'activité professionnelle de l'assuré exercée à 100% devrait l'être à 50-60% (sans diminution de rendement) du fait de la prise d'antalgiques de niveau 2 et d'anti-inflammatoires injectables nécessaires pour travailler régulièrement (AI pce 112) ;
- un rapport SMR du 7 février 2017 du Dr F. _____ (spécialiste en médecine générale) résumant le dossier asséurologique antérieur et actuel, constatant des éléments contradictoires et préconisant une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique auprès des précédents experts (AI pce 117) ;
- un rapport IRM du 24 octobre 2017 de la Clinique P. _____ notant des discopathies dégénératives en L3-L4 avec un arthrodèse L3-L4 postérieur, des

discopathies en L3-L4 et L5-S1 avancées mais peu protrusives. La recherche d'une compression radiculaire est négative. Il n'y a pas de canal étroit. Le rapport conclut qu'il n'y a pas de signe de récurrence d'hernie mise en évidence à l'étage lombaire (AI pce 137 p. 6) ;

- un rapport d'expertise neurologique du 10 novembre 2017 (examen du 17 octobre 2017) du Dr D. _____ concluant que l'expertisé, sur le plan rhumatologique, présente le diagnostic, avec effets sur la capacité de travail, de syndrome lombovertebral moyennement sévère latéralisé à droite restreignant l'intéressé à des activités adaptées légères à occasionnellement moyennement lourdes à plein temps avec un rendement de 80% du fait de la nécessité de pauses ; l'activité de chauffeur de bus de transport de personnes moyennant un véhicule adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré (commandes manuelles, pédales des gaz et des freins à gauche) est appréciée possible (AI pce 128).

L'expert énonce les plaintes actuelles de l'expertisé de douleurs au bas du dos devenues depuis une année plus fortes se prolongeant dans la jambe droite, laquelle connaît des engourdissements jusqu'au gros orteil et au cou-de-pied, de sensations de fourmis 3-4 fois par semaine, de crampes récurrentes, de perte de force. L'expertisé indique faire journalièrement une marche d'un kilomètre de sa voiture à son lieu de travail en deux trajets entrecoupés d'une pause-café. Il indique maintenir la position assise une demi-heure, les douleurs devenant ensuite plus intenses, maintenir la position debout environ un quart d'heure. A la position allongée, il mentionne des douleurs qui ne lui permettent pas de dormir plus de 1.30 à 2 h. d'affilée et qui l'obligent à se lever et à bouger. Il note se coucher à 22.00 h. et se relever déjà à minuit. La prise d'Oxycotin® lui permet toutefois de dormir 4 h. d'affilée. Il indique porter des poids sans problème jusqu'à 5 kg, avoir des douleurs au-delà et ne pouvoir absolument pas porter des poids de 10 kg. Il rapporte depuis 2015 avoir 5-6 fois des épisodes de douleurs à la nuque irradiant jusqu'aux épaules et la tête et une limitation de mouvement de la colonne cervicale. Il indique prendre plusieurs médicaments journalièrement pour contrer les douleurs. L'expertisé relève une reprise de travail bénéfique.

Après le rappel de l'examen neurologique du 26 mars 2013, l'expert fait état de ses constats au 17 octobre 2017. Il note un bon état général (176cm/100kg/ BMI 32.3), pas de déficit cognitif, d'inflammations. A l'examen clinique neurologique, l'expert ne note rien de particulier excepté des douleurs à la palpation et des restrictions de mouvement au niveau de la colonne lombaire et des membres inférieurs.

L'expert retient les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral moyennement sévère (mittelschwer ausgeprägtes) latéralisé à droite avec déficit résiduel radiculaire sensible en L5, symptôme d'irritation sensorielle intermittente et perte de sensation L5 droite, associée à une réduction de la force induite par la douleur, status post opération discale L3/L4 non spécifiée le 4 janvier 2011, status après laminarthrectomie L3/L4 avec décompression bilatérale de la racines L4, pose d'une cage et ostéosynthèse postérieure en L3/L4 le 7 novembre 2011 et, sans incidence sur la capacité de travail, de signes radiologiques de dégénérescence dans la région du bas de la colonne vertébrale, obésité de grade I, status après fissure au niveau du péroné droit environ en 2006 soignée conservativement.

A l'appréciation des constats en 2017, l'expert retient un syndrome lombovertébral avec des limitations fonctionnelles douloureuses qualifié nouvellement de moyennement sévère avec des points d'irritation radiculaire notamment en L5 à droite générant des troubles résiduels de la sensibilité au niveau de la jambe droite. Il relève que les opérations n'ont pas apporté d'amélioration. Une pathologie vasculaire et un syndrome du piriforme ont été exclus. Il note que les problèmes de dos depuis l'examen du printemps 2013 ont clairement et objectivement empiré avec en conséquence la nécessité d'une augmentation de la médication antalgique suivie laquelle n'est pas inoffensive sous l'angle des effets secondaires. L'expert note un pronostic réservé, relevant qu'il n'est pas exclu qu'avec le maintien de l'activité à temps complet pour des raisons économiques l'assuré fasse une décompensation et se retrouve en incapacité de travail.

Sur le plan de la capacité de travail résiduelle, l'expert retient que l'expertisé peut effectuer des travaux légers à occasionnellement moyennement lourds, sans activités au-dessus de la tête, en position penchée, agenouillée ou accroupie, nécessitant de tirer ou pousser, en torsion du tronc. Il note la nécessité de pouvoir faire des pauses pour toutes activités correspondant à un 20% du temps de travail. Relevant que l'assuré travail à 100%, il note qu'il y a une sur-sollicitation du dos compensée par des doses élevées d'antalgiques, d'un point de vue médical non raisonnables. Dans une activité adaptée, notamment de chauffeur moyennant un véhicule adapté au handicap, il retient une capacité de travail avec un rendement de 80%. En faisant référence à l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ n'ayant pas retenu d'atteinte ayant une incidence sur la capacité de travail, il note que son appréciation somatique d'une diminution de la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée peut être considérée comme déterminante à compter de mars 2015 (AI pce 128).

- un rapport d'expertise psychiatrique du 24 novembre 2017 (examen du 25 octobre 2017) du Dr E. _____ concluant que l'expertisé, sur le plan psychiatrique, ne présente pas de diagnostic ayant une incidence sur sa capacité de

travail alors que dans le cadre de la précédente expertise du 30 juin 2014 il avait été diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger à moyen générant une diminution de la capacité de travail de 30% (AI pce 127).

L'expert note que l'assuré spontanément relève aller mieux, avoir retrouvé un travail à 100% depuis mars 2015 en qualité de chauffeur d'entreprise, souffrir cependant de maux de dos, nécessitant une forte médication d'antidouleurs, et d'engourdissements de la jambe droite. L'expertisé déclare que ses douleurs, purement somatiques et non psychiques, impactent son sommeil, mais que la reprise du travail a eu un effet bénéfique sur lui et son couple. Il indique être souvent triste mais pouvoir aussi rire, ne pas être sujet à des peurs, ne pas souffrir d'une baisse d'énergie, de troubles de concentration, ne plus avoir d'idées suicidaires. Il indique avoir cessé toute consommation abusive d'alcool. L'expert note un cadre familial et social harmonieux, des activités quotidiennes liant travail et vie familiale, pas de hobby, pas de lecture, de l'intérêt pour des émissions d'actualité et des films. Le levé est matinal (3-5 h.), le travail entre 7.30/9.30 et 15.30/18 h., le coucher vers 23-24 h. Le sommeil est simplement déclaré de courte durée. L'expertisé indique se rendre une fois par mois chez un psychiatre depuis 2012, avoir stoppé toute médication psychique, ne pas se projeter dans le futur, vivre le moment présent.

L'expertisé est orienté, la conscience est claire, le débit de parole plutôt rapide, la tonalité normale, le flux non coupé. Au cours de l'heure d'entretien, quelques douleurs à la colonne vertébrale ont été exprimées, mais l'assuré a maintenu calmement la position assise et s'est levé avec un signe de douleur suivi d'une brève claudication. L'humeur est équilibrée, elle s'assombrit avec des larmes à l'évocation de son épouse qui s'est suicidée en 2007, l'assuré peut néanmoins sourire à nouveau, la capacité de modulation affective et la vitalité ne sont dans l'ensemble pas affectées. Sur le plan formel, le discours tourne autour de la douleur tout en étant quant au contenu réservé. Le tableau des plaintes est logique et cohérent, parfois non compréhensible, sans tendance reconnaissable à dramatiser. Sur la durée de l'entretien, des troubles de la concentration, de l'attention, de conceptualisation, de fatigue ne sont pas cliniquement observés. Il n'y a pas de constats pathologiques des capacités psychomotrices, ni indication d'un processus psychotique.

L'expert retient les diagnostics *sans incidence sur la capacité de travail* de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 F33.4) et de status après une consommation nocive d'alcool (CIM-10 Z10.1).

L'expert ne retient pas, malgré les douleurs évoquées, le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, il exclut également un épisode dépressif et une dépression, les critères essentiels n'étant pas remplis au vu des

données anamnestiques. Il observe une amélioration de l'état de santé psychique de l'expertisé et une baisse des conflits au sein du couple en lien avec la reprise d'emploi. Il note une nette amélioration de l'état de santé par rapport aux constats de sa précédente expertise, des changements d'humeur et une dégradation de la capacité de modulation affective ne sont plus présents, l'expertisé peut rire, a recouvré la capacité de ressentir de la joie, n'a plus d'idées suicidaires. L'amélioration de santé est en lien avec la reprise de travail de chauffeur d'entreprise en mars 2015 des dires mêmes de l'expertisé. L'expertisé bénéficie de ressources en particulier d'une capacité fonctionnelle psychosociale intacte. Il est intéressé par les actualités, s'informe par des émissions documentaires à la télévision. D'un pur point de vue psychiatrique, le pronostic est favorable. Il n'existe pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychique. Du fait qu'il n'est pas retenu de diagnostic ayant valeur de maladie, il n'y a pas de limitation ou diminution de la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique tant dans l'activité actuelle que dans une activité de substitution (AI pce 127) ;

- un rapport SMR du 9 janvier 2018 du Dr F. _____ (spécialiste en médecine générale) faisant état des rapports d'expertise des Drs E. _____ et D. _____ et de leurs conclusions, leur reconnaissant valeur probante, confirmant sous l'angle des indicateurs standards que l'assuré ne présente pas d'atteintes à la santé d'ordre psychiatrique ayant une incidence sur sa capacité de travail. Le Dr F. _____ retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% à compter de mars 2015. Il note que l'activité à 100% comme chauffeur ne peut plus être attendue de l'assuré qui peut exercer par contre entre autres activités adaptées celles de pompiste ou de magasinier, mais non plus celles de monteur de pneus ou dans la métallurgie (AI pce 130) ;
- deux arrêts de travail pour maladie du 27 avril au 31 juillet 2018 établis par le Dr G. _____ (AI pces 137 p. 3 et 8) ;
- un rapport de consultation du 9 mai 2018 (Groupe hospitalier de Q. _____) suite à une chute mécanique (lâchage de la jambe droite évoqué) (AI pce 137 p. 4) ;
- un rapport IRM du rachis lombaire du 16 mai 2018 du Dr R. _____ notant en conclusion : séquelles d'intervention en L3-L4, arthrodèse intersomatique, antélisthésis à ce niveau de grade 1 de L3 sur L4 associé à une discopathie évoluée ; pas de sténose canalaire centrale serrée ; pas de saillie discale au niveau des quatre premiers étages lombaires ; débord discal modéré postéro-latéral droit en L5-S1 (AI pce 137 p. 5 et 7) ;
- un rapport du 6 juin 2018 du Dr H. _____ (spécialiste en neurochirurgie) faisant état de plaintes de lombo-fessalgies bilatérales prédominant du côté droit

aggravées depuis deux mois, ne notant pas de déficit sensitivo-moteur des membres inférieurs constaté à l'examen clinique, de dégradation en L2-L3 (selon IRM) sans nécessité de prise en charge chirurgicale, préconisant des infiltrations (AI pce 140 p. 3) ;

- un rapport SMR du 20 août 2018 du Dr F. _____ notant que, selon les documents produits, la détérioration subjective de santé que l'assuré fait valoir ne peut être établie, qu'en l'occurrence il n'y a pas de récurrence de hernie, pas de réel canal étroit, pas de déficit sensori-moteur aux jambes selon l'examen du 6 juin 2018, une indication opératoire étant exclue ; le Dr F. _____ préconise cependant de soumettre les nouveaux rapports médicaux aux experts (AI pce 142) ;
- une attestation du 7 septembre 2018 du Dr J. _____ (spécialiste de la douleur) d'injection péridurale lombaire pour lombalgies le jour même (AI pce 146 p. 5) ;
- un rapport du 15 septembre 2018 du Dr G. _____ (médecin généraliste traitant) faisant état des atteintes connues, notant une incapacité de travail à 100% du 25 avril au 30 septembre 2018 et une reprise de travail impossible, mais relevant qu'une autre activité favorisant les positions alternées peut être envisagée après le résultat positifs d'infiltrations et un nouvel avis neurochirurgical (AI pce 149 p. 2) ;
- une note du 16 octobre 2018 du Dr E. _____ (psychiatre) indiquant que la nouvelle documentation médicale n'apportait pas de modification à son rapport d'expertise (AI pce 153) ;
- un rapport du 16 novembre 2018 du Dr D. _____ (neurologue) maintenant la teneur de son rapport d'expertise, les nouveaux documents médicaux n'apportant rien de nouveau. L'expert rappelle toutefois ses réserves quant à une éventuelle prochaine détérioration de l'état de santé (AI pce 156) ;
- un rapport SMR du 22 novembre 2018 du Dr F. _____ rapportant les prises de position des experts et notant qu'une détérioration entretemps de l'état de santé de l'assuré ne peut être retenue, qu'en l'occurrence le projet de décision peut être maintenu (AI pce 157).

9.2.2 Sur le plan économique :

- un extrait de compte individuel relevant un revenu en 2015 de 42'750.- francs pour 9 mois (AI pce 111) ;
- un questionnaire à l'employeur daté du 27 décembre 2016 mentionnant un contrat de travail en cours, un début au 23 mars 2015 comme collaborateur du service des transports à plein temps, une absence de 3 jours en 2015 et

de 18 jours (31.3-17.4) en 2016 pour cause de maladie, un revenu brut de 53'832.- francs en 2016 (AI pce 115) ;

- un extrait d'indemnités journalières maladie établissant une incapacité de travail de 100% du 27 avril au 8 octobre 2018 (AI pce 149 p. 9).

9.2.3 Devant le Tribunal les documents ci-après ont été produits :

- un courrier du 12 décembre 2018 du Dr K. _____ (radiologue) au Dr H. _____ faisant état notamment d'une prochaine myélographie (TAF pce 1 annexe; AI pce 164 p. 15) ;
- un rapport du 17 décembre 2018 du Dr G. _____ (médecin généraliste traitant) indiquant que l'assuré est actuellement totalement inapte au travail en raison d'une aggravation de ses douleurs neurologiques dans les territoires L3 et L4 droits, nécessitant la prise de morphine, la consultation de médecins spécialistes, une incapacité de travail à 100% jusqu'au 11 février 2019 (TAF pce 1 annexe; AI pce 164 p. 17) ;
- une attestation du 19 décembre 2018 du Dr M. _____ (psychiatre) faisant état d'un suivi depuis le 12 décembre 2018 pour une pathologie psychique sévère nécessitant un suivi régulier et un traitement psychotrope au long cours, l'état clinique actuel ne permettant plus à l'assuré de travailler (TAF pce 1 annexe; AI pce 164) ;
- un rapport du 8 février 2019 du Dr K. _____ (radiologue) évoquant un examen clinique le 4 février 2019 tout à fait normal par exploration radiculoscacographique et myéloscanner (TAF pce 7.2) ;
- un rapport de radiculo-saccographie du 8 février 2019 (examen du 4 février) du Dr K. _____ (TAF pce 7.3) ;
- un rapport de myéloscanner du 7 février 2019 (examen du 4 février) du Dr K. _____ (TAF pce 7.4) ;
- un rapport du 12 février 2019 du Dr H. _____ (spécialiste en neurologie) faisant état d'une radiculo-saccographie dynamique montrant une instabilité à l'étage L2-L3 et préconisant une intervention chirurgicale afin de stabiliser le segment L2-L3 (TAF pce 7.6) ;
- un rapport SMR du 15 mars 2019 du Dr F. _____ (spécialiste en médecine générale) confirmant sur le plan médical le bien-fondé de la décision du 10 décembre 2018 en tous les cas à cette date, réservant sur les plans tant somatique que psychique une éventuelle évolution défavorable (TAF pce 9 annexe) ;

- un compte rendu opératoire du 9 avril 2019 du Dr H. _____ pour la prise en charge chirurgicale d'un spondylolisthésis de L2 sur L3 associé à une étroitesse radiculaire, suivi d'un courrier à l'assuré mentionnant une intervention sans problème particulier et un examen de contrôle à 2 mois (TAF pce 9 annexes) ;
- un rapport E 213 du 3 octobre 2019 ne mentionnant pas d'activité lucrative exercée, indiquant une personne (175cm/100kg) normothymique, une force et un tonus musculaire normaux, une marche normale, des rachialgies évoluant depuis 10 ans, une prévision de l'extension de l'arthrodèse en L5-S1 en décembre 2019, posant le diagnostic d'atteintes d'un disque lombaire et autres disques avec radiculopathie (CIM-10 M51.1), précisant que l'atteinte ne correspond pas à une invalidité et qu'une prise en charge médico-chirurgicale est en cours. Pas d'indication quant à la capacité de travail actuelle (TAF pce 16) ;
- une documentation médicale (5 rapports) d'IRM et de radiographies d'examen datés de janvier à novembre 2020 (TAF pce 20) ;
- deux rapports d'IRM du rachis lombaire des 3 novembre 2020 et 29 septembre 2021 (TAF pce 24).

10.

10.1 L'OAIE, par décision du 10 décembre 2018 (AI pce 160), a supprimé au 31 janvier 2019 le quart de rente alloué à l'assuré (cf. décisions du 24 novembre 2014, AI pce 108) en se fondant sur les observations et conclusions des rapports de l'expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique des 10 et 24 novembre 2017 (AI pces 127 s.) et sur les déterminations du SMR de l'OAI-C selon lesquelles les nouveaux rapports médicaux produits ne permettaient pas de revenir sur les conclusions des rapports d'expertise. Il a pour l'essentiel motivé la suppression de rente du fait de l'exercice depuis mars 2015 d'une activité lucrative à 100% générant un revenu excluant le versement d'une rente et aussi du fait, sur le plan médical, de l'existence d'une capacité de travail de 100% dans des activités légères voire occasionnellement moyennement lourdes sans travaux au-dessus de la tête, en position penchée, agenouillée ou accroupie, ou en poussant ou tirant, avec une diminution de rendement de 20% fondant un taux d'invalidité de 25% à compter de mars 2015 n'ouvrant plus le droit à une rente (AI pce 160). L'OAIE a confirmé sa détermination à la suite de nouveaux rapports médicaux produits (TAF pce 9).

10.2 Le recourant conteste la suppression du quart de rente alloué. Il fait valoir diverses pathologies ne lui permettant en aucun cas d'exercer une activité professionnelle. Il demande que son degré d'invalidité soit revu. Il

a notamment joint des rapports médicaux faisant état de douleurs neuropathiques aggravées en territoire L3 et L4 nécessitant la prise de morphine, des consultations médicales à venir et depuis le 12 décembre 2018 une pathologie psychique sévère nécessitant un suivi et un traitement psychotrope au long cours, l'état clinique actuel ne permettant plus de travailler (TAF pce 1). A l'appui de son recours, il a produit d'autres rapports médicaux établis ultérieurement à la décision attaquée dont un compte-rendu opératoire du 8 avril 2019 pour une intervention en L1-L2-L3 (TAF pces 12, 20, 24). Vu les griefs soulevés par le recourant, dont son incapacité de travail toujours actuelle, il invoque une violation du droit fédéral, la constatation inexacte et incomplète des faits pertinents (cf. art. 49 PA).

10.3

10.3.1 La décision du 10 décembre 2018 de révision et suppression de rente est essentiellement fondée sur les rapports d'expertise des Drs D. _____ (AI pce 128) et E. _____ (AI pce 127) de novembre 2017, que les médecins du SMR ont reconnus probants et toujours actuels au vu des compléments des experts des 16 octobre et 16 novembre 2018 (AI pces 153 et 156). Ceux-ci (rapports et compléments) fondent une amélioration de l'état de santé du recourant en comparaison avec les rapports d'expertise des mêmes experts respectivement des 25 avril 2013 et 30 juin 2014 à la date des examens en novembre 2017 et aussi au 1^{er} mars 2015, date de la reprise d'activité à 100%.

10.3.2 Le Dr D. _____ (neurologue), dans son rapport d'expertise du 10 novembre 2017, retient le diagnostic avec effets sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral moyennement sévère (mittelschwer ausgeprägtes) latéralisé à droite avec déficit résiduel radiculaire sensible en L5, symptôme d'irritation sensorielle intermittente et perte de sensation L5 droite, associée à une réduction de la force induite par la douleur, status post opération discale L3/L4 non spécifiée le 4 janvier 2011, status après laminarthrectomie L3/L4 avec décompression bilatérale de la racine L4, pose d'une cage et ostéosynthèse postérieure en L3/L4 le 7 novembre 2011 et, sans incidence sur la capacité de travail, de signes radiologiques de dégénérescence dans la région du bas de la colonne vertébrale, d'obésité de grade I, et de status après fissure au niveau du péroné droit environ en 2006 soignée conservativement.

En 2013, le Dr D. _____ avait posé le diagnostic de syndrome lombovertébral modéré (mässig ausgeprägtes) latéralisé à droite avec déficit résiduel radiculaire plus en L5 qu'en L4 à droite, stimulation sensorielle

intermittente et déficits sensorimoteurs L5 côté droit, status post opération discale L3/L4 non spécifiée le 4 janvier 2011, status après laminarthrectomie L3/L4 avec décompression bilatérale de la racine L4, pose d'une cage et ostéosynthèse arrière en L3/L4 le 7 novembre 2011 et, sans incidence sur la capacité de travail, de signes radiologiques de dégénérescence dans la région du bas de la colonne vertébrale, d'obésité de grade I, et de status après fissure au niveau du péroné droit environ en 2006 soignée conservativement.

Tant en 2013 qu'en 2017 des engourdissements de la jambe droite et une perte de force de ce membre ont été évoqués. De l'appréciation de l'expert, les problèmes de dos depuis l'examen du printemps 2013 ont clairement et objectivement empiré avec en conséquence la nécessité d'une augmentation de la médication antalgique suivie, laquelle n'est pas inoffensive sous l'angle des effets secondaires. En 2013, le syndrome lombovertébral latéralisé à droite avait été qualifié de modéré avec un déficit résiduel radiculaire plus en L5 qu'en L4 à droite alors qu'en 2017 il est qualifié de moyennement sévère avec déficit résiduel radiculaire sensible en L5. Par ailleurs, alors qu'en 2013 il avait été retenu une stimulation sensorielle intermittente et des déficits sensorimoteurs L5 côté droit, en 2017 il a été observé un symptôme d'irritation sensorielle intermittente et une perte de sensation L5 droite.

Les diagnostics de 2017 sont dans leur formulation aggravés. Sur la base de ses constatations, le pronostic du Dr D. _____ en 2017 est réservé, car il n'est pas exclu selon l'expert qu'avec le maintien de l'activité à temps complet, pour des raisons économiques, occasionnant une sur-sollicitation du dos, l'assuré fasse une décompensation et se retrouve en incapacité de travail. Toutefois, malgré la détérioration de l'état de santé sur le plan somatique entre 2013 et 2017, tant dans son rapport de 2013 que dans son rapport de 2017, le Dr D. _____ a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée légère à occasionnellement moyennement lourde avec un rendement de 80% en raison de la nécessité pour l'expertisé de faire des pauses. L'activité de chauffeur d'un véhicule adapté a été retenue comme possible tant en 2013 qu'en 2017, l'expert ayant toutefois relevé qu'un taux d'activité de 100% générerait une sur-sollicitation du dos avec une consommation accrue d'antalgiques et a préconisé en 2017 que ce taux d'activité effectif depuis mars 2015 soit abaissé. Le Dr D. _____ a certes relevé que les problèmes de dos de l'assuré avaient clairement et objectivement empiré mais cette appréciation en lien avec les plaintes de l'assuré doit aussi être relativisée par le rapport IRM du 24 octobre 2017 qui note des discopathies dégénératives en L3-L4 et L5-S1 avancées mais

peu protrusives, la recherche d'une compression radiculaire étant négative. De plus, il n'y a pas de canal étroit, de signe d'une récurrence de hernie lombaire (cf. AI pce 137 p. 6). L'expert a de même noté à l'examen clinique un bon état général (176cm/100kg/BMI 32.3), pas de déficit cognitif, d'inflammations, il n'a rien relevé de particulier à l'examen clinique neurologique, excepté des douleurs à la palpation et des restrictions de mouvement au niveau de la colonne lombaire et des membres inférieurs. Dans son complément du 16 novembre 2018, le Dr D. _____, en connaissance du rapport d'IRM du rachis lombaire du 16 mai 2018 (cf. AI pce 137 p. 5 et 7) et du rapport du Dr H. _____ du 6 juin 2018 (cf. AI pce 140 p. 3) a maintenu la teneur de son rapport du 10 novembre 2017 tout en rappelant ses réserves quant à une éventuelle détérioration *ultérieure* de l'état de santé. Il a relevé que l'examen IRM actualisé de la colonne lombaire montrait des résultats essentiellement inchangés par rapport à l'examen précédent, que le contact décrit avec la racine S1 à droite ne prouvait pas un problème radiculaire. Il a noté qu'une symptomatologie d'irritation lomboradiculaire avait été prise en compte dans l'expertise du 10 novembre 2017 comme le relâchement intermittent de la jambe droite dû à la douleur et la symptomatologie résiduelle de déficit sensitif L5. L'antélisthésis avait également été observé radiologiquement en octobre 2017 et le rapport d'examen afférent était disponible au moment de l'expertise. Dans l'ensemble, il n'y avait donc pas de nouveaux éléments médicaux importants justifiant de revenir sur les conclusions de l'expertise (AI pce 156).

Il s'ensuit de ce qui précède que les arrêts de travail établis par le médecin traitant de l'assuré pour la période d'avril à octobre 2018 ne trouvent pas de justifications dans le rapport IRM du rachis lombaire du 16 mai 2018 du Dr R. _____ (AI pce 137 p. 5 et 7), ni dans le rapport du 6 juin 2018 du Dr H. _____ (spécialiste en neurochirurgie) (AI pce 140 p. 3).

10.3.3 Le Dr E. _____ dans son rapport d'expertise du 24 novembre 2017 retient les diagnostics *sans incidence sur la capacité de travail* de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 F33.4), et de status après une consommation nocive d'alcool (CIM-10 Z10.1). En 2014, l'expert avait posé le diagnostic *avec incidence sur la capacité de travail* de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique (CIM-10 F33.00/10). Il avait relevé que le suicide de son ex-épouse en 2007 et le décès de son père en 2013 demandaient encore un travail de deuil et que la relation de l'assuré quelque peu conflictuelle avec sa nouvelle et jeune épouse avait en plus une répercussion sur l'assuré sujet à de la fatigue, à des sautes d'humeur, des sentiments de non-sens, des idées suicidaires, une surconsommation d'alcool,

bien que celui-ci ait conservé vitalité et énergie et la capacité de s'ouvrir à des centres d'intérêts. Manifestement, les éléments à la base de la fragilité psychique de l'assuré en 2014 n'ont plus été constatés en 2017 chez l'assuré actif, orienté, sans signe de déréalisation, qui a repris une activité professionnelle équilibrante depuis mars 2015, a consolidé sa relation matrimoniale et a cessé toute surconsommation d'alcool. L'expert n'a pas retenu sur le plan psychique en 2017 de diminution de la capacité de travail, alors que l'incidence des atteintes sur la capacité de travail avait été estimée en 2014 à 30% avec un pronostic d'amélioration à court et moyen terme moyennant le suivi d'un soutien médical. Le Dr E. _____ a confirmé les conclusions de son rapport du 24 novembre 2017 dans une note complémentaire du 16 octobre 2018 (AI pce 153). Rien au dossier ne permet de retenir en 2017 et ultérieurement (jusqu'à la décision attaquée du 10 décembre 2018) sur le plan psychique une diminution de la capacité de travail.

10.3.4 L'attestation du 19 décembre 2018 du Dr M. _____ (psychiatre) faisant état d'un suivi depuis le 12 décembre 2018 (« Ce patient est suivi depuis le 12/12/2018 ») pour une pathologie psychique sévère nécessitant un suivi régulier et un traitement psychotrope au long cours, l'état clinique actuel ne permettant plus à l'assuré de travailler (cf. TAF pce 1 annexe 7), n'est pas de nature à remettre en question le rapport psychiatrique du Dr E. _____ du 24 novembre 2017, confirmé le 16 octobre 2018, car des difficultés psychiatriques ayant une incidence sur la capacité de travail n'étaient pas présentes ni documentées jusqu'au moment de la décision rendue (voir ég. consid. 10.3.3). Le recourant n'a d'ailleurs pas produit de rapport psychiatrique du médecin psychiatre (Dr S. _____) qu'il a indiqué consulter une fois par mois depuis 2012 selon le rapport du Dr E. _____ (cf. AI pce 127 p. 7). Ceci a été pris en compte par l'expert. Il n'appert également pas du dossier que depuis le rapport du Dr E. _____ l'assuré ait été suivi sur le plan psychiatrique jusqu'à la décision du 10 décembre 2018.

10.4 Dans le cadre d'une révision de rente, la question est de savoir si une modification de l'état de santé, ayant une influence sur la capacité de travail, est survenue depuis la dernière décision déterminante (cf. supra consid. 8.3.1 § 2). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend ainsi 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 (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 112 V 371 consid. 2b; arrêt du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; RCC 1987 p. 36; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 31 n° 11). Dans ce contexte, il sied de relever qu'il n'appartient pas au juge de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

10.4.1 La Cour de céans constate de ce qui précède que les déterminations des experts, spécialistes en leur domaine respectif, sont étayées, prenant en compte leurs constatations antérieures de 2013 et 2014, leurs constats actuels en 2017, l'activité lucrative exercée de mars 2015 à avril 2018, l'évolution des atteintes et la discussion de celles-ci, les plaintes de l'expertisé. La logique est constante, de même que l'argumentation en relation avec la documentation médicale au dossier est exempte de contradictions. Les déterminations sont établies en pleine connaissance de l'anamnèse. Les conclusions des experts sont motivées, de sorte qu'il peut être reconnu pleine valeur probante aux rapports des experts de 2017, confirmés par eux-mêmes sur dossier en octobre et novembre 2018 à la suite de la soumission de documents médicaux ultérieurs à leurs rapports de 2017, dont il ressort au final une diminution de la capacité de travail de l'assuré de 20% sur un 100% pour des raisons somatiques uniquement dans des activités légères à occasionnellement moyennement lourdes prenant en compte les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D. _____, à savoir des activités sans travail au-dessus de la tête, en position penchée, agenouillée ou accroupie, nécessitant de tirer ou pousser, en torsion du tronc. L'expert a noté la nécessité de pouvoir faire des pauses pour toutes activités, correspondant à un 20% du temps de travail. L'assuré ayant une activité à 100% de chauffeur de bus particulièrement éprouvante (cf. Al pce 128 p. 7) n'ayant pas fait l'objet de mesures d'adaptation, l'expert a retenu qu'il y avait une sur-sollicitation du dos compensée par des doses élevées d'antalgiques, d'un point de vue médical non raisonnables. Sur le plan psychiatrique, une amélioration de santé est manifeste, le Dr E. _____ n'ayant plus retenu d'atteintes à la santé invalidantes.

Certes, il n'y a pas d'amélioration de santé *sur le plan somatique* en novembre 2017, une détérioration est même constatée. Toutefois celle-ci est due à une sur-sollicitation du dos de l'assuré invité à réduire son activité de 20% sur un temps plein afin de pouvoir prendre des pauses et soulager son dos (cf. Al pce 126 p. 22 et 28). L'expertise de 2013 du Dr D. _____ avait déjà préconisé une activité lucrative adaptée légère à occasionnellement moyennement lourde prenant en compte une diminution de rendement de 20%. Comme il l'a été indiqué (cf. supra consid. 7.3.1), le constat

d'une détérioration de santé ne justifie pas en soi de retenir une diminution de la capacité de travail et de gain. Sont plutôt déterminantes son incidence sur la capacité de travail et aussi les possibilités d'en diminuer l'incidence par des mesures appropriées comme l'aménagement de pauses au cours d'une journée de travail entière permettant d'apaiser le corps de sollicitations trop importantes.

10.4.2 La valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de novembre 2017, complétée des déterminations sur dossier des experts des 16 octobre et 16 novembre 2018, ayant été établie, il convient d'examiner les griefs du recourant à l'encontre de la décision résultant notamment des rapports médicaux produits avec ses écritures, le recourant n'ayant pas concrètement contesté l'expertise bidisciplinaire.

10.4.2.1 Le recourant a essentiellement fait valoir n'être en aucun cas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle du fait de ses atteintes à la santé (TAF pce 1). Il invoque, d'une part, une période d'incapacité de travail à 100% du 27 avril 2018 au 5 octobre 2018 figurant au dossier prise en compte par l'assureur perte de gain (AI pce 149 p. 9), et, d'autre part, une incapacité de travail à compter du 12 décembre 2018 selon le Dr G. _____ (médecin généraliste traitant) et le Dr M. _____ (psychiatre) (TAF pces 1 annexes).

10.4.2.2 Du fait même de l'activité de chauffeur de bus exercée par l'assuré depuis le 23 mars 2015 à 100% qui s'est poursuivie au-delà du jour des consultations auprès des experts (17 et 25 octobre 2017) jusqu'au 26 avril 2018, le bien-fondé de la décision attaquée ne saurait être discuté jusqu'à cette date.

A compter du 27 avril 2018, le recourant a été déclaré en incapacité de travail à 100% jusqu'au 5 octobre 2018 par son médecin traitant et a bénéficié d'indemnités journalières perte de gain (AI pces 137 p. 3, 138, 149 p. 3, p. 9). L'incapacité de travail paraît avoir perduré au-delà de cette date (cf. AI pces 149 p. 1, 161) mais n'est pas clairement documentée au dossier. L'incapacité de travail depuis le 27 avril 2018 ne trouve cependant pas de justification auprès des experts les Drs D. _____ et E. _____ qui dans leurs compléments d'expertise d'octobre et novembre 2018 ont confirmé leurs conclusions de novembre 2017 (cf. consid. 10.3.2 s.).

Cela dit, jusqu'à la date de la décision attaquée du 10 décembre 2018, le recourant n'a pas fait valoir de rapports médicaux s'opposant au bien-fondé de la décision de suppression de rente.

11.

Il reste à déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure au 1^{er} mars 2015 (révision du droit à la rente prenant en compte notamment une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20% au lieu de 30%) est conforme au droit et justifie la suppression du quart de rente, indépendamment du fait que l'assuré ait travaillé à un taux de 100% sans diminution de rendement, taux jugé trop élevé par le Dr D. _____ du fait d'entraîner une sur-sollicitation du dos et une consommation d'antalgiques nuisible à la santé de l'assuré.

11.1 Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés ayant exercé précédemment une activité à plein temps, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA).

11.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la révision théorique du droit à la rente, soit in casu – comme l'a retenu l'OAI-C – le 23 mars 2015, date retenue du fait de la prise effective d'emploi à 100%. En outre, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174 consid. 4a).

11.3

11.3.1 Les revenus doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré après et avant la survenance de l'invalidité. À défaut d'un salaire de référence de personne valide dans des rapports de travail stables mettant pleinement en valeur la capacité de travail de l'assuré, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou si les circonstances le justifient et le permettent sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 129 V 472, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). En cas de perte d'emploi due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi

sur la base de valeurs moyennes (arrêts du TF 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1, 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1, 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités; cf. aussi arrêts 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1 et 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêts du TF 9C_500/2020, loc. cit., 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références).

Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité de travail, respectivement sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (cf. arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4, 142 V 178 consid. 2.5.8.1; arrêts du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1). Sont déterminantes les données publiées au moment de la décision attaquée et non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les réf.).

11.3.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé ou ne pouvant être pris en considération du fait de ne pas correspondre à la capacité résiduelle de travail exigible de l'assuré, la jurisprudence admet pour le revenu d'invalide la référence au groupe des tableaux « A », correspondant aux salaires bruts standardisés, de l'ESS (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa; arrêt du TF 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé) (ATF 126 V 75 consid. 7a; arrêt du TF 8C_124/2021 cité consid. 4.4.2; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 28a n° 80).

11.3.3 L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale

supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) – et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation.

11.3.4 S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, la comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du TF 9C_606/2019 du 20 mai 2020 consid. 6.2.1).

11.3.5 La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1) qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. notamment arrêts du TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3, 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2, 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, mais il ne faut pas non plus poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (arrêts du TF 8C_240/2021 loc. cit., 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2). L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles et correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

11.4 En l'espèce, il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de l'assuré au 23 mars 2015 à l'aune d'une capacité de travail sur un plein temps avec une diminution de rendement de 20% permettant de faire des pauses dans une activité adaptée de type légère à occasionnellement moyennement lourde, sans travaux répétitifs au-dessus de la tête, ni position penchée, agenouillée ou accroupie, sans nécessité de tirer ou pousser, de positions en porte-à-faux (cf. AI pce 126).

11.4.1 Conformément à la jurisprudence (cf. consid. 11.3.1), vu le licenciement de l'assuré pour des raisons économiques et non de santé au 30

novembre 2010 (cf. supra A.a), il convient pour la détermination du nouveau taux d'invalidité d'établir le revenu sans invalidité de l'assuré selon l'ESS 2014 TA1_tirage_skill_level indexé 2015. Il s'établit pour les hommes selon la branche 49-52 « Transp. terrestres, par eau, aériens; entreposage » niveau de qualification 2 (Tâches pratiques [...] telles la conduite de véhicules; voir aussi arrêts du TF 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1, 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3) en 2014 à 5'742.- francs par mois pour 40 h./sem., soit par année à 68'904.- francs et pour 42.4 h./sem. (temps de travail usuel des branches précitées en 2014 et 2015) à 73'038.24 francs. Indexé 2015 (+0.5% selon les branches précitées [T1.10]), ce montant s'élève à 73'403.43 francs.

11.4.2 Pour l'établissement du revenu avec invalidité en 2015, il y a lieu de se référer au revenu de l'ESS 2014 table TA1_tirage_skill_level, toutes branches confondues, « homme », indexé 2015 (+ 0.4% en 2015 [Table T1.10]). Le revenu mensuel brut (valeur centrale), toutes branches confondues, du secteur privé pour les hommes du niveau de qualification 1 (Tâches physiques ou manuelles simples) est de 5'312.- francs par mois pour 40 h./sem. et de 5'537.76 francs par mois pour un temps de travail de 41.7 h./sem. (durée de travail hebdomadaire moyenne 2015). Il en résulte un montant de 66'453.12 francs par année en 2014 et de 66'718.93.- francs en 2015 (+0.4%) pour une activité à 100% et de 53'375.14 francs pour une activité à 80%.

11.4.3 L'OAI-BS, respectivement l'OAIE, a effectué un abattement sur le revenu avec invalidité de 5% pour raison de limitations fonctionnelles (cf. AI pce 160 p. 5). Dans la mesure où le recourant (47 ans en mars 2015) peut exercer une activité adaptée à 100% avec une diminution de rendement de 20% prenant en compte les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr D._____, l'abattement de 5% pour raison de limitations fonctionnelles n'est pas justifié car les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans la diminution de rendement de 20% (arrêts du TF 9C_232/2019 du 26 juin 2019 consid. 3.1, 9C_122/2017 du 20 décembre 2017 consid. 4.1, 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 9.2, 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2).

Dans le cadre de la précédente décision d'octroi de rente, l'autorité inférieure avait considéré comme motifs d'abattement, après la prise en compte d'une activité exercée à 70%, une activité exercée avec des limitations fonctionnelles et à temps partiel. Elle avait ainsi retenu un abattement de 15% (AI pce 102 p. 5). Il n'y a toutefois pas lieu de prendre en compte in casu en tant que motif d'abattement une activité à temps partiel

par hypothèse exercée à 80%. En effet, si un travail à temps partiel peut être synonyme pour certains emplois d'une perte de salaire plus que proportionnelle pour les travailleurs de sexe masculin par rapport à une activité exercée à plein temps (cf. arrêts du TF 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.1, 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2, 8C_482/2016 du 15 septembre 2016 consid. 5.4.3), une perte de salaire plus que proportionnelle ne se vérifie statistiquement pour des « activités sans fonction de cadre » que si elles sont exercées à un taux égal à 50% ou égal ou inférieur à 74%, et de façon plus marquée pour des activités exercées à un taux égal ou inférieur à 49%. Pour des activités exercées à un taux de 75% à 89%, la différence par rapport à un taux d'activité de 90% à 100% est peu marquée, voire inexistante (voir arrêts du TF 9C_10/2019 cité consid. 5.2.1, 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2; ESS 2012-2018 T18 « Salaires mensuels bruts [valeur centrale] selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe »). Pour déterminer si un abattement doit être retenu, il sied de se référer au Tableau T18 de l'ESS 2014 (cf. arrêt du TF 9C_488/2021 du 10 janvier 2022 consid. 3.2.2). Il résulte de ce tableau que, pour l'année 2014, le revenu « activités sans fonction de cadre » des hommes au taux d'activité de 90-100% était par mois de 6'069.- francs et celui des hommes au taux de 75-89% de 6'388.- francs pour un équivalent plein temps basé sur 4 1/3 semaines à 40 h. de travail, soit une différence statistique de 319.- francs en défaveur du revenu à plein temps, ne justifiant en aucun cas un abattement. Ainsi, in casu, le revenu avec invalidité de 53'375.14 francs pour un taux de rendement de 80% sur un temps plein, fondé sur le Tableau TA1 tirage_skill_level (cf. supra consid. 11.4.2) doit être retenu comme déterminant.

11.4.4 Par comparaison des revenus sans et avec invalidité de respectivement 73'403.43.- francs et 53'375.14 francs, le degré d'invalidité s'élève à 27% ($[73'403.43 - 53'375.14] : 73'403.43 \times 100 = 27.28\%$). Il n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. On relèvera que même le revenu d'invalidé prenant en compte un rendement de 80% (CHF 53'375.14 [cf. consid. 11.4.2]) avec la reprise d'un abattement de 15 % comme pour la précédente décision (AI pce 102 p. 5) pour le présent calcul du taux d'invalidité (CHF 53'375.14 - 15% = CHF 45'368.86) fonderait un taux d'invalidité de 38% ($[73'403.43 - 45'368.86] : 73'403.43 \times 100 = 38.19\%$) n'ouvrant pas le droit à une rente. L'absence de formation dans une autre profession ne constitue pas un critère d'abattement du revenu statistique. La valeur statistique utilisée (ESS 2014 TA1 niveau de qualification 1) s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités physiques ou manuelles simples; elle recouvre un large éventail d'activités va-

riées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (p. ex. arrêt du TF 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3).

11.5 Vu ce qui précède c'est à juste titre que l'OAIE a retenu une incapacité de travail de 20%, respectivement une capacité de travail résiduelle en mars 2015 de 80% ne justifiant plus l'octroi d'une rente d'invalidité et dès lors la suppression à partir du 31 janvier 2019 du quart de rente précédemment alloué. Cette suppression de rente aurait pu intervenir au 31 mars 2015, voire au 30 juin 2015 (art. 88a al. 1 RAI), indépendamment de la question de l'effectivité d'une activité à 100% à compter du 23 mars 2015 (cf. consid. 12).

12.

12.1 Il ressort du texte légal de l'art. 17 LPGA que la révision d'une rente en cours fondée sur un changement de circonstances s'opère « pour l'avenir ». Selon la jurisprudence, l'expression « pour l'avenir » est comprise comme signifiant que la rente est adaptée au moment de la décision ; cela se justifie par le fait que l'assuré qui se comporte de manière correcte doit pouvoir compter sur le fait qu'une suppression ou une réduction ne sera pas rétroactive, mais seulement pour l'avenir (ATF 145 V 141 consid. 7.3.2, 140 V 65 consid. 3.3 en référence à l'ATF 133 V 67 consid. 4.3.5). En cas de violation de l'obligation de renseigner (cf. art. 31 LPGA, 77 RAI), il est cependant généralement admis que l'adaptation de la rente prend effet au moment où le devoir d'annoncer a été violé car l'annonce d'un changement important est l'expression du principe de la bonne foi entre administration et administré (ATF 140 IV 11 consid. 2.4.5 p. 17 et les références). Le Tribunal fédéral a jugé que selon la systématique de la loi, en cas de violation de l'obligation de communiquer toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi des prestations au sens de l'art. 31 al. 1 LPGA, la diminution ou la suppression de la rente – respectivement l'obligation de restituer les prestations indues – prend effet rétroactivement au moment où s'est produit le changement de circonstances pertinent pour la révision ("ab dem Zeitpunkt der Verwirklichung des (...) Revisionstatbestandes") (ATF 145 V 141 consid. 7.3.8; voir ég. THOMAS FLÜCKIGER, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger, ATSG-Kommentar, 2020, art. 17 n° 65; UELI KIESER, in: ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 17 n° 68 et art. 31 n° 25 ss). Ceci est expressément prévu par l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI en matière d'assurance-invalidité. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif ; d'après une jurisprudence

constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a; arrêt du TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 6.1). Il serait choquant qu'une personne n'ayant pas annoncé à l'autorité inférieure, en violation du principe de la bonne foi, un changement de circonstances influençant son droit aux prestations, puisse continuer à bénéficier de telles prestations sans autres conséquences. Si tel était le cas, elle serait ainsi mieux lotie qu'une personne assurée ayant satisfait à son obligation d'aviser, ce qui contreviendrait de manière crasse au principe de l'égalité de traitement (arrêt du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 6.2).

12.2 Dans sa décision du 10 décembre 2018, l'OAIE a supprimé la rente de l'assuré en application de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI au 31 janvier 2019, soit le 1^{er} jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Il n'a par ailleurs pas réservé une suppression ex tunc (effet rétroactif) et/ou une décision de restitution de rentes indûment versées. Or, il appert du dossier, que l'OAI-C aurait pu supprimer la rente de l'assuré avec effet rétroactif en mars 2015, vu la prise d'emploi à 100% le 23 mars 2015. Ceci en application de l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI au termes de laquelle la rente peut être supprimée rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, (...) s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. Selon l'art. 77 RAI, l'ayant droit doit en effet communiquer immédiatement à l'office AI tout changement qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail. Il sied de relever que la décision du 24 novembre 2014 accordant à l'assuré un quart de rente à compter d'août 2012 était complétée de l'information selon laquelle l'assuré devait annoncer toute modification du revenu provenant de l'exercice d'une activité lucrative, de la capacité de travail et de l'état de santé (AI pce 108 p. 34). L'assuré ne s'est pas conformé à cette obligation.

12.3 L'OAI-C ayant initié une révision de rente a eu connaissance de l'exercice par l'assuré d'une activité lucrative pour la première fois par le courrier de ce dernier du 13 octobre 2016, reçu le 17 octobre suivant, et a été en possession de toutes les données nécessaires à une suspension de rente à la réception du questionnaire de l'employeur du 27 décembre 2016 (activité de chauffeur à un taux d'activité de 100%). Dès lors, l'OAI-C aurait pu procéder dès janvier 2017 à une suspension ex nunc du quart de rente alloué, en tant que mesure provisionnelle en observant son droit d'être entendu (cf. art. 55 LPGA renvoyant à l'art. 56 PA; arrêts du TF 9C_45/2010

du 12 avril 2010 consid. 2, 9C_867/2012 du 17 avril 2013 consid. 2 avec les réf.; arrêt du TAF C-4215/2012 du 27 août 2013 consid. 4; VALTERIO, Commentaire LAI, art. 31 n° 10). Le dossier ne permet pas de comprendre pourquoi l'OAI-C n'a pas procédé à une suspension. En outre, il convient de relever qu'à la réception des rapports d'expertise (AI pces 127 s.) en novembre 2017, l'OAI-C en outre a eu connaissance de l'évaluation par les experts de la capacité de travail résiduelle significative du recourant (capacité de travail de l'assuré de 80% et non plus de 70% dans une activité adaptée à compter de mars 2015). Or, cette constatation n'a pas non plus conduit à une suspension immédiate de la rente sans qu'apparaissent de justifications.

12.4 En n'ayant dans sa décision du 10 décembre 2018 pas supprimé la rente avec effet rétroactif au 31 mars 2015, l'OAIE a toutefois agi, pour la période du 23 mars 2015 à novembre 2017, en conformité de l'art. 25 al. 2 LPGA, dans sa teneur au 10 décembre 2018. Aux termes de l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution [de prestations indues] s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Or, en l'espèce, fin décembre 2016, l'OAI-C était en connaissance de l'activité de chauffeur de bus à 100% exercée depuis le 23 mars 2015 et en novembre 2017 de l'évaluation médico-théorique que la rente était indument versée depuis la prise d'emploi de mars 2015. La décision du 10 décembre 2018 était ainsi hors le délai d'une année à compter de décembre 2017 pour exiger une restitution de rente depuis la prise d'emploi jusqu'au 10 décembre 2017. S'agissant par contre de la période du 11 décembre 2017 à avril 2018 le délai d'un an s'est périmé dans l'intervalle; un renvoi à l'instance inférieure afin qu'elle demande la restitution des rentes versées pour cette période ne serait donc pas pertinent. Pour la période du 27 avril 2018 jusqu'au moment de la décision attaquée, une restitution de rente n'est pas justifiée non plus au vu des appréciations médicales des experts qui n'ont confirmé qu'en novembre 2018 (dernier complément d'expertise du 16 novembre 2018) une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, fondant ainsi une suppression de rente ex nunc en conformité de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI.

12.5 Vu ce qui précède, la suppression de rente en application de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI au 31 janvier 2019, soit le 1^{er} jour du deuxième mois qui a suivi la notification de la décision, peut être confirmée au vu des circonstances.

13.

Dans le cadre de son recours, l'assuré a produit des rapports médicaux qui laissent envisager une éventuelle dégradation de son état de santé ultérieurement à la décision attaquée (nouveau cas d'assurance). Le Dr D. _____ (expert rhumatologue) et le Dr F. _____ du SMR avaient expressément réservé une éventuelle dégradation de santé de l'assuré. En l'occurrence, l'assuré avec son recours et ses écritures ultérieures a fait valoir une baisse nette de sa santé psychique depuis le 12 décembre 2018 et avoir subi une intervention chirurgicale au niveau L1-L2-L3 le 8 avril 2019 (cf. TAF pce 12 annexes). Pour ce motif, l'OAIE, respectivement l'OAI-C, est invité à considérer les documents médicaux produits dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 1, 7, 12, 20 et 24) en tant que dépôt d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité au jour du dépôt du recours, soit le 7 janvier 2019. Il appartiendra à l'administration d'examiner la justification d'une éventuelle entrée en matière compte tenu de la dégradation de santé alléguée depuis le 12 décembre 2018. Dans le cadre de ses démarches, elle invitera aussi l'assuré à donner toutes informations utiles quant aux prestations perçues de l'assurance chômage française dont il a fait état dans son courrier au Tribunal du 6 octobre 2021 (cf. TAF pce 24).

14.**14.1**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800.- francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

14.2 Il n'est alloué de dépens ni au recourant vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 *a contrario* PA et art. 7 al. 1 *a contrario* et al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il est perçu des frais de procédure d'un montant de 800.- francs compensés avec l'avance de frais du même montant versée par le recourant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Les rapports médicaux adressés au Tribunal par le recourant avec ses écritures (TAF pces 1, 7, 12, 20 et 24) sont transmis à l'autorité inférieure en tant que nouvelle demande de prestations AI déposée le 7 janvier 2019.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (Recommandé ; n° de réf. ___ ; annexes : TAF pces 1, 7, 12, 20 et 24 et leurs annexes d'ordre médical)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

Les voies de droit figurent sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Beat Weber

Pascal Montavon

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 :