



## Arrêt du 15 février 2017

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Michael Peterli, Caroline Bissegger, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, France  
représenté par Syndicat UNIA, 1211 Genève 13,  
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 de la rente (décision du 3 mars  
2015).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré ou recourant), ressortissant suisse né le 25 janvier 1976 et père de trois enfants nés en 2000, 2002 et 2006, touche depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 une rente d'invalidité entière pour lui-même et ses enfants au motif d'une pneumocystose grave et d'une infection VIH au stade SIDA (cf. décision du 22 août 2013 [AI pce 32]). Possédant un certificat d'aptitude professionnelle de métallurgie (AI pce 18 p. 1), l'assuré a auparavant travaillé comme monteur en chauffage (cf. questionnaire pour l'employeur signé le 24 octobre 2012 [AI pce 8]).

**B.**

En juin 2014, l'Office cantonal (ci-après : OAI) entame d'office une révision de la rente de l'assuré (AI pce 34). Dans le cadre de cette procédure, sont versés les documents suivants :

- le questionnaire de la révision de la rente signé le 16 juin 2014 (AI pce 34),

le rapport médical du 15 septembre 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_, responsable du service d'infectiologie, qui a observé le 2 mai 2014 un état stable et qui atteste une incapacité totale d'exercer l'ancienne activité mais une capacité résiduelle de travail de 80% avec un rendement de 80% dans une activité ne nécessitant notamment pas d'effort physique (AI pce 37),

- le résultat des examens du 16 septembre 2014, signé du Dr B.\_\_\_\_\_, relevant un syndrome restrictif séquellaire de pneumocystose et pneumothorax stabilisé, une saturation d'oxygène au repos normale et une limite des efforts à la montée d'un étage, en partie majorée par le déconditionnement physique de l'assuré (AI pce 40).

Invité à prendre position sur les pièces médicales, le Dr C.\_\_\_\_\_ du service médical régional de l'assurance-invalidité médicale (ci-après : SMR) retient dans son avis du 23 octobre 2014 que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et qu'il présente depuis mai 2014 une capacité résiduelle de travail de 80% avec un rendement de 80% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr B.\_\_\_\_\_. Etant donné l'important déconditionnement physique de l'assuré, il conseille de présenter l'affaire à la permanence de réadaptation (AI pce 41).

L'OAI note ensuite que l'assuré n'a pas droit à des mesures d'ordre professionnels (AI pce 42) et détermine un taux d'invalidité de 53.9% (calcul du 21 novembre 2014 [AI pce 43]).

**C.**

Par projet de décision du 26 novembre 2014, l'OAI informe l'assuré qu'il entend remplacer la rente entière par une demi-rente (AI pce 44).

**D.**

L'assuré conteste ce projet le 10 décembre 2014. Il avance que selon le Dr B.\_\_\_\_\_ il ne peut plus reprendre son ancienne activité mais qu'il aimerait exercer une activité plus légère, dans un premier temps à 30%, à partir de mars 2015 car il souffre de nouveau d'une infection pulmonaire (AI pce 46). Il verse au dossier les nouveaux rapports suivants :

- le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2014 qui remarque que l'état actuel de l'assuré n'autorise pas une poursuite de son travail initial mais qu'une reprise de travail adapté peut être envisagée de façon progressive et que le taux maximum est de 50 à 70% (AI pce 47 pp. 1 et 2),
- le rapport du 10 décembre 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui certifie que l'état de santé de son patient autorisera la reprise d'un travail léger à 30% à compter du 9 mars 2015 (AI pce 47 p. 3).

**E.**

Le Dr C.\_\_\_\_\_, invité à se déterminer sur les nouveaux rapports médicaux, confirme le 25 janvier 2015 son avis précédent, avançant notamment que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une nouvelle affection ou d'un fait nouveau et qu'il a lui-même tenu compte d'un taux de travail progressif ayant recommandé des mesures de réinsertion auxquelles l'assuré n'a pas droit en tant que frontalier et que le taux de la capacité de travail de 50 à 70% attesté par le Dr B.\_\_\_\_\_ est respecté par une capacité résiduelle de travail retenue de 80% avec un rendement de 80%, équivalant à une moyenne de 64% (AI pce 49).

**F.**

Le 26 février 2015, l'OAI informe l'assuré que la Caisse Suisse de compensation lui fera parvenir une décision sujette à recours (AI pce 52).

**G.**

Par décision du 3 mars 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) remplace la rente d'invalidité entière de l'assuré par une demi-rente à compter du premier jour du 2<sup>e</sup> mois qui suit la notification de cette décision (AI pce 53).

**H.**

Le 9 avril 2015, l'épouse de l'assuré écrit à l'OAI et demande de prendre en considération que son mari ne se sent pas capable de reprendre un travail et que son état de santé s'est aggravé, ayant dû être hospitalisé d'urgence le 5 avril 2015 pour une pneumopathie sévère. Elle demande si ces derniers éléments ouvrent des nouveaux droits à son mari (AI pce 54). A son courrier elle joint un bulletin de situation du 7 avril 2015, faisant état de l'entrée de l'assuré le 5 avril 2015 (AI pce 55).

Le 24 avril 2015, l'OAIE transmet ce courrier au Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) pour compétence (TAF pce 1 annexe).

**I.**

Sur invitation du TAF (TAF pce 2), le recourant verse encore au dossier le rapport médical du 18 mai 2015 du Dr B. \_\_\_\_\_ relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 5 au 17 avril 2015 au motif d'une détresse respiratoire et de fièvre. Le médecin conclut qu'il s'agissait d'une nouvelle complication infectieuse à mycobactium intracellulare survenue dans un contexte de baisse de l'immunité liée au virus VIH et que l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 5 avril 2015 pour une durée minimum de 3 mois, au-delà, la reprise de travail sera fonction de l'évolution clinique, radiologique et bactériologique (TAF pce 4 annexe). L'assuré produit également un certificat médical du 27 mai 2015 établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ qui fait état d'une aggravation importante de l'état de son patient et qui atteste une incapacité de travail totale (TAF pce 5 annexe). Le recourant dans son courrier du 2 juin 2016 maintient que son état de santé ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle (TAF pce 5).

**J.**

Dans la réponse du 24 août 2015, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'appuie sur la prise de position du 20 août 2015 de l'OAI qui en substance argue d'une part, que la nouvelle infection pulmonaire est un fait survenu postérieurement à la période litigieuse qui ne peut pas être pris en considération dans la présente cause et que, d'autre part, l'assuré n'a pas apporté la preuve que la nouvelle aggravation soit durable au sens de l'art. 88a al. 2 RAI. Le

Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR estime dans son avis du 3 août 2015 qu'il faut se tenir aux conclusions précédentes pour la période antérieure à l'aggravation d'avril 2015 et que cette dernière n'est vraisemblablement pas durable (TAF pce 7 et annexes).

**K.**

Par courrier du 2 septembre 2015, l'épouse de l'assuré informe que son mari a de nouveau dû être hospitalisé. Elle joint un bulletin de situation du 2 septembre 2015 qui fait état de l'entrée de l'assuré le 30 août 2015 (TAF pce 9 et annexe).

**L.**

Le recourant s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 8, 10 et 11).

**M.**

Dans sa réplique du 27 septembre 2015, le recourant maintient sa position, avançant essentiellement que son état reste instable, qu'il a nécessité plusieurs séjours hospitaliers avec des traitements lourds ce qui fragilise sa santé, qu'il souffre également de tachycardie (cf. annexe 15) et que ses médecins estiment qu'il n'est pas capable de reprendre le travail pour une durée indéterminée. Il soulève également qu'étant en incapacité de travail totale depuis le 5 avril 2015, il a droit à une prestation transitoire sous forme de rente conformément à la communication mentionnée dans la décision attaquée. Par ailleurs, il remarque que sur le plan financier et moral sa situation est inquiétante (TAF pce 12). Il verse au dossier les nouveaux documents suivants :

- le bulletin de situation du 17 avril 2015 (annexe 5),
- différentes prolongations d'arrêt de travail des 1<sup>er</sup> avril, 7 juin, 5 août et 3 décembre 2014 ainsi que des 7 février, 5 mars, 30 avril et 8 juillet 2015, signées par le Dr D. \_\_\_\_\_ (annexes 6, 7, 9 à 14),
- le certificat du 9 septembre 2015, établi par la Dresse E. \_\_\_\_\_ (annexe 4),
- le rapport médical du 18 septembre 2015 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui fait notamment état des différents bilans réalisés en décembre 2014 et après les hospitalisations du 5 au 17 avril 2015 et du 30 août au 4 septembre 2015 (annexe 2),

- l'attestation pour une consultation fixée au 28 octobre 2015 auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, chef du service de cardiologie (annexe 15).

Le 19 octobre 2015, le recourant produit encore un certificat du 14 octobre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ (TAF pce 14 et annexe).

#### **N.**

Dans sa duplique du 3 novembre 2015, l'OAIE réitère ses conclusions précédentes se basant sur la prise de position du 29 octobre 2015 de l'OAI qui à l'appui de l'avis du 16 octobre 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_ avance essentiellement que les nouvelles pièces médicales produites ne permettent pas de modifier son appréciation (TAF pce 18 annexes).

#### **O.**

Par courrier du 30 novembre 2015, le recourant verse au dossier des photos de ses jambes qui selon lui ne guérissent pas et remarque que dans ces conditions il ne voit pas comment reprendre un travail. Il souligne de plus qu'il est très inquiet pour sa famille (TAF pce 20 et annexe).

#### **P.**

Dans ses remarques du 9 décembre 2015, le recourant désormais représenté par UNIA qui a pris connaissance du dossier (cf. TAF pce 16 annexes et pce 17), conclut, sous suite de dépens et frais, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 5 avril 2012, subsidiairement à ce que le courrier de l'épouse de l'assuré du 9 avril 2015 soit considéré comme une demande de révision de la décision de l'OAIE en ce sens qu'une pleine rente lui soit accordée dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 et pour une durée indéterminée et plus subsidiairement encore à ce que des mesures professionnelles soient accordées à l'assuré. Il fait grief que les médecins du SMR ne tiennent aucunement compte des avis des médecins du recourant et qu'ils les ont écartés sans même examiner le recourant en personne (TAF pce 22). Comme nouveau document, il verse encore au dossier notamment les courriers des 30 septembre, 13 et 19 octobre 2015 concernant la résiliation du contrat de travail par l'employeur avec effet au 31 octobre 2015 (annexes 29a à 29d).

#### **Q.**

Par prise de position du 21 janvier 2016, l'OAIE maintient ses conclusions. L'OAI dans son avis du 18 janvier 2016 précise que les rapports médicaux du SMR au sens de l'art. 49 al. 3 RAI ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales sans

que cela implique qu'ils soient démunis de toute valeur probante (TAF pce 24).

#### **R.**

Dans ses observations du 29 janvier 2016, le recourant persiste intégralement dans ses conclusions, renvoyant aux nombreux rapports des Drs D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ qui attestent selon lui une incapacité de travail totale ainsi qu'une péjoration de l'état de santé depuis mars 2015 (TAF pce 26).

#### **S.**

Par courrier du 28 novembre 2016 adressé à l'OAIE, le recourant vient aux nouvelles dans son dossier. Il fait état d'une nouvelle hospitalisation en juin 2016 et estime qu'il ne pourra plus jamais reprendre son travail car il a des séquelles irréversibles. Il souligne encore une fois sa situation financière dramatique. Comme nouvelles pièces il verse des bulletins de situation des 4 septembre 2015 ainsi que des 28 juin et 8 juillet 2016 faisant état d'hospitalisations du recourant (TAF pce 30 et annexes).

Le 22 janvier 2017, le recourant informe d'une nouvelle hospitalisation et produit un bulletin de situation du 11 janvier 2017 (TAF pce 32 et annexes).

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de ceans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

**1.2** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

**1.3** Le recourant a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.4** En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). A juste titre, l'OAIE a transmis au TAF le recours adressé à l'OAI le 24 avril 2015 (cf. art. 8 al. 1 PA). Par ailleurs, le recourant s'est dûment acquitté de l'avance de frais de procédure (cf. art. 63 al. 4 PA). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

## **2.**

En vertu de l'art. 88 al. 1 RAI du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), la procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Selon l'art. 40 al. 2 RAI, l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier.

Dans le cas concret, l'OAI est compétent pour mener l'instruction de la révision de la rente de l'assuré, celui-ci ayant travaillé en tant que frontalier dans le canton de Genève (AI pce 8) et habitant toujours dans la zone frontalière, n'ayant pas changé de domicile depuis l'instruction initiale de sa demande de prestation (cf. AI pces 1 et 34).

Aux termes de l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

## **3.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, 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<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

#### 4.

**4.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, la diminution de la rente d'invalidité du recourant ayant été prononcée par décision du 3 mars 2015, les dispositions légales en vigueur jusqu'à cette date sont applicables. Du reste, cette date marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1, 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

**4.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant suisse vit en France et a été assuré en Suisse de nombreuses années (cf. extrait du compte individuel du 16 juin 2014 [AI pce 33]). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du

Tribunal fédéral 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

## 5.

L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 3 mars 2015 par laquelle l'OAIE a remplacé avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015 le droit du recourant à une rente d'invalidité entière par une demi-rente au motif que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré lui permettant d'exercer une activité adaptée à 80% avec un rendement diminué de 20%. Il sied donc d'examiner si cette réduction de la rente d'invalidité est justifiée, le recourant concluant à titre principal à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 30 avril 2015.

## 6.

**6.1** L'invalidité au sens de la LAI et LPGA est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Le terme de l'incapacité de gain implique qu'en droit suisse, la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b).

De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**6.2** Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait

obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité; cf. art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le degré d'invalidité. Il s'agit de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

**6.3** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à compter de l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004, indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 10 al. 1 du règlement n° 1408/71 [ATV 130 V 253 consid. 2.3] et art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

**6.4** Au sens de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants. Il s'agit des enfants des père et mère, des enfants adoptés ou recueillis et des enfants trouvés (cf. art. 25 al. 1 à 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) qui ont droit aux prestations jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans révolus dans le cas où ils suivent une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 LAVS).

## **7.**

**7.1** En principe, 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, réduite ou supprimée, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

**7.2** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la

diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et références citées cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

**7.3** Un motif de révision au sens de la loi doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, *in* Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

**7.4** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

## **7.5**

**7.5.1** Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain 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.

**7.5.2** Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> RAI est toutefois applicable par analogie. Au sens de cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une

incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

En vertu du renvoi de l'art. 88a al. 2 RAI, l'art. 29<sup>bis</sup> RAI déploie des effets dans le cadre d'une révision de rente et l'art. 88a al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase RAI doit céder le pas à l'art. 29<sup>bis</sup> RAI lorsque, lors d'une aggravation de la même atteinte à la santé, l'application par analogie de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI conduit à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois (RCC 1990 p. 38 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3087 pp. 837 s. ; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3<sup>ème</sup> édition 2014, art. 29 ch. 25 s. p. 414 s.).

De plus, il sied de remarquer que l'art. 88a al. 2 RAI, contrairement à l'art. 88a al. 1 RAI, ne présuppose pas que l'aggravation de l'état de santé perdure (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_530/2012 du 21 septembre 2012 consid. 5.2).

## 7.6

**7.6.1** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre notamment des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_800/2014 et 9C\_811/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5). Aux termes de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, à savoir l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et le service de placement. Ces prestations sont déterminées dans les art. 15 ss LAI.

**7.6.2** L'art. 9 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise les conditions d'assurance que la personne assurée doit remplir pour avoir droit à des mesures de réadaptation : le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. En conséquence, en principe, dès qu'une personne n'est plus assurée à l'AVS/AI suisse, notamment parce qu'elle ne vit pas en Suisse et n'y travaille plus (cf. art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), elle perd son droit aux mesures de réadaptation. L'ALCP prévoit une clause de prolongation d'assurance qui maintient, à certaines conditions, l'assujettissement à l'AVS/AI suisse (cf. MICHEL VALTERIO, ch. 1348 p. 372). Ainsi, en vertu du point 8 de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP, déterminant en l'occurrence (cf. consid. 4.2 ci-dessus), lorsqu'une personne qui exerçait en Suisse une activité lucrative salariée ou non salariée couvrant ses besoins vitaux a dû cesser son activité suite à un accident ou une maladie et qu'elle n'est plus soumise à la législation suisse sur l'assurance-invalidité, elle est considérée comme couverte par cette assurance pour l'octroi de mesures de réadaptation jusqu'au paiement d'une rente d'invalidité ainsi que durant la période pendant laquelle elle bénéficie de ces mesures, à condition qu'elle n'ait pas repris une nouvelle activité hors de Suisse. Le Tribunal fédéral a précisé qu'un travailleur frontalier qui a dû cesser son activité en Suisse pour des raisons de santé et a été mis au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité suisse (et que des mesures de réadaptation ne sont pas envisagées en parallèle) ne peut par la suite pas prétendre à des mesures de réadaptation parce qu'il ne peut plus être considéré comme assuré au sens de la loi (ATF 132 V 244 consid. 6, 55 consid. 6.6).

**7.7** En vertu de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Selon l'art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré dès le mois où cette demande est présentée.

## **8.**

**8.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Pour établir les faits pertinents, l'administration ne peut donc pas se contenter d'attendre que

l'assuré lui demande d'instruire ou lui fournisse de lui-même les preuves adéquates bien que celui-ci doive collaborer à l'établissement des faits (cf. art. 43 al. 3 LPGA et art. 13 PA). Il appartient à l'autorité compétente d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi (cf. ATF 116 V 23, 114 Ia 114, 127).

L'art. 69 al. 2 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides (cf. aussi art. 59 al. 3 LAI).

**8.2** Selon l'art. 59 al. 2 et 2<sup>bis</sup> LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches.

Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

Les rapports internes des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux de la personne de l'assuré et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Ils ont pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581 /2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1).

**8.3** Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b et références).

## **9.**

**9.1** Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 3 ci-dessus), doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a).

**9.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

**9.2.1** Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR (cf. consid. 8.2 ci-dessus) mais en de telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 s., 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose également que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2, 8C\_653/ 2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2920 p. 799).

**9.2.2** Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

## **10.**

En l'espèce, il s'agit d'examiner si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification déterminante en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 22 août 2013, au moment de la décision initiale, et ceux qui ont existé le 3 mars 2015, au moment de la décision querellée (cf. consid. 7.4 ci-dessus) qui du reste marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du TAF (cf. consid. 4.1 ci-dessus). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; à titre d'exemple : arrêts du Tribunal fédéral 8C\_249/2015 du 13 juillet 2015 consid. 3, 9C\_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2). Cependant, cas échéant, le Tribunal peut prendre en compte des éléments ultérieurs s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; RCC 1980 p. 481 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 3080 p. 836).

## **11.**

**11.1** En 2012, l'OAI avait établi que l'assuré, en incapacité de travail depuis le 5 avril 2012 (cf. certificats du Dr D. \_\_\_\_\_ des 5 et 23 avril et du 5 mai 2012 [AI pce 9 pp. 17 à 19]), a dû être hospitalisé le 10 mai 2012 – le 11 mai 2012 au service des soins intensifs – pour une insuffisance respiratoire hypoxémique et un suivi pneumopathique (cf. notamment certificat médical du 16 mai 2012 du Dr H. \_\_\_\_\_ [AI pce 9 p. 16] et rapport médical du 11 juin 2012 signé du Dr I. \_\_\_\_\_ [AI pce 9 p. 15]). Le 26 mai 2012, l'assuré a été transféré (cf. bulletins de situation des 22 juin, 24 juillet et 20 août 2012 [AI pce 9 p. 13 et pce 11 pp. 9 et 11]). Dans son rapport du 4 septembre 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_, responsable du service d'infectiologie, observe une pneumocystose et une infection VIH (AI pce 9 pp. 8 s.). Du 31 août 2012 au 13 janvier 2013, l'assuré a ensuite séjourné au centre pour

un traitement antirétroviraux et rééducation suite à la perte de l'autonomie et d'une tétraparésie – depuis le 20 novembre 2012 en hôpital de jour (bulletin de situation du 22 octobre 2012 [AI pce 9 p. 4], certificat médical du 22 octobre 2012 et compte rendu d'hospitalisation du 2 janvier 2013, signés du Dr J. \_\_\_\_\_ [AI pce 9 p. 3 et pce 23 p. 24]). Le compte rendu d'hospitalisation du 2 janvier 2012, signé du Dr J. \_\_\_\_\_ pour le Dr K. \_\_\_\_\_ fait état de l'historique de la maladie de l'assuré, de son évolution dans le service de réanimation et en infectiologie, des traitements entrepris et de l'évolution durant son séjour au Centre médical (AI 23 pp. 21 ss ; cf. également le rapport de la visite d'entrée du 20 novembre 2012 établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ [AI pce 23 pp. 28 s.]). Le Dr K. \_\_\_\_\_ de ce centre médical a posé comme diagnostic une infection VIH au stade SIDA avec pneumopathie et troubles neuro-orthopédiques et a attesté une incapacité de travail totale depuis le 10 mai 2012 en décrivant une incapacité de locomotion, une fatigabilité, une difficulté à rester debout et à marcher (rapport reçu le 29 novembre 2012 [AI pce 15]). Dans le rapport médical intermédiaire du 2 janvier 2013, le Dr J. \_\_\_\_\_ a noté une tétraparésie dans les suites d'une polyneuropathie de réanimation survenue dans le cadre d'une pneumocystose. Il a indiqué que la rééducation neuro-orthopédique et ergothérapeutique doit être poursuivie pendant 6 mois (AI pce 23 pp. 26 s.). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport reçu le 17 décembre 2012 le SIDA, une pneumocystose (B 59) et une insuffisance respiratoire chronique (J 96.1) et atteste une incapacité de travail totale (AI pce 19 p. 1). Le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin de famille, a également certifié une incapacité de travail totale dans son rapport du 10 décembre 2012 et a estimé qu'il faut revoir la situation fin 2013 (AI pce 20).

Il ressortait, de plus, des documents médicaux que l'assuré souffrait de toxicomanie à l'héroïne substituée par méthadone, d'un tabagisme actif, d'une pneumopathie à SAMS il y a 14 ans et qu'il présentait des ulcères de jambes bilatéraux et au niveau lombaire droit (AI pce 23 pp. 21 ss).

Sur la base de ces pièces médicales, le SMR dans son avis du 3 mai 2013 a conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et qu'il fallait évaluer le dossier dans une année (AI pce 26 p. 2). Dans ce sens, l'OAI a par ailleurs remarqué que dans l'immédiat aucune mesure d'intervention précoce n'était nécessaire et envisageable (rapports des 22 novembre 2012 et 20 février 2013, note du 20 février 2013 [AI pces 16, 24 et 25]).

En conséquence, par décision du 22 août 2013, une rente d'invalidité entière a été accordée à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 (AI pce 32).

**11.2** Pour la période initiale, il résulte en outre du rapport du 9 décembre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ que l'assuré a présenté le 10 mai 2012 une décompensation aiguë d'une infection VIH sous la forme d'une pneumocystose sévère avec détresse respiratoire aiguë ayant nécessité une intubation/ventilation/réanimation avec complications du pneumothorax, drainage thoracique et des suites compliquées avec trachéotomie et pneumopathie nosocomiale. L'hospitalisation a eu lieu du 10 au 26 mai 2012, puis l'assuré a été transféré dans le service de réanimation du 26 mai au 26 juillet 2012. Ensuite, l'assuré a séjourné dans le service des maladies infectieuses jusqu'au 30 août 2012 et a alors été pris en charge en soins de suite (AI pce 47).

**11.3** Au moment de la décision litigieuse du 3 mars 2015, l'OAIE s'est basé dans un premier temps sur le rapport médical du 15 septembre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ qui a posé comme diagnostic le Sida, des séquelles pulmonaires avec insuffisance respiratoire restrictive suite à pneumocystose et pneumothorax bilatéral, raideur des genoux et chevilles, insuffisance veineuse des membres inférieurs suite à des injections toxiques et toxicomanie sévère par méthadone (40 mg ; AI pce 37). Dans le rapport du 16 septembre 2014, ce médecin a retenu un syndrome restrictif séquellaire de pneumocystose et pneumothorax stabilisé, une saturation d'oxygène au repos normale et une limite des efforts à la montée d'un étage, en partie majorée par le déconditionnement physique de l'assuré (AI pce 40). Le Dr B. \_\_\_\_\_ remarque par ailleurs que lors de la dernière consultation du 2 mai 2014 il a observé un état stable et il a attesté une incapacité totale d'exercer l'ancienne activité mais une capacité résiduelle de travail de 80% avec un rendement de 80% dans une activité ne nécessitant pas d'effort physique. Selon ce médecin, les activités uniquement en position assise ou dans différentes positions restent exigibles ainsi que le travail avec les bras au-dessus de la tête, avec rotation en position assise/en position debout et nécessitant de soulever/porter des charges jusqu'à 10 kg. Par contre, ne sont selon ce médecin plus possible des activités physiques, un travail exercé uniquement en position debout ou principalement en marchant (terrain irrégulier), en étant accroupi ou à genoux, nécessitant de monter sur une échelle/un échafaudage ou de monter les escaliers (AI pce 37).

Le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR a alors retenu dans son avis du 23 octobre 2014 que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis mai 2014 et que celui-

ci présente une capacité résiduelle de travail de 80% avec un rendement de 80% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr B.\_\_\_\_\_. Il conseille en outre de présenter l'affaire à la permanence de réadaptation en raison du déconditionnement physique important de l'assuré (AI pce 41).

**11.4** Le recourant conteste cette position. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a avancé qu'il ne peut plus poursuivre son ancienne activité mais qu'il aimerait reprendre une activité plus légère, dans un premier temps à 30% à partir de mars 2015, étant de nouveau souffrant d'une infection pulmonaire (AI pce 46). Il a produit le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2014 qui décrit en détail les limitations de l'assuré compte tenu de ses différents problèmes de santé. Le médecin confirme que l'état actuel de l'assuré n'autorise pas une reprise de son travail initial, qui est un travail du bâtiment, l'exposant au froid ou à travailler en position accroupie, et il précise qu'une reprise de travail dans une activité adaptée peut être envisagée de façon progressive et que le taux maximum de cette activité est de 50 à 70% (AI pce 47 pp. 1 et 2). Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, certifie dans son rapport du 10 décembre 2014 que l'état de santé autorisera l'assuré à reprendre un travail léger à 30% à compter du 9 mars 2015 (AI pce 47 p. 3).

Le Dr C.\_\_\_\_\_, invité à se déterminer sur ces nouveaux rapports médicaux, confirme le 25 janvier 2015 son avis précédent, avançant que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une nouvelle affection ou d'un fait nouveau et qu'il a tenu compte d'un taux de travail progressif ayant recommandé des mesures de réinsertion auxquelles l'assuré n'a pas droit en tant que frontalier et que le taux de la capacité de travail de 50 à 70% attesté par le Dr B.\_\_\_\_\_ est respecté par une capacité résiduelle de travail retenu de 80% avec un rendement de 80% équivalant à une moyenne de 64% (AI pce 49).

L'OAI ayant alors maintenu sa position initiale, l'OAIE a notifié le 3 mars 2015 la décision contestée, diminuant la rente d'invalidité entière du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015.

**11.5** A la suite, l'assuré a de nouveau été hospitalisé du 5 au 27 avril 2015 (cf. aussi bulletin de situation du 7 avril 2015 [AI pce 55]). Le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 18 mai 2015 que l'assuré souffrait d'une détresse respiratoire et de fièvre. Le médecin conclut qu'il s'agissait d'une nouvelle complication infectieuse à mycobactium intracellulare survenue dans un contexte de baisse de l'immunité liée au virus VIH. Il certifie une

incapacité de travail totale depuis le 5 avril 2015 pour une durée minimum de 3 mois tenant compte de l'insuffisance respiratoire et de la tolérance du traitement anti mycobactérie commencé. Au-delà, la reprise de travail sera, selon ce médecin, fonction de l'évolution clinique, radiologique et bactériologique (TAF pce 4 annexe). L'assuré a également produit un certificat médical du 27 mai 2015 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ qui fait état d'une aggravation importante de l'état de son patient avec apparition de complications pulmonaires et dyspnée importante et qui atteste une incapacité totale de travail (TAF pce 5 annexe).

Le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR estime dans son avis du 3 août 2015 qu'il faut s'en tenir aux conclusions précédentes pour la période allant jusqu'à l'aggravation d'avril 2015 et que celle-ci n'est vraisemblablement pas durable (TAF pce 7 annexe).

**11.6** Ultérieurement, dans le cadre de la procédure, sont encore versés au dossier les nouveaux documents suivants :

- le bulletin de situation du 17 avril 2015 (TAF pce 12 annexe 5),
- les différentes prolongations de l'arrêt de travail de l'assuré des 1<sup>er</sup> avril, 7 juin, 5 août et 3 décembre 2014 et des 7 février, 5 mars, 30 avril et 8 juillet 2015, signées par le Dr D.\_\_\_\_\_ (TAF pce 12 annexes 6, 7, 9 à 14),
- les bulletins de situation des 2 et 4 septembre 2015 qui font état de l'entrée de l'assuré du 30 août 2015 (TAF pce 9 et annexe et TAF pce 30 annexe),
- le certificat du 9 septembre 2015, établi par la Dresse E.\_\_\_\_\_, attestant à l'assuré une incapacité de travail totale d'une durée indéterminée depuis le 9 septembre 2015 aux motifs de pneumopathies ayant nécessité des hospitalisations longues en conséquences de l'immunodéficience acquise, d'une dyspnée de repos, d'un amaigrissement et d'une asthénie (TAF pce 12 annexe 4),
- le rapport médical du 18 septembre 2015 du Dr B.\_\_\_\_\_ qui fait état des différents bilans réalisés en décembre 2014 et après les hospitalisations des 5 au 17 avril 2015 et du 30 août au 4 septembre 2015. Il conclut que la reprise de travail dans une activité adaptée peut s'envisager de façon progressive dans un emploi adapté après stabilisation de l'infection à mycobactérie atypique et que pour l'instant

l'incapacité de travail est de 100% jusqu'au 31 décembre 2015 au moins (TAF pce 12 annexe 2).

- le certificat du 14 octobre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale depuis le 10 mai 2012 sans interruption (TAF pce 14 et annexe).
- l'avis du 16 octobre 2015 du Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR qui remarque pour l'essentiel que les nouvelles pièces médicales produites ne permettent pas de modifier son appréciation (TAF pce 18 annexes),
- l'attestation pour une consultation fixée au 28 octobre 2015 auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, chef du service de cardiologie (TAF pce 12 annexe 15),
- les photos des jambes du recourant (TAF pce 20 annexe),
- des bulletins de situation des 28 juin et 8 juillet 2016 faisant état d'entrées du recourant des 19 juin 2016 et 1<sup>er</sup> juillet 2016 (TAF pce 30 et annexes),
- le bulletin de situation du 11 janvier 2017 rapportant une nouvelle hospitalisation du 9 janvier 2017 (TAF pce 32 et annexes).

## 12.

**12.1** A titre initial, le TAF précise que l'état de santé de l'assuré après la décision du 3 mars 2015 ne peut en l'occurrence pas faire l'objet de son examen (cf. consid. 4.1 et 10 ci-dessus). Il retient cependant que l'état de l'assuré a nécessité en 2015 deux hospitalisations et que l'assuré a signalé en 2016 deux autres hospitalisations et en janvier 2017 une nouvelle hospitalisation. De plus, les médecins du recourant ont attesté des incapacités de travail prolongées. Au vu de la prise de position de l'OAI du 20 août 2015 (TAF pce 7 annexe), le Tribunal tient à rappeler que selon l'art. 88a al. 2 RAI et l'application analogique de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI, une aggravation de l'état de santé du recourant peut être prise en compte immédiatement, sans attendre un délai de 3 mois, pour autant que cette aggravation survient dans les trois ans et résulte de la même atteinte à la santé pour laquelle la rente entière a été versée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013. En outre, l'art. 88a al. 2 RAI n'exige pas que l'aggravation perdure (cf. consid. 7.5.2 ci-dessus). Ainsi, contrairement à ce que l'OAI a avancé, une aggravation même temporaire de l'état de santé de l'assuré pourrait en l'occurrence immédiatement donner droit à une rente supérieure à la demi-rente octroyée par la décision du 5 mars 2015.

**12.2** Pour la période litigieuse, le TAF, comparant les situations existant en août 2013 et en mars 2015 (cf. consid. 10 ci-dessus), remarque en premier lieu que l'état de santé de l'assuré s'est effectivement amélioré – au moins dans un premier temps – tel qu'observé par le Dr B. \_\_\_\_\_ lors de sa dernière consultation du 2 mai 2014 et mentionné dans son rapport du 15 septembre 2014 (AI pce 37). En effet, ce médecin a noté un état stable alors qu'en 2013 l'état de l'assuré qui se trouvait en période de rééducation n'était pas encore stabilisé (AI pce 19 p. 1, pce 20, pce 23 pp. 26 s.; cf. aussi AI pce 41). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a de plus retenu dans ses rapports que bien que l'assuré ne puisse plus poursuivre son activité de chauffagiste, il pouvait désormais exercer, à temps partiel et avec un rendement réduit, une activité adaptée ne nécessitant notamment pas d'effort physique (AI pce 37) ou de travail dans le froid et dans des positions accroupies (AI pce 47 pp. 1 s) ce qui était exclu en 2013 encore (cf. 11.1 ci-dessus). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation dans son rapport du 9 décembre 2014 où il a précisé les différentes limitations de l'assuré compte tenu de ses problèmes de santé (AI pce 47 pp. 1 s.). Le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux appréciations du Dr B. \_\_\_\_\_, retenant que la reprise de travail pouvait s'envisager de façon progressive dans un emploi différent (AI pces 41 et 49) à celui poursuivi auparavant.

A ce sujet, le recourant soulevant à plusieurs reprises qu'il ne peut plus exercer son ancienne profession (AI pce 46 et TAF pce 30), le TAF rappelle que l'assurance-invalidité suisse ne couvre pas l'invalidité professionnelle, à savoir l'incapacité à poursuivre l'activité habituelle et que l'on peut exiger de la personne assurée qu'elle accepte d'exercer une autre activité raisonnablement exigible pour qu'elle ne subisse pas une perte de gain importante (cf. consid. 6.1 ci-dessus).

Cela étant, il ressort également du dossier que l'assuré a fait valoir le 10 décembre 2014 une aggravation de son état de santé, informant qu'il souffre d'une nouvelle infection pulmonaire (AI pce 46) qui l'empêchait selon lui de reprendre immédiatement une activité lucrative aussi d'une manière progressive. Cette information du recourant ainsi que le certificat médical du 10 décembre 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_, attestant – certes sans motivation aucune – une reprise de travail qu'à compter du 9 mars 2015 (47 p. 3), gagnent au vu des événements ultérieurs, bien que postérieurs à la période litigieuse, de l'importance (cf. consid. 10 ci-dessus), l'assuré ayant dû être hospitalisé du 5 au 17 avril 2015 pour une détresse respiratoire et de fièvre (cf. bulletin de situation du 7 avril 2015 [AI pce 55], rapport du 18 mai 2015 du Dr B. \_\_\_\_\_ [TAF pce 4 annexe]). Il existe donc de doutes que l'amélioration de l'état de santé constatée par le Dr

B.\_\_\_\_\_ le 2 mai 2014 était encore valable au moment où la décision litigieuse a été rendue le 3 mars 2015. Par conséquent, le dossier doit être complété sur la question de savoir si une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré était survenue avant le 3 mars 2015 et si celle-ci avait une influence sur son droit à une rente. L'administration doit notamment prendre en considération les 88a al. 2 RAI et 29<sup>bis</sup> RAI cités (cf. consid. 12.1 ci-dessus).

**12.3** En outre, le TAF constate que le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé le 9 décembre 2014 qu'une reprise de travail ne pouvait être envisagée que de manière progressive (AI pce 47 pp. 1 s.), en raison du déconditionnement physique de l'assuré notamment (cf. aussi AI pce 40). Le Dr C.\_\_\_\_\_ a partagé cette appréciation et a préconisé la nécessité d'une réadaptation professionnelle (AI pces 41 et 49). Or, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral citée (cf. consid. 7.6.2 ci-dessus), l'assuré n'a plus droit à des mesures de réadaptation de la part de l'assurance-invalidité, ayant touché à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 une rente d'invalidité entière et n'étant dès lors plus assuré au sens de la loi. Toutefois, c'est à tort que l'Office AI en a déduit que l'assuré avait alors immédiatement retrouvé une amélioration de sa capacité de travail. Il aurait appartenu au SMR, cas échéant avec le concours du service de réadaptation de l'OAI, de déterminer dans un premier temps si les mesures de réadaptation conseillées par le Dr C.\_\_\_\_\_ étaient indispensables afin que l'assuré puisse exploiter sa nouvelle capacité résiduelle de travail sur le marché économique – ce qui en principe doit être nié compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 7.6.1). Cas échéant, dans un deuxième temps, les médecins ayant attesté qu'une reprise de travail ne pouvait être effectuée que d'une manière progressive, le SMR, si nécessaire avec le concours du service de réadaptation, aurait dû déterminer cette amélioration progressive de la capacité de travail dans le temps. Or, le dossier de l'autorité intimée est lacunaire à ce sujet. Au besoin, l'instruction doit aussi être amplifiée dans ce sens.

### **13.**

**13.1** Au vu de ce qui précède, il appert que la diminution de la rente d'invalidité du recourant est intervenue sur la base d'une instruction du dossier incomplète. Il sied donc d'admettre le recours partiellement, d'annuler la décision contestée et de retourner le dossier à l'autorité inférieure en vertu de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète l'instruction du dossier et rende une nouvelle décision.

Le renvoi est indiqué en l'espèce conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral bien que la procédure soit soumise à l'exigence de la célérité comprise dans l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1, 3.2 et 3.3). En effet, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, le renvoi de l'affaire s'avère nécessaire, l'instruction de l'affaire étant incomplète en particulier sur le plan médical (cf. consid. 12.2 et 12.3 ci-dessus).

**13.2** En outre, en raison du renvoi de l'affaire pour instruction complémentaire, l'autorité doit étendre l'examen de l'état de santé du recourant jusqu'à la notification de sa nouvelle décision (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1, 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4). Ainsi, elle doit compléter son instruction aussi sur l'état de santé de l'assuré postérieur au 3 mars 2015, en demandant notamment le résultat de l'examen cardiologique de l'assuré (cf. TAF pce 12 annexe 15) et les comptes rendus de ses diverses hospitalisations.

#### **14.**

Il reste à examiner les questions des frais de procédure et des dépens.

**14.1** Vu l'issue de la procédure, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence, une partie est considérée comme ayant obtenu entièrement gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de 400 francs versée par le recourant (cf. TAF pces 8, 10 et 11) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

Par ailleurs, aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

Partant, il n'est pas perçu de frais de procédure.

**14.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

En l'espèce, il sied de considérer que le recourant s'est fait représenter au cours de procédure par UNIA qui a dû consulter le dossier (TAF pces 16 annexes et 17) et a pris position à deux reprises (TAF pces 22 et 26). Il apparaît dès lors équitable d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à 2'800 francs (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF) à charge de l'OAIE. La TVA n'est pas due sur des prestations de conseil fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. art. 1 et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] ; arrêts du TAF C-738/2010 du 20 août 2012 consid. 8.2, C-6983/2009 du 12 avril 2010 consid. 3.2]).

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

**1.**

Le recours est admis en ce sens que la décision du 3 mars 2015 est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle complète l'instruction et rende une nouvelle décision au sens des considérants.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par le recourant, s'élevant à 400 francs, lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

L'OAIE versera au recourant une indemnité à titre de dépens de 2'800 francs.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.8010.3066.02 ; Recommandé)

– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :            La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz            Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :