



Cour III
C-3949/2021

Arrêt du 7 février 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Philipp Egli, Christoph Rohrer, juges,
Coralie Tavel, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne)
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 30 juin 2021).

Faits :

A. A. _____ (ci-après : patient, assuré ou recourant) – ressortissant espagnol né le (...) 1961, divorcé, père de deux enfants B. _____ et C. _____ nés les (...) 1993 respectivement (...) 1998, sans formation certifiée – a travaillé à 100%, en Suisse comme maçon salarié et cotisé ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse durant 210 mois de juin 1986 à juillet 2004, ainsi qu'en Espagne comme maçon – d'abord salarié puis indépendant – cotisant aux assurances sociales espagnoles durant 5'321 jours de mars 1986 à février 2019 (OAIE pces 3, 13, 14, 31, 42, 48). Atteint d'une tendinite à l'épaule droite puis d'une néoplasie maligne de la prostate, il a présenté dès le 9 février 2018 une incapacité de travail de 20% et dès le 20 septembre 2018 une incapacité de travail de 100% et a perçu des indemnités journalières d'assurance-maladie du 9 février 2018 au 8 février 2019, puis une rente d'invalidité dès le 4 mars 2019, servies par la sécurité sociale espagnole (OAIE pces 1, 2, 4, 6, 21 p. 16, 22 p. 1, 29, 31, 33, 35, 36, 110).

B.

B.a Par décisions des 9 octobre 2019 et 12 novembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a reconnu à A. _____ une incapacité de travail de 20% dès le 13 avril 2018 et de 100 % dès le 20 septembre 2018 dans toute activité lucrative respectivement lui a alloué une rente entière – assortie d'une rente complémentaire liée à la sienne en faveur de son fils C. _____ – dès le 1^{er} août 2019, soit 6 mois après que la demande de prestations AI a été déposée le 22 février 2019 (OAIE pces 55, 54, 61, 69).

A l'appui de ce prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de position médicale de son Service médical (ci-après : SM/OAIE) établie le 5 juillet 2019 et complétée le 22 juillet 2019 par la Dre D. _____ (spécialiste en médecine interne et intensive) qui a retenu le diagnostic *principal* d'adénocarcinome prostatique Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, ainsi que le diagnostic *associé* avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sur sténose distale de l'urètre pénien. Le médecin-conseil SM/OAIE a expliqué que l'assuré avait subi en septembre 2018 une prostatectomie radicale et une résection transurétrale ayant entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative à partir du 20 septembre 2018. Elle a

ajouté que si les symptômes urinaires présentés dès le 13 avril 2018 n'avaient pas été invalidants au sens strict, une pathologie tumorale pouvait en revanche être considérée comme ayant été partiellement invalidante, de sorte qu'une incapacité de travail de 20% pouvait être retenue dès le 13 avril 2018. Le traitement prescrit avait consisté en la prise d'Eligard semestriel. Compte tenu de la pathologie, du traitement initial et des options thérapeutiques encore disponibles (immunothérapie), la Dre D. _____ a suggéré d'engager une procédure de révision précoce dès le 5 juillet 2020 (OAIE pces 42-45).

B.b En août 2020, l'OAIE a initié d'office une procédure de révision du droit à la rente entière (OAIE pces 70, 72, 77, 78).

B.b.a Procédant à l'instruction médicale de celle-ci, l'OAIE a versé au dossier les nouveaux rapports et documents médicaux suivants :

- un rapport de cytopathologie du 28 novembre 2019 de la Dre E. _____ (médecin auprès du Service d'anatomie pathologique du Complexe hospitalier universitaire F. _____) établissant l'absence d'indices cytologiques de malignité, l'existence de miction spontanée et une flore coccobacillaire (OAIE pces 84, 99) ;
- des tests de laboratoires effectués le 25 juin 2020 auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____ (OAIE pce 83) ;
- un rapport du 25 août 2020 du Dr G. _____ (médecin – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès du Service de santé H. _____) rappelant que l'assuré faisait l'objet d'un suivi médical en raison de néoplasies de la vessie et de néoplasies de la prostate, qu'il subirait prochainement une cystoscopie, une cytologie urinaire et des analyses de sang et qu'un traitement de privation androgénique sous forme d'Eligard tous les six mois lui était prescrit (OAIE pces 86 ;100) ;
- une ordonnance médicamenteuse du 25 août 2020 (OAIE pce 88) ;
- un rapport du 9 décembre 2020 du Dr I. _____ (spécialiste auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) relatant un adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1, une tumeur vésicale superficielle de bas grade, des indices en faveur d'un cancer de la prostate résistant à la castration (ci-après : CPRC), un calibre urinaire stable, une captation de choline dans le pubis et les adénomégalies,

un état de santé stable ; le patient suivait une thérapie de déprivation androgénique ; la réalisation d'une cytoscopie et d'une cytologie pour contrôler la vessie, d'un PET scan avec injection de choline et de deux analyses de confirmation d'un éventuel CPRC avait été demandée (cf. extrait du cursus clinique de l'assuré auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F._____ [OAIE pce 103, p. 4]) ;

- un rapport médical détaillé « E 213 » établi le 19 janvier 2021 – après un examen clinique du 18 décembre 2020 – par le Dr J._____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de l'Institut national de sécurité sociale de K._____) indiquant que le patient présentait un adénocarcinome prostatique de score Gleason 8, un carcinome de la vessie, un status après une prostatectomie radicale, une résection transurétrale de la vessie et une lymphadénectomie bilatérale pratiquées en septembre 2018; que les diagnostics retenus étaient ceux d'adénocarcinome prostatique de score Gleason 8, de carcinome de la vessie, d'asthénie, de pollakiurie, d'hypertension artérielle et d'excès pondéral ; qu'aucune altération psychopathologique n'était observée ; que les traitements administrés se composaient d'Eligard semestriel, de Prolia, de Sinvastatina, de Candesartan ; que les processus néoplasiques de la vessie et de la prostate devaient être suivis ; que les résultats des tests notamment d'une cytoscopie et d'une cytologie portant sur le carcinome vésical ainsi que des tests pour déterminer l'existence d'un éventuel CPRC étaient attendus ; qu'il n'était pas possible en l'état de se déterminer sur une éventuelle amélioration de la capacité de travail de l'assuré (OAIE pce 97) ;
- une prise de position médicale SM/OAIE du 22 février 2021 aux termes de laquelle le Dr L._____ (médecin généraliste) a retenu le *diagnostic principal* d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales et le *diagnostic associé avec répercussions sur la capacité de travail* de carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sur sténose distale de l'urètre pénien ayant entraîné une incapacité de travail de 100% depuis le 13 avril 2018 dans l'activité habituelle de maçon respectivement de 20% depuis le 13 avril 2018, de 100% depuis le 20 septembre 2019 et de 50% depuis le 19 janvier 2021 (correspondant à la date du rapport médical détaillé « E 213 » susmentionné) dans une activité lucrative respectueuse d'une limitation fonctionnelle générale liée à l'asthénie ainsi que des limitations fonctionnelles spécifiques suivantes: travail

s'exerçant à mi-temps en position assise, sans activité nécessitant de se pencher ni port de charges de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance ; le Dr L. _____ a précisé observer une évolution régulière de l'état de santé sans autres complications, sans signes de récurrence ni métastases des néoplasmes, l'état de santé n'étant pas stabilisé ; sous traitement continu d'hormonothérapie, une fatigue prononcée persistait ; grâce à la stabilisation de la situation clinique avec confirmation d'un bon état général, le Dr L. _____ a considéré que l'exercice à 50% d'une activité lucrative légère était opposable à l'assuré (OAIE pce 106) ;

- une prise de position médicale SM/OAIE complémentaire du 17 mars 2021 aux termes de laquelle le Dr L. _____ (médecin généraliste) a modifié sa précédente prise de position en ce sens qu'il a indiqué reprendre les incapacités de travail retenues précédemment par la Dre D. _____ dans sa prise de position médicale du 5 juillet 2019, à savoir une incapacité de travail de 20% depuis le 13 avril 2018 puis de 100% depuis le 20 septembre 2018 dans l'activité lucrative habituelle de maçon respectivement de 20% depuis le 13 avril 2018, de 100% depuis le 20 septembre 2018 et de 50% depuis le 19 janvier 2021 dans une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles précitées ; il a retenu une stabilisation de l'état clinique, sans autres complications ni traitements lourds en cours, l'état de santé n'étant pas stabilisé ; il a ajouté que si la recherche d'une activité lucrative de substitution à l'âge de 59 ans pouvait s'avérer difficile, cet élément n'entraîne pas en ligne de compte dans l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail (OAIE pce 109).

B.b.b Par préavis du 22 avril 2021 fondé sur les prises de position médicales SM/OAIE des 22 février 2021 et 17 mars 2021, l'OAIE a informé A. _____ qu'il entendait réduire sa rente entière à une demi-rente, considérant que malgré une fatigabilité marquée persistante ainsi que le traitement d'hormonothérapie, son état de santé présentait une amélioration notable depuis le 19 janvier 2021 à la faveur d'une stabilisation de son état de santé clinique sans complications ultérieures, ni signes de récurrence, ni métastases, ni mise en place d'une thérapie lourde. A l'aune de ces constats médicaux, force était de constater qu'il subsistait une atteinte à la santé entraînant les limitations fonctionnelles prémentionnées (cf. supra lettre B.b.a p. 5) nonobstant lesquelles l'assuré pouvait exercer une activité lucrative de substitution, l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de maçon demeurant de 100%. Le taux d'invalidité de 56% – calculé en application de la méthode générale d'évaluation de l'invalidité – en résultant

fondait une diminution de la rente entière à une demi-rente (OAIE pces 109, 110, 111, 124, 125).

B.b.c Par lettre postée le 2 juin 2021 (OAIE pce 121), A. _____ a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, contestant toute amélioration de son état de santé, plus particulièrement la stabilisation de son état de santé clinique ainsi que l'absence de complications médicales. Malgré les traitements et les mesures de réhabilitation, il n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative ni même d'accomplir les activités les plus basiques de la vie quotidienne, et ce en raison de la fatigue et de l'épuisement causés par le traitement hormonal. En outre, il avait développé de nouvelles atteintes à la santé, à savoir une arthropathie dégénérative de l'épaule droite, une pathologie dégénérative du rachis cervical, une cervicarthrose légère lui causant des cervicalgies, un syndrome sous-acromial droit résultant d'un conflit de l'espace sous-acromial avec une arthropathie acromio-claviculaire, des séquelles fonctionnelles résultant du processus néoplasique et du traitement hormonal, ainsi qu'une altération de son état émotionnel. A l'appui de ses allégués, il a produit notamment la documentation médicale suivante :

- un rapport de cytopathologie du 4 février 2021 de la Dre E. _____ (médecin auprès du Service d'anatomie pathologique du Complexe hospitalier universitaire F. _____) établissant l'absence d'indices de malignité cytologique, l'existence de miction spontanée et une flore coccobacillaire (OAIE pce 118) ;
- un rapport médical du 10 mai 2021 du Dr M. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) indiquant que l'assuré présentait un status d'adénocarcinome de la prostate, de néoplasie de la vessie, d'arthropathie dégénérative de l'épaule droite, de syndrome sous-acromial droit dû à un conflit de l'espace sous-acromial avec arthropathie acromio-claviculaire radiologique, de pathologie dégénérative du rachis cervical, de cervicalgies dues à une légère cervicarthrose, d'hypertension artérielle ainsi que des antécédents d'hypoacousie ; qu'une amélioration de la pathologie existante sans signes de rechute s'était faite jour, laquelle n'impliquait pas pour autant une récupération de la capacité fonctionnelle ; les conséquences de l'hormonothérapie, telles que la fatigue et la lassitude, persistaient et altéraient l'état émotionnel du patient ; l'existence de ces lésions ainsi que les séquelles fonctionnelles du processus néoplasique et de l'hormonothérapie substitutive s'opposaient à toute amélioration de la capacité fonctionnelle, qu'elles

avaient au contraire contribué à diminuer, de même qu'elles limitaient les chances de réinsertion professionnelle de l'assuré (OAIE pce 117) ;

- un rapport médical du 13 mai 2021 de la Dre N. _____ (médecin – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès du Complexe hospitalier universitaire F. _____) selon laquelle l'assuré présentait un cancer avec des métastases au niveau des os (M1b) propagé aux ganglions lymphatiques voisins (N1), un adénocarcinome de grade 5 pT3b Pn1, une tumeur vésicale superficielle de bas grade, des adénomégalies pubiennes, une hypertension artérielle sous traitement, et suivait une thérapie de déprivation androgénique (traitement hormonal) (OAIE pce 116).

B.b.d Aux termes la prise de position SM/OAIE établie le 15 juin 2021, le Dr L. _____ (médecin généraliste) a retenu le *diagnostic principal* d'adénocarcinome prostatique avec un score de Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, actuellement sans signes d'activité tumorale, et les *diagnostics associés – avec répercussions sur la capacité de travail* – de 1° carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sténose distale de l'urètre pénien, 2° de cervicarthrose et 3° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire entraînant une incapacité de travail dans l'ancienne profession de maçon de 20% depuis le 13 avril 2018 et de 100% depuis le 20 septembre 2018, mais permettant depuis le 19 janvier 2021 (date correspondant à l'établissement du rapport médical détaillé « E213 ») l'exercice à 50 % d'une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles médicales précédemment retenues (cf. supra lettre B.b.a p. 5). En particulier, il a expliqué que l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ayant des répercussions sur sa capacité de travail résidait dans la stabilisation de l'état de santé clinique sans autres complications ni traitements lourds continus. Précisant que l'état de santé n'était pas stabilisé, il a ajouté qu'en sus de la stabilisation de la maladie tumorale, les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituaient pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à l'exercice d'un travail sédentaire à mi-temps (OAIE pce 123).

B.b.e Par décision du 30 juin 2021 et communication du 1^{er} octobre 2021 fondées sur la prise de position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 22 avril 2021 respectivement a diminué, d'une part la rente entière de l'assuré à une demi-rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la

notification de la décision, d'autre part la rente complémentaire à la sienne en faveur de son fils C. _____ à partir du 1^{er} août 2021. A l'argumentation développée dans son préavis, l'autorité inférieure a ajouté que la documentation médicale ainsi que les observations produites par A. _____ en procédure d'audition ne contenaient pas d'arguments cliniques objectifs incompatibles avec l'exercice à mi-temps d'un travail sédentaire. Sur le plan procédural, elle a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (OAIE pces 123, 124, 125, 127, 135, 136).

C.

C.a Par écriture postée le 27 août 2021, A. _____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) contre la décision de l'OAIE du 30 juin 2021 dont il requiert l'annulation en concluant au maintien de son droit à une rente entière. En bref et pour l'essentiel, il conteste qu'une amélioration de son état de santé se soit produite – en particulier qu'aucun signe de récurrence et de métastases n'existerait – de sorte qu'il pourrait exercer une activité lucrative. A l'appui de ses allégués, il joint plusieurs rapports médicaux figurant déjà au dossier et produit une version actualisée au 30 juin 2021 de son cursus clinique auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____ (TAF pce 1, annexe), comprenant en particulier les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 28 avril 2021 du Dr I. _____ (médecin auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) relatant un adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1, une tumeur vésicale superficielle de bas grade, une activité accrue de la lésion osseuse mais sans nouvelles accumulations, une cytologie négative et l'absence de signes de récurrence ressortant de la cytoscopie, une captation de choline dans les adénomégalies et le pubis, l'absence de douleurs osseuses, une extension de la fosse naviculaire, des épisodes d'hypertension artérielle paroxystique difficile à contrôler et un état de santé stable ; le patient suivait une thérapie de déprivation androgénique ; deux analyses pour confirmer un éventuel CPRC étaient en cours;
- deux rapports des 2 et 30 juin 2021 du Dr I. _____ (médecin auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) établissant un adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1, un CPRC (M1b), une tumeur vésicale superficielle de bas grade, une captation de choline dans les adénomégalies et le pubis, l'absence de douleurs osseuses, la persistance de bouffées de chaleur,

ainsi qu'un bon état général ; le patient suivait une thérapie de déprivation androgénique et un traitement d'enzalutamide avait été introduit pour soigner le CPRC, ainsi que du Losartan/Hydrochlorotiazida pour la tension artérielle.

C.b Par écriture responsive du 23 décembre 2021, l'OAIE – considérant que les pièces médicales produites par l'assuré en procédure de recours sont identiques à celles précédemment transmises – conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à l'ensemble de la documentation médicale à disposition et en particulier au rapport médical détaillé « E 213 » établi le 19 janvier 2021 par le Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.). Il ajoute qu'une révision du droit à la rente avancée au 5 juillet 2020 avait été préconisée par la Dre D. _____ (médecin SM/OAIE spécialisée en médecine interne et intensive) dans sa prise de position médicale du 5 juillet 2019 compte tenu des options thérapeutiques (TAF pce 10).

C.c Par ordonnance du 30 décembre 2021 notifiée au recourant le 17 janvier 2022, le Tribunal lui a transmis un double de la réponse de l'autorité inférieure et l'a invité à déposer une réplique (TAF pce 11).

C.d Le recourant n'y ayant pas donné suite, le Tribunal a clôturé l'échange d'écritures par ordonnance du 28 février 2022, sous réserve d'éventuelles mesures d'instruction (TAF pce 13).

C.e Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.

Droit :

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 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.1 Sous réserve d'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 de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF 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 PA prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce, le recourant ayant un intérêt à la continuation de la perception d'une rente d'invalidité entière et donc à la modification de la décision attaquée.

1.4 Interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de la procédure ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA) (TAF pces 1, 2, 9, 6).

2.

L'objet du litige porte sur la diminution à une demi-rente du droit de l'assuré à une rente entière.

3.

Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant cotisé en Suisse et en Espagne, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement

européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'Annexe II en relation avec la section A de l'Annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le 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).

4.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op.cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd., 2022, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). Conformément à l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation

inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

5.

5.1 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).

5.2 Pour sa part, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1, 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'occurrence, le présent litige porte sur la décision du 30 juin 2021 de l'OAIE de réduire à une demi-rente, le droit du recourant à une rente entière, compte tenu d'une éventuelle amélioration de sa capacité de travail à partir du 19 janvier 2021 (cf. supra let. B.b.d). Cela étant, la cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

5.3 Sur le plan factuel, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 30 juin 2021). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, op.cit. § 2.204, p. 132; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer

l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b).

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI 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 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 l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

S'agissant des maladies psychiques, tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, autrement appelées « *troubles somatoformes douloureux* », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la

lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un·e expert·e (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « *degré de gravité fonctionnel* » (consid. 4.3), comprenant le complexe « *atteinte à la santé* » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « *personnalité* » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « *contexte social* » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « *cohérence* » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

6.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

6.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

6.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert·e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 22 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

6.2.3 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents

pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 43).

Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 43).

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d).

6.3 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable.

6.3.1 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse avec 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 fondé sur une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, en présence d'indices laissant entrevoir une modification des facteurs économiques (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 20 ; VALTERIO, op.cit., art. 31 n. 19). Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.).

6.3.2 Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op.cit., art. 31 n° 11 ss). L'établissement d'un motif de révision s'effectue par la comparaison de l'état antérieur et l'état actuel. La constatation de l'état de santé actuel et des répercussions fonctionnelles qui en découlent constitue certes le point de départ de l'évaluation ; elle ne doit toutefois pas avoir lieu de manière indépendante, mais au contraire refléter une différence concrète avec l'état antérieur pour devenir pertinente dans le cadre de la décision de révision de rente. Les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée. La valeur probante d'une évaluation médicale complète, cohérente et concluante, qui

satisferait en soi les exigences posées par la jurisprudence en vue d'une première évaluation du droit à la rente, fait donc en général défaut lorsque celle-ci diffère d'une évaluation précédente sans se prononcer suffisamment sur la mesure dans laquelle une modification effective de l'état de santé s'est produite. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêts du TF 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 ; 8C_170/2017 du 13 octobre 2017 consid. 5.2).

6.3.3 La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision (arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale répondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification notable de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits constitutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; arrêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 12).

6.3.4 Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI).

7.

En l'espèce, afin d'examiner le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 30 juin 2021 réduisant à une demi-rente le droit du recourant à une rente entière (cf. *infra* consid. 7.2-7.3), il convient de comparer les faits ayant présidé à ce prononcé avec ceux ayant fondé l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} août 2019 par décision du 9 octobre 2019 (cf. *infra* consid. 7.1), correspondant au dernier examen matériel du droit à la rente.

7.1 Par décisions du 9 octobre 2019 et 12 novembre 2019, l'OAIE a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière à partir du 1^{er} août 2019 compte tenu d'une incapacité de travail de 20% dès le 18 avril 2018 et de 100% dès le 20 septembre 2018 dans toute activité lucrative. Cette décision a été fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE établie le 5 juillet 2019 et complétée le 22 juillet 2019 par la Dre D. _____ (spécialiste en médecine interne et intensive) qui a posé le diagnostic *principal* d'adénocarcinome prostatique Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, ainsi que le diagnostic *associé avec répercussions sur la capacité de travail* de carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sur sténose distale de l'urètre pénien. Elle a expliqué que le patient souffrait d'un adénocarcinome prostatique avec métastatisation hilaire bilatérale et osseuse (symphyse pubienne droite) malgré une prostatectomie radicale suivie d'une hormonothérapie. Lors du bilan, une néoplasie vésicale papillaire de bas grade avait également été mise en évidence, nécessitant (dans le même temps opératoire) une résection transurétrale de la vessie. L'intervention avait été compliquée en raison de rétentions urinaires récidivantes sur sténose méatale. L'intervention chirurgicale subie en septembre 2018 avait entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. En revanche, les symptômes urinaires (pollakiurie) présentés dès le 13 avril 2018 n'avaient pas été au sens strict invalidants, mais la pathologie tumorale pouvait être considérée comme partiellement invalidante de sorte qu'une incapacité de travail de 20% pouvait être retenue dès le 13 avril 2018. Le traitement prescrit à l'assuré consistait en la prise d'Eligard semestriel (OAIE pces 42-45).

7.2 Pour réduire à une demi-rente le droit de l'assuré à une rente entière par la décision litigieuse prononcée le 30 juin 2021, l'autorité inférieure a considéré que celui-ci présentait une amélioration de son état de santé lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans une activité lucrative de substitution depuis le 19 janvier 2021 (OAIE pces 109, 111, 124, 127). A l'appui de son prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de

position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____ (médecin généraliste) aux termes de laquelle l'assuré présente le *diagnostic principal* d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, sans signes d'activité tumorale, et les *diagnostics associés avec répercussions sur la capacité de travail* de 1° carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien, 2° de cervicarthrose et 3° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire entraînant une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne profession de maçon mais permettant depuis le 19 janvier 2021 – date correspondant à la date du rapport médical détaillé « E 213 » du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) – l'exercice à 50 % d'une activité lucrative respectant une limitation fonctionnelle générale due à l'asthénie ainsi que les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes : travail s'exerçant en position assise, sans activités nécessitant de se pencher, sans port de charge de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance. Le médecin SM/OAIE a précisé que l'état de santé clinique s'était stabilisé et que les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituaient pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps, l'état de santé de l'assuré n'étant au demeurant pas stabilisé (OAIE pce 123).

7.2.1 Le recourant – qui conteste toute amélioration de son état de santé, en particulier l'absence de récurrence et de métastases – soutient que l'augmentation de l'activité pathologique dans la lésion osseuse démontrerait au contraire une aggravation de son état de santé clinique. A cet égard, il se prévaut en particulier d'une augmentation de la captation de choline au niveau osseux qui confirmerait l'aggravation de la situation clinique. Il ajoute que ses pathologies ainsi que le traitement à base d'enzalutamide – lequel impliquerait d'être surveillé par un tiers pour chaque prise de médicament et de se tenir à proximité d'un centre médical ou d'un hôpital – administré dès le 21 juin 2021 lui causeraient des éruptions de la peau, des difficultés respiratoires, un gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge, des bouffées de chaleur, des rougeurs au visage, une défiguration faciale, des pertes urinaires, des œdèmes, de l'hypertension artérielle et une humeur déprimée. Ces effets secondaires, qui entraveraient gravement ses contacts et rapports sociaux, ainsi que la nécessité de se trouver près d'un hôpital pour chaque prise du médicament seraient incompatibles avec l'exercice de quelque activité lucrative que ce soit.

7.2.2 L'OAIE, qui conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, retient que les pièces produites en procédure de recours seraient identiques à celles produites précédemment. Sur le fond, l'autorité inférieure fait valoir que selon son service médical, l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et en particulier le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) établiraient que l'état de santé de l'assuré se serait notablement amélioré depuis le 19 janvier 2021 à la faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique grâce au traitement contre le cancer, l'assuré ne présentant pas de complications ultérieures et n'étant pas soumis à un traitement lourd. Même si une fatigue due au traitement hormonal persistait, l'assuré était médicalement apte à exercer à 50% une activité lucrative légère depuis le 19 janvier 2021 (TAF pce 10).

7.3 Pour réduire le droit à la rente du recourant, l'OAIE, reprenant l'avis du Dr L. _____ (médecin-conseil SM/OAIE), considère que l'assuré présente une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de la situation clinique avec confirmation d'un bon état général sans autres complications, ni signes de récurrence ni de métastases ni de thérapies lourdes. Nonobstant la persistance d'une fatigue marquée résultant du traitement continu d'hormonothérapie, l'assuré aurait ainsi récupéré depuis le 19 janvier 2021 une capacité de travail de 50% dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenues.

7.3.1 Or, le rapport du 9 décembre 2020 du Dr I. _____ (spécialiste auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) et le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) indiquent que l'assuré présente les symptômes d'un éventuel CPRC, des analyses médicales ayant été demandées afin de confirmer ou d'infirmier le diagnostic (OAIE pces 103, 97). Les 2 et 30 juin 2021, le Dr I. _____ confirme le diagnostic de CPRC, ce dernier étant alors de stade M1b, constate la prise d'enzalutamide pour le traiter, et en outre constate un bon état général du patient dans un contexte de tumeur vésicale superficielle de bas grade et d'adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1 traitée par thérapie de déprivation androgénique (TAF pce 1, annexe).

Les rapports précités établissent ainsi que contrairement aux constatations de l'OAIE et du Dr L. _____, l'assuré présente depuis la décision d'octroi de rente prononcée le 9 octobre 2019 le nouveau diagnostic de CPRC M1b

traité par voie d'enzalutamide depuis juin 2021. Aussi la pathologie d'adénocarcinome prostatique de score Gleason 8 (4 + 4) sur métastases dans la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales ainsi que de carcinome vésical avec sténose de l'urètre pénien ne s'est-elle pas stabilisée, mais semble-t-il péjorée. Cela étant, force est de constater que l'OAIE, suivant en cela l'avis du Dr L. _____, a considéré à tort que les pièces médicales produites par l'assuré en procédure de recours étaient identiques à celles transmises auparavant et ce faisant, a retenu de manière erronée que l'assuré présentait une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique, sans autres complications, ni signes de récurrence, ni métastases. Il apparaît ainsi que la capacité résiduelle de travail prétendument recouvrée par l'assuré à hauteur de 50% dans une activité lucrative de substitution à compter du 19 janvier 2021 a été retenue en méconnaissance du CPRC et du traitement d'enzalutamide en résultant (OAIE pces 42, 55, 54, 61, 69, 97 p. 7 et p. 8, 103 p. 4, 124, 116 ; TAF pces 1, 10, annexe).

7.3.2 A cela s'ajoute que dans ses prises de position médicales des 22 février 2021 et 17 mars 2021, le Dr L. _____ retient le *diagnostic principal* d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales et le *diagnostic associé* avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien entraînant les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes: travail s'exerçant à mi-temps en position assise, sans activité nécessitant de se pencher, ni port de charges de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance (OAIE pces 106, 109 ; cf. supra lettre B.b.a p. 4 s.). Dans sa prise de position du 15 juin 2021, le Dr L. _____ retient les deux nouveaux diagnostics de 1° cervicarthrose et 2° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire qu'il considère comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, en même temps qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues pour les seuls adénocarcinome prostatique et carcinome vésical. Compte tenu de la nature oncologique d'une part et orthopédique d'autre part des atteintes diagnostiquées, l'explication du Dr L. _____ selon laquelle les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituent pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps (cf. prise de position médicale du Dr L. _____ du 15 juin 2021 [OAIE pce 123]) n'emportent pas la conviction de la Cour de céans, à défaut de décrire en quoi la cervicarthrose et l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire interfèrent, concomitamment avec

l'adénocarcinome prostatique et le carcinome vésical, concrètement sur la capacité de travail de l'assuré.

7.3.3 De surcroît, le Dr L. _____ est un généraliste qui ne dispose des connaissances requises ni en oncologie ou/et urologie ni en orthopédie.

7.3.4 Au vu des développements précités, force est de constater qu'il subsiste des doutes décisifs sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles en résultant respectivement sur la capacité résiduelle de travail et de gain de l'assuré. Partant, l'OAIE ne pouvait valablement fonder la décision litigieuse sur la prise de position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____. Aussi le Tribunal de céans considère-t-il que l'instruction de la présente procédure de révision ne permet pas en l'état de statuer en connaissance de cause sur une éventuelle amélioration de l'état de santé et de la capacité résiduelle de travail respectivement de gain de l'assuré. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle diminution du droit à la rente de l'assuré, cela en violation de l'art. 43 LPGA. A cet égard, le rapport du 10 mai 2021 du Dr M. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) – selon lequel l'existence des lésions présentées par l'assuré ainsi que les séquelles fonctionnelles du processus néoplasique et de l'hormonothérapie substitutive s'opposeraient à toute amélioration de la capacité fonctionnelle du patient – ne saurait suffire pour statuer in casu en connaissance de cause, ces constats étant établis par un médecin traitant (cf. *supra* consid, 6.2.2) ne disposant de surcroît pas des connaissances spécialisées en urologie et/ou oncologie.

7.3.5 Par conséquent, il convient de renvoyer le dossier à l'OAIE en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'il complète l'instruction de la cause en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le cas échéant d'une procédure probatoire structurée (cf. *supra* consid. 6.1, 2^{ème}§) dans les disciplines de l'oncologie, de l'urologie, de l'orthopédie, ainsi que, le cas échéant, de la psychiatrie – l'assuré évoquant une humeur déprimée (cf. écriture de recours du 27 août 2021 [TAF pce 1] ; voir également le rapport médical du 10 mai 2021 du Dr M. _____ [OAIE pce 117 ; cf. *supra* lettre B.b.c] – auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72^{bis} al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée

sur l'évolution de l'état de santé, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans toute activité lucrative, cela depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. En particulier, ce dernier devra répondre aux réquisits jurisprudentiels en matière d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3) et établir si l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont modifiés de manière notable durant la période courant depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'à la date d'établissement du rapport d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3; TAF, arrêt C-1336/2021 du 21 décembre 2023 consid. 6.10 et 6.11). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Si des évaluations médicales autres que celles des disciplines précitées se révèlent nécessaires, les experts en ordonneront la mise en œuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3 avec renvois).

Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst.), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit des questions déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du F 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en Espagne, il n'y a pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

7.3.6 Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète l'instruction médicale dans le sens des considérants et qu'elle rende une nouvelle décision, le cursus clinique de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F._____ pour la période courant du 13 avril 2018 au 30 juin 2021 lui étant transféré à cette fin.

8.

Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans rappelle que lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du TF, 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid.3.3 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

9.

Le Tribunal ajoute que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente couvre également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal pour instruction complémentaire (ATF 129 V 370 consid. 4), pour autant que la procédure de révision n'ait pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également les arrêts du TF 9C_567/2017 du 21 novembre 2017 consid. 2.2, 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4 et 9C_207/2014 du 1er mai 2014 consid. 5.3). Tel n'est en l'occurrence pas le cas, la présente procédure de révision ayant été initiée sur la base de la prise de position médicale SM/OAIE du 5 juillet 2019 de la Dre D._____ (OAIE pce 42), de sorte que le retrait de l'effet suspensif prononcé par la décision litigieuse du 30 juin 2021 sera maintenu durant le complément d'instruction jusqu'au prononcé de la nouvelle décision de l'OAIE.

10.

Il reste à statuer sur les frais de la cause.

10.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase PA).

10.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 22 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le

Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Dans la mesure où le recourant n'est pas représenté, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'OAIE du 30 juin 2021 est annulée et la cause renvoyée à ce dernier pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

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

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.)

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Coralie Tavel

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss 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. 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :