



## **Arrêt du 27 mars 2020**

---

Composition

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

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Italie),  
représenté par Maître Daniel Meyer, Etude d'avocats Meyer  
& Zehnder,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du 3 mai  
2017).

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

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, le recourant, l'intéressé), ressortissant italien né le (...) 1970 et domicilié en Italie, travaillait depuis 1990 en qualité de carreleur auprès de l'entreprise Z. \_\_\_\_\_ SA (AI pce 9).

Le 24 mars 1997, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail consécutive à une rupture des ligaments croisés postérieur et antérieur du genou droit survenue le 2 février 1996 suite à un accident (AI pces 23, 39, 40, 41, 42, 43 et 72 p. 304). Dès le 30 avril 1997, une procédure de communication a été mise en œuvre avec la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ; AI pce 10 p. 20).

Par correspondances des 30 mai et 5 décembre 1997, l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'Office AI) a considéré que l'assuré subissait une invalidité complète depuis le 8 janvier 1997 et lui a alloué des prestations provisoires dès le 1<sup>er</sup> juillet 1997 (AI pce 10 p. 41 et pce 22 p. 3ss). Quelques semaines après une intervention chirurgicale (AI pce 57 p. 5), l'Office AI – tranchant sur la base du dossier médical établi par la CNA (AI pce 58 p. 32 s.) – a octroyé une rente d'invalidité fondée sur une invalidité de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997 (décision du 16 décembre 1997 ; AI pce 24). De son côté, la CNA a clôturé son cas au 1<sup>er</sup> mai 1998 et a alloué depuis lors une rente d'invalidité de 30 % (AI pce 57 p. 39 notamment).

**A.b** Lors d'une procédure de révision initiée en janvier 1998, l'Office AI a recueilli l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (AI pce 26). Il ressort de sa prise de position du 31 juillet 1998 que l'assuré présente au niveau du genou accidenté des limitations qui l'empêchent de reprendre son ancienne activité de carreleur. Sa capacité de travail demeure en revanche entière dans une activité exercée en position alternée en terrain régulier et n'exigeant pas la manutention régulière de charges (AI pce 27).

Partant de là, l'assurance-invalidité a mis en œuvre des mesures de réadaptation dès septembre 1998, qui se sont révélées infructueuses en raison du comportement de l'assuré (AI pces 28, 30, 32, 34, 44, 58 p. 27 et 40). Aussi, après avoir exclu la présence d'une atteinte psychique incapacitante (expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, AI pce 47 ; cf. également : AI pce 36 à 38 et pce 48) et confirmé la pleine capacité résiduelle

de travail de l'assuré (rapport SMR du 24 janvier 2002, AI pce 48), la Division réadaptation professionnelle de l'Office AI a reconnu à l'assuré une capacité de travail entière dans toute activité légère, simple et répétitive. Selon l'Office AI, l'assuré reste ainsi en mesure de réaliser un revenu annuel de Fr. 51'090.-, calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2000, valeur centrale, indexée à l'indice des prix à la consommation et pondérée à raison d'un horaire hebdomadaire de 41,9 heures, abattement de 10 %). Comparé au revenu de Fr. 73'259.- qu'il réaliserait sans invalidité, la perte de gain s'élève à 30,26 % et ne fonde pas le droit à une rente (rapport du COPAI du 5 juin 2002, AI pce 49).

**A.c** Dans les suites de son rapport du 5 juin 2002, l'Office AI n'a rien entrepris jusqu'à ce qu'elle initie en 2010 une seconde procédure de révision, qui a abouti à la confirmation en date du 13 juillet 2010 du droit à une pleine rente d'invalidité (AI pces 50 à 53).

**A.d** Le 22 janvier 2013, à l'issue d'une troisième procédure de révision, l'Office AI a derechef confirmé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité entière (AI pces 54 à 56).

## **B.**

**B.e** Suite au déménagement de l'assuré en Italie, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a été saisi du dossier le 7 mai 2013 (AI pce 13).

En vue de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, l'OAIE a recueilli divers rapports médicaux auprès des Drs A.\_\_\_\_\_, médecin chirurgien (AI pce 77) et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et en traumatologie (AI pces 81 et 84). En outre, l'autorité précédente s'est procurée les résultats des examens radiologiques et diagnostics réalisés depuis 2014 (AI pces 82, 85, 90, 94, 113 et 115 ; cf. également AI pce 71). En substance, il ressort de ces documents que l'assuré présente un status post-plastie au niveau du genou droit, des signes d'arthrose au niveau des deux genoux, une hernie discale L4-L5, ainsi qu'une épicondylite au niveau du coude gauche. Par ailleurs, lors d'une consultation à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, l'assuré a évoqué des vertiges de longue date, des céphalées ainsi que, parfois, un tinnitus (AI pce 86). Un cancer du testicule gauche a en outre été traité dès aout 2014 (AI pces 85 et 88).

Par mandat du 14 décembre 2014, l'OAIE a confié au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire

(AI, pce 99). Dans un rapport impliquant les volets psychiatrique, rhumatologie et de médecine interne, les experts G. \_\_\_\_\_ – spécialiste FMH en médecine interne –, H. \_\_\_\_\_ – psychiatre-psychothérapeute FMH – et I. \_\_\_\_\_ – rhumatologue FMH – ont retenu pour diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une gastrite antrale, un séminome testiculaire, un status après cholécystectomie, des lombalgies chroniques, un trouble dépressif récurrent (F 33.4), un trouble panique (F41.0) ainsi que des traits de personnalité histrionique (T60.4). A dires d'experts, l'assuré présente en outre un « status post entorse grave du genou droit en 1996, opérée à trois reprises, avec instabilité séquellaire et arthrose débutante », compatible seulement avec l'exercice d'activités exercées en position assise, avec de petits déplacements et sans port de charge de plus de 8 kg (rapport du 19 mai 2016 ; AI pce 116). Lors d'un rapport du 10 novembre 2016, les médecins-conseils de l'OAIE ont reconnu le bien-fondé des conclusions des experts (AI pce 126 ; cf. ég. AI pce 124).

**B.f** Par projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'OAIE a constaté qu'il « n'existe plus aucun droit à une rente d'invalidité » et que « la communication du 13.07.2010, confirmant le droit à une rente [est] manifestement erronée et doit être reconsidérée » (AI pce 127).

Par écriture du 27 janvier 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, soutenant que son état de santé n'a cessé de se péjorer d'un point de vue psychiatrique, orthopédique et rhumatologique, de sorte que le maintien d'une rente complète d'invalidité se justifie (AI pce 160). A cet effet, l'assuré a produit différents documents médicaux, soit notamment un rapport de consultation aux urgences des Hôpitaux J. \_\_\_\_\_ (rapport du 18 avril 2011, AI pce 148), un rapport de consultation urologique du 18 août 2014 (AI pce 140), ainsi que les résultats d'une endoscopie digestive réalisée le 26 novembre 2015 (AI pce 149).

Réunis en rapport, les médecins-conseils de l'OAIE ont expliqué le 30 mars 2017 que ces nouveaux documents médicaux « ne modifient pas l'incapacité de travail retenue dans les activités de substitution » (AI pce 166).

Par décision du 3 mai 2017, l'OAIE a reconsidéré – en application de l'art. 53 al. 2 LPGA – la communication de l'Office AI du 13 juillet 2010 et a supprimé à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017 le droit de l'assuré à une rente d'invalidité (AI pce 172).

### **C.**

Par mémoire du 6 juin 2017 (timbre postal), l'assuré a interjeté recours

contre la décision susmentionnée du 3 mai 2017 (TAF 1). Sous suite de frais et dépens, il conclut principalement à son annulation et à ce qu'il soit maintenu dans son droit à une rente entière d'invalidité ; subsidiairement, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Dans sa réponse du 31 août 2017, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF 5).

Le 9 octobre 2017, le recourant a versé en cause de nouveaux documents médicaux, dont il déduit une aggravation notable de son état de santé (TAF 7 pièces 23 à 26). Par correspondance du 16 novembre 2017, l'OAIE a produit un procès-verbal du rapport du 9 novembre 2017 de ses médecins-conseils, qui excluent tout élément nouveau remettant en cause les conclusions de l'expertise CEMed (TAF 11).

Par ordonnance du 29 mai 2019, le Tribunal de céans a informé de son intention d'examiner la décision attaquée également sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ainsi que de la jurisprudence en matière de suppression d'une rente versée pendant une certaine durée (entre autres : TF 8C\_759/2018 du 13 juin 2019, consid. 9 et réf. cit. ; TAF pce 15). Le 1<sup>er</sup> juillet 2019, les parties ont fourni leur prise de position y relative, après quoi l'échange d'écritures a été clôturé (TAF pces 16 à 18).

## **Droit :**

### **1.**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.1** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA

et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

## 2.

**2.1** Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant italien, domicilié en Italie, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, l'ALCP fait référence au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

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

**2.2** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 3 mai 2017.

**2.3** Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 3 mai 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit). Les faits postérieurs doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

### **3.**

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

### **4.**

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA). Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). En outre, une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision peut donner lieu à une « application ultérieure erronée du droit » (ATF 135 V 215 consid. 4.1).

**4.1** Par la décision attaquée, l'autorité précédente a reconsidéré - sur la base de l'art. 53 al. 2 LPGA - la communication du 13 juillet 2010 par laquelle l'Office AI a maintenu le versement d'une rente entière d'invalidité (AI pce 53). De là, elle a supprimé la rente de l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Une telle façon de faire ne semble pas pouvoir être suivie. En 2013 en effet, l'Office AI a derechef communiqué à l'assuré le maintien de sa rente d'invalidité (AI pces 54 à 56). En cela, on peut douter que la décision en reconsidération de la communication du 13 juillet 2010 puisse fonder la suppression de la rente d'invalidité ordonnée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Cette

problématique n'a toutefois pas lieu d'être résolue ici. En effet, de deux choses l'une : soit on aborde le cas sous l'angle de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, en concentrant toutefois l'objet de celle-ci sur la communication du 22 janvier 2013, qui – abstraction faite de la décision attaquée – constitue le dernier prononcé relatif au droit litigieux ; soit on fait application ici de l'art. 17 LPGA, en comparant la situation de l'assuré au moment de la décision attaquée à celle existant au moment de la décision initiale de rente du 16 décembre 1997, qui – contrairement aux communications de 2010 et 2013 – résulte d'un examen matériel du droit à la rente. Dans un cas comme dans l'autre, le réexamen ex tunc et pro futuro du droit à la rente se justifie. Il ne fait en effet pas de doute que la communication du 22 janvier 2013 est manifestement erronée, dès lors qu'elle se place en contradiction parfaite avec le dossier sur lequel elle repose, soit en particulier avec les conclusions du rapport du COPAI du 5 juin 2002 (AI pce 49 ; cf. également AI pce 57 p. 84 et pce 72 p. 30 ; ATF 125 V 383, consid. 6a). L'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA est par ailleurs évidente dans la mesure où la décision du 16 décembre 1997 – intervenue seulement quelques semaines après une intervention chirurgicale – a été rendue avant que les atteintes consécutives à l'accident de 1996 ne soient stabilisées au plan médical (AI pce 57 p. 5, 9, 14, 39 et 76 ss notamment ; sur l'objet de la preuve en cas de révision matérielle, cf. notamment : TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2012 consid. 6.1.2).

**4.2** Cela étant, même si la décision attaquée apparaît erronée en tant qu'elle reconsidère la communication du 13 juillet 2010, il se justifie – par substitution de motifs (entre autres : TF 9C\_1081/2009 du 10 juin 2010 consid. 3) – d'examiner le bien-fondé du rescisoire.

## **5.**

**5.1** Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2).

L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**5.2** Afin de pouvoir évaluer le taux d'invalidité, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

**5.3** Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les expertises commandées par un assureur à des spécialistes indépendants et externes à cet assureur, en application de l'art. 44 LPGA, se voient reconnaître une pleine valeur probante, à moins que des

indices concrets ne mettent en doute leur fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4).

**5.4** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGa ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

## **6.**

L'autorité précédente considère que les limitations fonctionnelles de l'assuré n'ont pas significativement évolué depuis la fin en 2002 des mesures professionnelles mises en œuvre par l'Office AI. Pour parvenir à cette conclusion, elle se base essentiellement sur l'expertise CEMed du 9 mai 2016, qui reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail dans toute activité exercée en position assise, exigeant uniquement de petits déplacements et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 8 kg. Ainsi, reprenant la comparaison des revenus figurant au rapport du COPAI du 5 juin 2002, elle évalue à 30 % l'invalidité de l'assuré. Cela étant, admettant que le recourant est en mesure de se reconvertir professionnellement par lui-même, l'autorité inférieure supprime la rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

## **7.**

Par un premier moyen, le recourant remet en cause la valeur probante de l'expertise du 9 mai 2016. Sans contester que ce rapport médical comprend « tous les éléments formels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante », il relève en particulier que les conclusions des experts ne sont pas clairement motivées. Ainsi, au plan rhumatologique, l'expertise n'expliquerait à ses yeux pas suffisamment pour quels motifs les lombalgies ne sont pas invalidantes et pour quelles raisons l'épicondylite est « écartée alors que symptomatologique ». Au plan psychiatrique ensuite, les experts n'exposeraient pas de façon circonstanciée pourquoi l'avis des psychiatres traitants doit être écarté, en particulier en tant qu'ils évoquent

une péjoration de l'état de santé, avec notamment l'apparition d'attaques de panique récurrentes. En outre, le rapport CEMed serait lacunaire s'agissant de l'atteinte oncologique et de ses conséquences sur l'état de santé psychique. Toujours selon le recourant, les experts auraient ainsi méconnu les circonstances en admettant que la situation actuelle est comparable à celle qui prévalait en 2001 et en retenant une capacité de travail dans une activité adaptée. Quoiqu'il en soit, vu la dépendance du centre d'expertise mandaté avec l'assurance-invalidité, les conclusions des experts ne sauraient, toujours selon le recourant, emporter conviction.

**7.1** Cette position ne convainc pas. Comme l'admet au demeurant le recourant, le rapport des experts G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ résulte en effet d'une parfaite maîtrise du dossier médical, repose sur une anamnèse détaillée et tient compte des plaintes de l'assuré ainsi que de son status clinique.

Cela étant, contrairement à ce que défend l'intéressé, la motivation exposée à la base des conclusions de l'expertise n'apparaît pas non plus critiquable. Ainsi, au plan rhumatologique, les experts définissent de façon cohérente les atteintes de l'assuré et leurs répercussions sur sa capacité de travail. En particulier, les spécialistes du CEMed convainquent lorsqu'ils relèguent les lombalgies de l'assuré à l'arrière-plan, qualifiant l'examen clinique y relatif de strictement normal et excluant un handicap fonctionnel clair en raison de ces atteintes (expertise du 9 mai 2016, p. 25 et 30 notamment ; cf. également rapport de radiographies du 10 mars 2016, AI pce 115). De même, l'expertise est suffisamment claire s'agissant des troubles au niveau de l'épicondyle latéral gauche, qualifiés de très peu symptomatiques. Cela étant, si aucune limitation fonctionnelle n'est retenue à ce propos, on doit en déduire non pas que les conséquences de cette atteinte ont été méconnues, mais qu'elles doivent être relativisées (expertise du 9 mai 2016, p. 16, 26 et 30 ; cf. également expertise p. 11 et rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 7 août 2014, AI pce 81).

Au plan psychique également, le rapport CEMed aboutit à des résultats convaincants et cohérents. Aussi, les experts retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.4), de trouble de panique (CIM-10 F41.0) et de traits de personnalité histrionique (CIM-10 T60.4) après avoir établi une anamnèse orientée tout à fait précise (expertise du 9 mai 2016, p. 16 à 18). Par ailleurs, c'est en parfaite connaissance de l'incidence des atteintes psychiques dans les fonctions de la vie quotidienne que leur caractère incapacitant a été exclu. Dans ce contexte, contrairement à ce que soutient l'assuré, on ne peut admettre que les experts aient ignoré l'impact

de l'atteinte oncologique sur la santé psychique de l'assuré, ou qu'ils aient méconnu l'importance des attaques de panique dont souffre celui-ci. A la lecture du rapport du CEMed, on remarque au contraire qu'il s'agit là de problématiques précisément abordées et prises en compte à la base de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (expertise du 9 mai 2016, p. 16 à 18, 20 à 23, 26 à 27 et 29 à 32). Ainsi, les experts rapportent notamment les attaques de panique à des traits de personnalité histrionique, dont ils excluent toutefois toute répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (expertise du 9 mai 2016, p. 29 à 32).

En présence ainsi d'un rapport dûment motivé et respectant les réquisits en la matière, il n'y a pas de raisons de remettre en cause l'appréciation des experts. Au reste, le mandat d'expertise à l'attention du CEMed a expressément été organisé selon la nouvelle jurisprudence relative au caractère invalidant des troubles psychiques (ATF 141 V 281 et arrêts connexes ; cf. AI pce 99). Quoiqu'il en soit, en tant qu'ils excluent toute incapacité de travail en raison des atteintes psychiques, les experts ne sont contredits par aucune pièce médicale au dossier. En particulier, le Dr M. \_\_\_\_\_ – médecin-chirurgien traitant –, se borne à évoquer des symptômes pris en compte par les experts et à faire référence à des consultations psychologiques auprès du Dr K. \_\_\_\_\_. Pour autant, il ne fournit aucune indication probante quant à l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail (AI pce 79 ; cf. également TAF pce 7). Cela étant, quoiqu'en pense l'assuré, les rapports de son médecin-traitant ne remettent pas en cause les conclusions des experts, de sorte que la stricte application du schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281 ne se justifiait pas au cas d'espèce (ATF 143 V 409).

**7.2** Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed du 6 mai 2016, dont les conclusions ne sont au demeurant pas remises en cause par les pièces médicales postérieures (AI pces 156 et 157 ainsi que TAF, pces 7, 11 et 16; cf. également AI pces 126 et 124). En outre, aucun motif concret n'exige que l'on remette en cause l'indépendance, l'impartialité et l'objectivité des experts ; se bornant à soulever des objections générales à l'encontre du centre d'expertise CEMed, le recourant n'en invoque au demeurant pas (cf. notamment : ATF 137 V 210 consid. 1.3.3).

## **8.**

Cela étant, la décision attaquée est bien fondée lorsqu'elle reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette décision n'apparaît pas non plus critiquable en

tant qu'elle retient un degré d'invalidité insuffisant pour fonder le droit à la rente (art. 28 LAI). Certes, plutôt que de reprendre l'évaluation du degré d'invalidité ressortant du rapport du COPAI du 5 juin 2002 (AI pce 49), il s'agirait de procéder à la comparaison des revenus en se fondant soit sur la situation qui prévalait en 2013 à l'époque de la décision révoquée par voie de reconsidération (TF I 161/03 du 21 février 2006 consid. 6 ; ATF 141 V 9 ; 129 V 222), soit sur la situation en 2017 au moment de la révision selon l'art. 17 LPGA (consid. 4 ci-avant). Ainsi, le revenu de valide évalué en 2002 à Fr. 73'259.- sur la base des renseignements fournis par l'ancien employeur de l'assuré correspondrait à un salaire de Fr. 83'837 en 2013 et à un salaire de Fr. 85'743.- en 2017 (Office fédéral de la statistique, Indice des salaires nominaux 1993-2018, T 1.93). Quant au revenu d'invalidé, il correspondrait à Fr. 59'136.- en 2013 (ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétences 1 ; évolution des salaires nominaux de + 0.8 % en 2013) et à Fr. 60'709.- en 2017 (ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétences 1 ; évolution des salaires nominaux de + 0.4 % en 2015, + 0.7 % en 2016 et de + 0.4 % en 2017) eu égard à un abattement de 10 % retenu par l'autorité précédente (ATF 137 V 71) et à une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures (cf. La Vie économique 6/2014, p. 84, table B9.2). Aussi, que l'on procède à la comparaison des revenus en 2013 ou en 2017 (cf. consid. 4 ci-avant), le degré d'invalidité s'élève à 29 % et ne fonde pas le droit à la rente.

## **9.**

Il suit de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas sujette à critique lorsqu'elle exclut le droit du recourant à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail médico-théorique. Cela étant, l'autorité inférieure était effectivement fondée à supprimer le droit à la prestation litigieuse dès juillet 2017 (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI).

**9.1** Il est vrai que le recourant bénéficie d'une rente d'invalidité depuis plus de quinze années et appartient en tant que tel à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Aussi la jurisprudence admet-elle dans ces situations que des mesures d'ordre professionnel sont en principe nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique en cas de réduction ou de suppression par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente (TF 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2 ; 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3 ; 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 ; s'agissant des exceptions à la présomption, cf. ATF 145 V 209 consid. 5.1 ; 141 V 5

consid. 4.1 ; cf. également : TF 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5 ; TF 9C\_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1).

Au cas d'espèce, il ressort toutefois du dossier que l'intéressé reste en mesure de réintégrer par lui-même le marché du travail en dépit du déconditionnement professionnel subi. Ainsi, après avoir procédé à une anamnèse socio-professionnelle circonstanciée (expertise du 6 mai 2016 p. 13 à 24), les spécialistes du CEMed ont expressément exclu que des mesures de réadaptation professionnelle soient nécessaires pour permettre à l'assuré de reprendre une activité adaptée (expertise du 6 mai 2016 p. 32 s, Al pce 116). Dans le même sens, renvoyant aux observations des experts – et en particulier à leur retranscription d'une journée type de l'assuré, dont l'« analyse objective un assuré autonome et indépendant » (expertise du 6 mai 2016 p. 20, 21 et 31) –, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant « aurait les ressources nécessaires et à priori les capacités de auto-réinsertion » (Al pce 124 p. 3). En outre, les médecins de l'OAIE, réunis en rapport pluridisciplinaire, ont eux aussi observé que l'assuré a conservé une « structure organisationnelle de la journée », retenant en conséquence que la reprise d'une activité adaptée – comme par exemple une activité de conseiller-vendeur dans le domaine de la construction – ne requiert pas de mesures professionnelles (rapport OAIE du 10 novembre 2016, Al pce126).

Ainsi donc, tous les médecins consultés sur ce point ont exclu de façon concordante la nécessité de mettre en œuvre des mesures de réadaptation pour permettre à l'assuré de réintégrer le marché du travail. Par conséquent, l'autorité précédente pouvait valablement supprimer la prestation litigieuse sans examiner davantage le droit à de telles mesures.

**9.2** Quoiqu'il en soit, l'octroi de mesures de réadaptation ne se justifie pas au plan matériel. Suivant l'art. 8 LAI, le droit à une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité présuppose en effet qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. A défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid.5.1). Or en l'occurrence, l'instruction mise en œuvre par l'autorité inférieure permet d'exclure l'aptitude subjective de l'assuré à la réadaptation. Ainsi, devant les experts du CEMed, le recourant s'est décrit comme « psychiquement [...] très malade et potentiellement dangereux pour lui et les autres ». Aussi a-t-il expliqué ne pas voir « comment il pourrait reprendre une quelconque activité professionnelle, les douleurs au genou

étant trop importantes et trop invalidantes ». Partant de cette conviction de ne plus pouvoir travailler, l'assuré a exprimé à l'encontre de l'assureur des attentes axées sur l'amélioration de sa « qualité de vie » plutôt que de sa capacité de travail, évoquant tout au plus le souhait « d'être reclassé dans une travail adapté, supportant mal son statut d'invalidé » (expertise du 6 mai 2016 p. 19). Cela étant, le recourant s'est présenté devant les experts comme n'étant pas à même de se reconstruire et de se réintégrer professionnellement. Dans ces conditions, le succès de mesures de réadaptation apparaissait d'emblée compromis au moment de la décision attaquée. C'est d'ailleurs déjà en raison du défaut de volonté de l'assuré – soit sur la base de l'art. 10 al. 2 LAI dans sa forme avant l'entrée en vigueur de la LPGA – que les mesures de réadaptation initialement mise en œuvre ont été interrompues (rapport du COPAI du 5 juin 2002, AI pce 49).

**9.3** En définitive, il ressort du dossier qu'en dépit de l'éloignement du marché du travail subi, l'intéressé est en mesure de réintégrer par lui-même le marché du travail. Il s'ajoute à cela que les conditions matérielles posées par le droit fédéral à l'octroi d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnelle ne sont pas réalisées, faute d'aptitude subjective du recourant à la réadaptation.

Par conséquent, la décision attaquée doit être confirmée sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner la possibilité (ou non) d'octroyer des mesures de réadaptation après que la personne concernée a quitté la Suisse pour s'installer dans un pays de l'Union européenne (cf. dans ce contexte : TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.3).

## **10.**

En conclusion, le recours est rejeté et la décision attaquée du 3 mai 2017 est confirmée.

## **11.**

Conformément à l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure, fixés à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant qui a succombé et sont prélevés sur l'avance de frais du même montant versée par le recourant dans le cadre de la présente procédure (TAF pces 2 et 3).

En outre, il n'est pas alloué de dépens, le recourant étant débouté et l'OAIE, en tant qu'autorité, n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF [RS 173.320.2]).

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

**1.**

Le recours est rejeté et la décision du 3 mai 2017 confirmée.

**2.**

Les frais de procédure de Fr. 800.- sont mis à la charge du recourant et prélevés sur l'avance de frais du même montant déjà versée.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; 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 :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF [RS 173.110]). 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 :