



Cour III
C-3820/2020

Arrêt du 1^{er} mai 2024

Composition

Jérôme Candrian (président du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Loucy Weil, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal)
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 16 mars 2020).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant portugais né le (...) 1960, est domicilié à (...), au Portugal. Marié, il est père de deux enfants, aujourd'hui majeurs. A compter de l'année 1982, l'assuré a séjourné régulièrement en Suisse. Sans formation particulière, il a travaillé dans le domaine de la construction pour le compte de plusieurs employeurs, jusqu'à totaliser 244 mois de cotisations (cf. dossier AI pces 2, 26). En 2004, l'intéressé a quitté définitivement la Suisse pour retourner au Portugal (dossier AI pce 18).

B.

B.a En date du 5 mai 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, que l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) a reçue le 8 janvier 2016 (dossier AI pce 1). Les rapports médicaux produits avec la demande ont révélé que l'intéressé souffrait d'un lymphome non hodgkinien, diagnostiqué en décembre 2014, d'une importante fatigue, ainsi que d'algies et de difficultés de mobilité du bras et du poignet droit suite à une fracture subie en 2007 (dossier AI pces 6-10).

B.b L'OAIE a procédé à l'instruction de la demande en recueillant les renseignements médicaux et économiques utiles auprès de l'intéressé (dossier AI pces 13-25). Dans ce contexte, le précité a déclaré ne plus avoir exercé d'activité lucrative après son départ de Suisse (dossier AI pce 20). Il a cependant indiqué avoir effectué différents petits travaux de maçonnerie ou emplois de courte durée au Portugal, sans contrat formel (dossier AI pce 25).

B.c Invité à se déterminer, le service médical de l'OAIE, par le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu le diagnostic principal de lymphome non hodgkinien (chimiothérapie ; asthénie), et le diagnostic associé d'état après une blessure au coude/poignet droit en 2007 (déficit fonctionnel persistant). Il a estimé que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon de 30 % dès l'année 2007, puis de 90% dès le 22 décembre 2014. Dans une activité adaptée à son état, l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % depuis le 22 décembre 2014. Cela étant, le Dr B._____ a suggéré de procéder à une révision dans deux ans, dès lors que la thérapie était encore en cours (dossier AI pce 27).

B.d Par projet de décision du 29 juin 2016, l'OAIE a fait part à l'intéressé de son intention de lui allouer trois quarts de rente à compter du 1^{er} novembre 2015, sur la base d'un taux d'invalidité de 63 % (dossier AI pce 31).

B.e Après que le précité ait communiqué son accord à cet égard, l'autorité inférieure a rendu, le 25 juillet 2016, une décision conforme à ce préavis (dossier AI pces 32-35).

C.

C.a En avril 2018, l'OAIE a ouvert une procédure de révision de la rente d'invalidité allouée à l'assuré. Il a invité ce dernier à lui retourner un questionnaire dûment rempli et son homologue portugais à lui faire parvenir un rapport sur l'état de santé actuel, un rapport orthopédique et un rapport oncologique (dossier AI pces 36-38).

C.b Sous pli du 16 mai 2018, l'assuré a indiqué ne plus suivre de traitement médical et avoir rendez-vous chez son oncologue pour un contrôle (dossier AI pce 39). Il a par la suite produit un rapport de son hématologue du 3 juillet 2018, attestant de sa complète rémission, ainsi qu'un rapport du 24 avril 2018 afférent à des cervicalgies (dossier AI pces 40-41).

C.c Dans une prise de position du 10 novembre 2018, le Dr C. _____, médecin de l'OAIE et spécialiste FMH en médecine interne générale, a estimé que si une amélioration du point de vue oncologique était très probable, les deux rapports produits n'étaient pas suffisants pour se prononcer sur la capacité de travail actuelle (dossier AI pce 47).

C.d Nonobstant deux rappels (dossier AI pces 42, 48), l'OAIE n'a pas reçu de son homologue portugais la documentation médicale demandée (cf. consid. C.a *supra*). Aussi, il a supprimé la rente dès le 1^{er} mai 2019 par décision du 19 mars 2019 (dossier AI pce 54).

C.e Le 28 mars 2019, l'autorité inférieure a reçu les rapports médicaux demandés de l'autorité portugaise (dossier AI pces 55, 56, 58, 60). Elle a dès lors annulé sa décision du 19 mars 2019 et repris le traitement du dossier (dossier AI pce 63).

C.f Dans une nouvelle prise de position du 9 avril 2019, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lymphome non hodgkinien en rémission complète et d'état après ancien traumatisme du coude droit avec déficit fonctionnel. Il a en outre formulé le diagnostic,

sans répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies. Le Dr C. _____ a considéré que l'assuré demeurerait incapable d'exercer son activité habituelle à 90 %. L'intéressé ne présentait en revanche plus aucune incapacité de travail dans une activité de substitution depuis le 3 juillet 2018 (dossier AI pce 65).

C.g Se fondant sur l'avis susmentionné, l'OAIE a notifié à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente le 3 juin 2019 (dossier AI pce 68).

C.h L'assuré s'est opposé à la suppression de la rente par courrier du 18 juin 2019 (dossier AI pce 69), puis a produit deux documents médicaux sous pli du 27 août 2019 (dossier AI pces 75-76).

C.i Dans des lignes du 27 novembre 2019, le Dr C. _____ a relevé que les pièces produites confirmaient la rémission du lymphome. S'agissant des cervicalgies, il a préconisé d'attendre la production par l'assuré d'un rapport de neurochirurgie (dossier AI pce 82).

C.j Le 4 février 2020, l'intéressé a adressé un CT-scan cervical du 20 janvier 2020 et un rapport du 10 janvier 2020 listant ses diagnostics à l'autorité inférieure (dossier AI pces 85-86).

C.k Dans une ultime prise de position du 4 mars 2020, le Dr C. _____ a décrété que les documents produits ne modifiaient pas son appréciation de la capacité de travail de l'assuré (dossier AI pce 89).

C.l Par décision du 16 mars 2020, l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (dossier AI pce 91).

D.

D.a En date du 13 avril 2020, le recourant a demandé par courriel à l'autorité inférieure de revenir sur sa décision, faute de quoi il saisirait la justice (dossier AI pce 93). Par courrier du 20 avril 2020, l'OAIE a invité l'intéressé à suivre les moyens de droit indiqués dans la décision (dossier AI pce 94).

D.b Le 5 juin 2020, l'assuré a déféré la décision du 16 mars 2020 au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le TAF ou le Tribunal), concluant en substance à son annulation. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (pce TAF 1).

D.c Par décision incidente du 18 juin 2021, le Tribunal a rejeté la demande d'assistance judiciaire formulée par le recourant et l'a invité à s'acquitter du paiement d'une avance de frais (pce TAF 14). L'intéressé s'est exécuté dans le délai imparti (pces TAF 16, 18, 20).

D.d Dans sa réponse du 13 octobre 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours (pce TAF 23).

D.e Par réplique du 2 novembre 2021, le recourant a communiqué au Tribunal que son lymphome avait récidivé. Il a en outre produit un rapport anatomopathologique du 30 août 2021 (pce TAF 26).

D.f Aux termes de sa duplique du 7 décembre 2021, l'autorité inférieure a relevé qu'il était fort probable qu'une nouvelle incapacité doive être reconnue au recourant, à raison d'une récurrence de son lymphome. Cela ne changeait néanmoins rien à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé jusqu'à la date de la décision attaquée, le 16 mars 2020. L'OAIE a dès lors confirmé ses conclusions (pce TAF 31).

D.g Par courriers des 31 mars et 26 avril 2022, le recourant a produit de nouveaux rapports médicaux et s'est enquis de la date à laquelle il serait statué sur son recours (pces TAF 34, 36). Le Tribunal lui a répondu qu'il s'efforcerait de statuer dans les meilleurs délais (pces TAF 35, 39).

D.h Le 23 mars 2023, l'OAIE a transmis au Tribunal de la documentation médicale reçue de l'assuré (pce TAF 41).

D.i Par ordonnance du 12 juillet 2023, le Tribunal a communiqué aux parties que la Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la procédure (pce TAF 42).

D.j Sous pli du 4 décembre 2023, le recourant a produit un nouveau rapport médical (pce TAF 44).

D.k Par ordonnance du 28 février 2024, le Tribunal a avisé les parties que sa Cour III reprenait la compétence du dossier, qu'un nouveau juge instructeur avait été désigné et que la cause était gardée à juger (pce TAF 45).

Les autres faits et arguments des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d de cette même loi et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions générales de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA).

1.2 A teneur de l'art. 40 al. 1 let. b du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'OAIE est compétent pour enregistrer et examiner les demandes lorsque les assurés sont domiciliés à l'étranger, sous réserve des al. 2 et 2^{bis} – non pertinents en l'espèce. En l'occurrence, c'est à bon droit que la procédure a été menée par l'OAIE, le recourant étant domicilié au Portugal.

1.3 L'assuré, destinataire de la décision entreprise qui lui fait grief, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

1.4 Le délai pour recourir contre la décision du 16 mars 2020 est parvenu à échéance le 19 mai suivant (art. 50 al. 1 PA, art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA ; art. 1 al. 1 et 3 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [RS 173.110.4]). Déposé le 5 juin 2020 auprès de la Poste, l'acte du recourant semble tardif. Le Tribunal relève néanmoins que le précité avait clairement manifesté son désaccord avec la décision litigieuse et son intention de recourir à son encontre par un courriel envoyé à l'autorité inférieure le 13 avril 2020, soit dans le délai de recours (cf. consid. D.a *supra*). Conformément aux art. 8 PA et 30 LPGA, celle-ci était tenue de transférer ledit courriel au Tribunal de céans comme objet de sa compétence. Le fait qu'elle s'en soit abstenue ne saurait préteriter le recourant, dont le mémoire de recours est ainsi réputé avoir été déposé en temps utile (art. 21 al. 2 PA et art. 39 al. 2 LPGA).

1.5 Le recours, qui respecte au demeurant les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), est ainsi recevable.

2.

2.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (cf. art. 43 LPGGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., 2011, n° 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2).

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

2.3 Le présent litige porte sur la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGGA), des trois quarts de rente d'invalidité alloués à l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2015 (cf. consid. B.d *supra*). Plus particulièrement, il s'agit de déterminer l'évolution de l'état de santé de ce dernier depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité, ainsi que son incidence sur sa capacité de travail jusqu'au moment de la décision litigieuse du 16 mars 2020.

Dans les considérants qui suivent, il conviendra de poser le cadre légal applicable au versement d'une rente AI ordinaire, respectivement à sa révision (cf. consid. 3 ci-après), puis de définir l'administration des preuves à laquelle il convient de procéder (cf. consid. 4 ci-après), avant d'en saisir l'application au cas d'espèce (cf. consid. 5 ci-après).

3.

3.1 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, 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 (cf. ATF 146 V 364 consid. 7.1 et 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette

situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, la décision querellée a été rendue le 16 mars 2020, de sorte qu'il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à cette date.

3.2 Le requérant étant un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, ayant travaillé en Suisse et demandant l'octroi de prestations d'invalidité suisses, l'affaire présente un aspect transfrontalier (cf. ATF 145 V 231 consid. 7.1). Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1] et n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (cf. 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).

4.

4.1 Pour prétendre au versement d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, tout assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI) ; d'autre part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA et art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI).

4.1.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon 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 la personne

assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^e phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 2^e phr. LPGA).

4.1.2 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).

4.1.3 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (abrogé au 1^{er} janvier 2022 : RO 2021 705), 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.

4.2 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente ; il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. notamment l'arrêt du TAF C-4877/2021 du 11 juillet 2023 consid. 6.4 et les réf. cit.).

4.2.1 S'agissant des assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 1^e phr. LAI, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

4.2.2 Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leur travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI). A teneur de l'art. 28a al. 2 LAI, le taux d'invalidité de tels assurés est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels, à savoir, pour les assurés travaillant dans le ménage, l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 7 al. 2 LAI et art. 27 al. 1 RAI). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte en règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI), sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (cf. notamment l'arrêt du TAF C-6040/2017 du 16 novembre 2021 consid. 17.1.1).

4.2.3 Quant à l'invalidité de la personne qui à la fois exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (cf. art. 28a al. 3 LAI et art. 27^{bis} RAI). Les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont tout d'abord déterminées ; le taux d'invalidité est ensuite calculé dans les deux domaines d'activité suivant les deux méthodes susmentionnées (cf. ATF 141 V 15 consid. 3.2 et 137 V 334 consid. 3.1.3), étant précisé que le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps (cf. arrêt du TAF C-4452/2020 du 13 février 2023 consid. 6.4.3). Les taux ainsi obtenus sont ensuite additionnés en tenant compte de la pondération.

4.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). L'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision (parmi d'autres, cf. arrêts du TF 8C_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3 et 9C_195/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.3.2). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. ATF 144 I 103 consid. 2.1 et 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (cf. ATF 141 V 9 consid. 2.3).

5.

5.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (cf. arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler sur le vu de ses limitations (cf. arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit). Il n'appartient au demeurant pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

5.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3).

Ainsi, le juge des assurances sociales 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne concernée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et, enfin, que les conclusions du médecin sont dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du TF 9C_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 8C_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 et 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1).

6.

6.1 Au cas d'espèce, pour retenir que l'état de santé du recourant s'est amélioré de sorte à supprimer son droit à une rente, l'autorité inférieure s'est référée à la prise de position de son médecin conseil, le Dr C._____. L'OAIE a ainsi fait siennes les conclusions du Dr C._____ et retenu que le lymphome dont avait souffert l'assuré était en rémission complète, les autres atteintes à sa santé ne limitant pas sa capacité d'exercer une activité adaptée. Appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus, il en a conclu que l'assuré ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 22 %, insuffisant pour justifier le maintien de ses trois quarts de rente.

L'assuré a, pour sa part, plaidé ne pas être en mesure de travailler à raison de ses problèmes de santé. Il s'est prévalu, en particulier, des effets négatifs (fatigue et douleurs) endurés du fait de la radiothérapie et de la chimiothérapie, ainsi que du risque important de récurrence de son lymphome – lequel a d'ailleurs récidivé en été 2021. Indiquant percevoir une rente d'invalidité du Portugal à hauteur de 200 euros, il a également souligné être dans l'impossibilité de couvrir ses besoins de subsistance.

Pour examiner s'il y a eu une amélioration notable de l'état de santé du recourant, justifiant la suppression de son droit à une rente d'invalidité, il

incombe au Tribunal de comparer l'état de fait retenu lors du prononcé de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité, le 25 juillet 2016 (cf. consid. 6.2 ci-après), et la situation à la date de la décision attaquée, le 16 mars 2020 (cf. consid. 6.3 *infra*), avant d'en tirer les conclusions qui s'imposent (cf. consid. 6.4 *infra*).

6.2 Pour reconnaître le droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2015, l'OAIE s'est fondé sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr B._____. Celui-ci a disposé, en particulier, des documents médicaux suivants :

- Un rapport médical du 23 juin 2009, ainsi qu'une déclaration médicale du 22 février 2011, dont il ressort que le recourant souffre d'algies du bras droit – consécutives à une fracture survenue en été 2007 – rendant difficile l'accomplissement de ses tâches professionnelles (cf. dossier AI pces 7-8) ;
- Un rapport anatomopathologique du 12 janvier 2015 et un rapport médical du 17 mars 2015, révélant que, suite à un prélèvement effectué le 22 décembre 2014, l'assuré s'est vu diagnostiquer un lymphome non hodgkinien ; un traitement par chimiothérapie est prévu à très brève échéance, le pronostic de la maladie étant réservé (dossier AI pces 9-10) ;
- Un rapport E 213 du 22 avril 2015 évoquant le lymphome en cours de traitement et, à titre de principales plaintes, une fatigabilité et des difficultés de mobilité du bras ; une incapacité totale de travail dans toute activité est retenue, aucun pronostic n'étant toutefois formulé (dossier AI pce 6) ;
- Un rapport d'imagerie de la colonne dorso-lombaire du 3 juin 2015 (dossier AI pce 11).

Le Dr B._____ a retenu comme diagnostic principal le lymphome non hodgkinien. Il a relevé que cette pathologie, nécessitant une chimiothérapie, avait entraîné une asthénie générale empêchant l'assuré d'effectuer des efforts physiques. L'intéressé était en outre limité à raison de sa blessure au bras droit. Le Dr B._____ a ainsi considéré que le recourant avait présenté une incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon de 30% depuis l'année 2007, puis de 90% depuis le 22 décembre 2014. Une activité adaptée à l'état de santé pouvait encore être exercée à 50%, à savoir une activité pouvant être exercée en position

assise, sans mouvements répétitifs ni port de charges de plus de 3 kg, et évitant le froid et l'humidité (dossier AI pce 27).

6.3 Dans le cadre de la procédure de révision ouverte en 2018, l'autorité inférieure a reçu, puis soumis à son médecin-conseil, le Dr C. _____, les documents médicaux suivants :

- Un rapport d'imagerie de la colonne cervicale du 24 avril 2018, dans un contexte de cervicalgies avec des semaines d'évolution (dossier AI pce 41) ;
- Un rapport médical du service d'hématologie du 3 juillet 2018, énonçant que, suite à une chimiothérapie et une auto-transplantation de moëlle osseuse, le 19 février 2016, l'assuré est en rémission complète (dossier AI pce 40) ;
- Un rapport orthopédique du 1^{er} octobre 2018, lequel évoque une précédente affection orthopédique de la colonne, sans autres précisions ; il est en outre relevé qu'un scanner cervical a révélé une uncodiscarthrose en C3-C4 avec sténose foraminale bilatérale et protrusion discale postéro-médiale droite, une uncodiscarthrose en C4-C5 avec sténose foraminale bilatérale et protrusion discale, une uncodiscarthrose en C5-C6 avec sténose foraminale bilatérale et protrusion discale entourant la moelle épinière et une protrusion discale en C6-C7 (dossier AI pce 58) ;
- Un rapport oncologique du 4 octobre 2018, résumant les traitements oncologiques subis par l'assuré jusqu'à sa rémission ; la pose d'un pacemaker à l'âge de 41 ans est entre autres évoquée au chapitre des antécédents, une pathologie dégénérative de la colonne avec une hernie discale C4-C5 étant mentionnée comme comorbidité ; l'oncologue a relevé que les principales plaintes concernaient des douleurs dans la colonne, en particulier cervicale ; il a conclu qu'il existait des raisons cliniques de reconnaître une invalidité permanente au recourant, vu les limitations découlant de l'atteinte à sa colonne et du risque important de récurrence du lymphome (dossier AI pce 56) ;
- Un rapport médical E 213 du 21 novembre 2018 mentionnant, comme principales plaintes, une asthénie, une fatigabilité, ainsi que des douleurs ostéoarticulaires à la colonne ; des douleurs sont rapportées à la pression au niveau cervical et lombaire ; un lymphome et une pathologie osseuse généralisée touchant la colonne cervicale et

lombaire sont énoncés comme diagnostics ; une diminution de la fonctionnalité est retenue à raison des algies cervicales et lombaires ; il est relevé que l'assuré demeure capable d'exercer des activités légères (moins de 2 kg), mais qu'il ne peut pas travailler avec un écran vidéo à raison de ses douleurs cervicales, ni travailler sans l'aide d'une autre personne ; il est conclu que l'assuré est incapable de travailler dans toute activité de manière permanente depuis l'année 2016, aucune amélioration ne pouvant être espérée (dossier AI pce 55) ;

- Un rapport d'imagerie du cou, du thorax, de l'abdomen et du pelvis du 9 juillet 2019 (dossier AI pce 76) ;
- Une déclaration médicale du 10 janvier 2020 listant les diagnostics formulés à l'égard du recourant, dont une lombalgie mécanique sans irradiation adressée à la neurochirurgie pour consultation (dossier AI pce 86) ;
- Un rapport d'imagerie de la colonne cervicale, dorsale et lombo-sacrée du 20 janvier 2020 (dossier AI pce 85).

Sur la base de ce qui précède, le Dr C. _____ a formulé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lymphome non hodgkinien en rémission complète et d'état après ancien traumatisme du coude droit avec déficit fonctionnel ; sans effet sur la capacité de travail, de cervicalgies. Il a relevé qu'il y avait eu une nette amélioration du point de vue oncologique, soit une rémission depuis février 2016. Seule persistait une certaine asthénie qui pouvait être attribuée aux suites du traitement. Si l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle demeurait inchangée, ce dernier avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité en position de travail assise ou alternée, sans travaux lourds, sans port de charges supérieures à 8kg, sans déplacements à pied sur des terrains irréguliers et sans tâches avec les bras au-dessus de la tête. En effet, le risque de récurrence ne justifiait pas une incapacité totale de travail. Quant à l'atteinte du système locomoteur (coude et rachis cervical), elle était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée (dossier AI pces 47, 65, 82, 89).

6.4 Sur ce vu, le Tribunal retient ce qui suit.

6.4.1 A l'évidence, la situation médicale de l'assuré s'est notablement modifiée par rapport à l'état de fait retenu dans la décision initiale, à forme de la rémission complète de son lymphome non hodgkinien. Dès lors que

l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée avait été retenue, essentiellement, à la lumière de ce diagnostic, un nouvel examen du droit à la rente du recourant s'avère pleinement fondé.

6.4.2 Cela étant, le second diagnostic incapacitant, soit le déficit fonctionnel résultant de l'ancienne fracture du coude droit, demeure valable. Une asthénie – attribuée par le Dr C. _____ aux suites du traitement contre le lymphome – est en outre toujours évoquée au chapitre des plaintes. Le diagnostic de cervicalgies a de surcroît été nouvellement formulé par rapport à la procédure initiale ; le recourant se plaint en effet de douleurs, en particulier au rachis cervical, des atteintes à la colonne ayant été documentées. Force est donc de constater que l'assuré souffrait encore, au jour de la décision de révision, d'atteintes à la santé potentiellement incapacitantes.

A cet égard, il a été retenu, dans le rapport E 213 du 21 novembre 2018, que le recourant était incapable de travailler de manière permanente depuis l'année 2016 dans toute activité, aucune amélioration ne pouvant être espérée. Succinctement motivé, le rapport évoque une asthénie et des algies cervicales et lombaires au chapitre des plaintes (dossier AI pce 55). Le rapport oncologique du 4 octobre 2018 énonçait également qu'il existait des raisons cliniques de reconnaître une invalidité permanente, à savoir les conséquences de l'atteinte à la colonne et le risque de récurrence du lymphome (dossier AI pce 56).

Le Dr C. _____ n'a pas adhéré aux conclusions des rapports susmentionnés, en tant qu'il a, au contraire, considéré que le recourant était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état. Il a relevé que le rapport E 213 ne mentionnait aucune limitation fonctionnelle au niveau de l'appareil locomoteur, que le risque d'une rechute ne justifiait pas de reconnaître une incapacité totale, et que l'atteinte du système locomoteur restait compatible avec une activité adaptée. Le médecin-conseil avait pourtant préconisé, au cours de la procédure de première instance, d'attendre la production d'un rapport de neurochirurgie pour juger l'importance de l'atteinte du rachis (cf. dossier AI pce 82), ce qui jette le doute sur le caractère non-incapacitant de cette affection. Plus encore, le Dr C. _____, bien qu'il ait évoqué une asthénie comme séquelle des traitements chimio- et radiothérapeutiques, ne s'est pas prononcé sur les conséquences de ce trouble sur la capacité de travail ; il s'agit pourtant de l'une des plaintes essentielles de l'intéressé, ainsi que de la principale raison pour laquelle il avait été jugé (partiellement) incapable de travailler en premier lieu (cf. consid. 6.2

supra). Le désaccord du Dr C. _____ avec les conclusions du rapport E 213 n'apparaît dès lors pas motivé à satisfaction.

6.4.3 Aussi, le dossier ne permet pas au Tribunal de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de l'assuré s'est amélioré de telle manière qu'il ne présente plus aucune incapacité de travail dans une activité adaptée à compter du 3 juillet 2018. Pour cette raison, la suppression de la rente ne peut être confirmée.

6.5 Par ailleurs, le Tribunal relève que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ordinaire, spécifique, mixte ; cf. consid. 4.2 *supra*) effectué par l'autorité inférieure est problématique. En effet, celle-ci a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus, soit comparé les revenus à plein temps, tirés des statistiques, d'un salarié dans la construction (revenu sans invalidité) et d'un salarié dans le secteur privé en général (revenu avec invalidité ; dossier AI pce 67). Or, le recourant n'était pas occupé à plein temps lors de la survenance des atteintes à sa santé, que ce soit en 2007 (fracture du bras) ou en 2014 (lymphome), et rien n'indique qu'il en serait allé différemment par la suite. L'intéressé avait au contraire indiqué ne plus avoir exercé aucune activité lucrative, sous réserve de certains petits emplois non déclarés, depuis son départ de Suisse en 2004 (dossier AI pces 20 p. 4, 25). L'OAIE lui avait d'ailleurs soumis un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage sur la base des déclarations précitées (cf. dossier AI pce 23). Dans ces circonstances, le choix de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité ne peut être confirmé, d'autant que l'OAIE n'a fourni aucune explication à ce sujet. L'application de la méthode mixte, voire de la méthode spécifique, est davantage indiquée, le Tribunal ne pouvant exclure, en l'état du dossier, que ce changement de méthode d'évaluation ait une influence sur le droit de l'intéressé à des prestations d'invalidité.

7.

7.1 Etant donné ce qui précède, le Tribunal se trouve dans l'impossibilité de contrôler le degré d'invalidité du recourant. Les pièces au dossier ne permettent en effet pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, des atteintes dont souffre l'intéressé et de leurs conséquences sur sa capacité de travail, ainsi que de son statut.

7.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi doit rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 de la constitution

fédérale du 18 avril 1999 [RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

7.3 Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi 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'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 s. ; arrêt du TAF C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les réf. cit.). En l'occurrence, il ressort du dossier que les atteintes à la santé du recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail n'ont pas été instruites comme il convient. Le statut de l'assuré, respectivement le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité par l'autorité inférieure – qui ne semblent pas exempts de contradictions – méritent de même des éclaircissements.

7.4 La cause devra donc être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il est en effet nécessaire de clarifier l'évolution de l'état de santé de l'assuré ainsi que l'éventuelle modification de sa capacité de travail. Il sied en outre de clarifier son statut, aux fins de déterminer à bon droit la méthode d'évaluation de l'invalidité à appliquer.

Ainsi, il incombera en particulier à l'OAIE de mettre en œuvre une expertise aux fins de déterminer si l'état de santé a connu une modification notable depuis 2016 et, le cas échéant, son effet sur la capacité de travail. Considérant le rapport produit par l'intéressé faisant état d'une récurrence de son lymphome en 2021 (cf. consid. D.e et D.f *supra*), il semble judicieux de tenir compte de cette évolution également dans le cadre de l'expertise. Aussi, l'autorité inférieure veillera à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet orthopédique, un volet de médecine

générale, un volet hémato-oncologique, ainsi que toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.2). L'OAIE clarifiera en outre le statut de l'assuré en ordonnant toute mesure d'instruction utile, en particulier auprès de l'intéressé lui-même. Il se prononcera ensuite à nouveau, dans une nouvelle décision, sur la révision du droit de l'assuré à des prestations d'invalidité (cf. art. 61 al. 1 PA).

7.5 Il s'ensuit que le recours est admis au sens des considérants et la décision du 16 mars 2020 annulée.

8.

Le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision revient à obtenir gain de cause (cf. ATF 146 V 28 consid. 7). Il n'est dès lors pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais versée par le recourant à concurrence de 812 francs (cf. pces TAF 16, 20) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Il n'est par ailleurs pas alloué de dépens à l'intéressé, qui a procédé seul et n'en réclame au demeurant pas (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif est porté à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 16 mars 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de 812 francs versé par le recourant à titre d'avance sur les frais de procédure présumés lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

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

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

Le président du collège :

La greffière :

Jérôme Candrian

Loucy Weil

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :