



---

Cour III  
C-4785/2019

## Arrêt du 6 septembre 2023

---

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),  
Regina Derrer, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,  
Frédéric Lazeyras, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, (France),  
représenté par Maître Charles Poupon,  
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 19 août 2019).

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

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assuré ou recourant) est un ressortissant suisse, né le (...) 1964, père de deux enfants nés le (...) 1986 respectivement le (...) 1992. Il est veuf depuis le mois de novembre 2012, date du décès de sa seconde épouse. Détenteur d'un CFC de forestier-bûcheron, il a exercé cette activité jusqu'en 1991, puis celle de maçon, cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI) suisse de janvier 1982 à décembre 1999 (AI pces 1, 5, 9 et 277 p. 700). En raison d'une chute survenue le 28 février 1999, il a subi une contusion au niveau du coccyx suivie d'une lombosciatalgie L5-S1 à droite, exacerbant un précédent traumatisme du rachis lombaire causé en 1982 par un accident professionnel, et entraînant une incapacité totale de travail à compter du même jour respectivement la perception, jusqu'au 28 octobre 1999, d'indemnités journalières acquittées par l'assureur-accidents de son employeur (AI pces 11, 27 pp. 49 et 70, 47). A.\_\_\_\_\_ a été congédié pour raisons de santé avec effet au 31 juillet 2000 (AI pce 9).

**B.**

Le 22 mai 2000, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations d'invalidité pour des douleurs lombaires de type sciatique à gauche, des douleurs réflexes dorsales et cervicales entraînant des vertiges, des troubles divers et des problèmes de sommeil (AI pce 1).

**B.a** Procédant à l'instruction de celle-ci, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-B.\_\_\_\_\_) a porté au dossier notamment un rapport d'expertise établi le 22 mai 2002 par l'expert C.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale et maladies rhumatismales) aux termes duquel l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux chronique par rachidien avec pseudosciatalgies bilatérales et brachialgies droites, de troubles modérés de la statique vertébrale (hypercyphose dorsale, hyperlordose cervicale et lombaire, scoliose dorsolombaire en « S »), d'une spondylolyse L5 bilatérale avec antélisthésis en L5-S1 de stade I selon Mayerding, d'une discopathie L5-S1 et d'une discopathie débutante C4-C5. Nonobstant ces atteintes, l'assuré disposait à moyen terme d'une capacité résiduelle de travail supérieure à 70% dans une activité lucrative adaptée, une diminution de rendement de l'ordre de 30% dans l'exercice d'une telle activité subsistant en raison du syndrome de déconditionnement musculaire lié à l'inactivité et d'un état dépressif (AI pce 72 pp. 209 et 212). Sur le plan psychique, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a complété l'instruction de la demande par un rapport d'expertise établi le 21 octobre 2002 par l'expert

D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie auprès du Centre E. \_\_\_\_\_, du canton B. \_\_\_\_\_ [ci-après : Centre E. \_\_\_\_\_]) lequel a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, épisode isolé et sévère, un syndrome de stress post-traumatique et un trouble panique avec agoraphobie entraînant des troubles de la concentration et une importante irritabilité, respectivement une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis l'automne 2001 (AI pce 88 pp. 244-245). Se fondant sur les deux rapports d'expertise précités ainsi que sur les avis des 11 novembre 2002 et 2 juin 2003 du Dr F. \_\_\_\_\_ (médecin auprès de l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ [AI pces 90 et 114]), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure), statuant par décisions sur opposition du 18 décembre 2003 remplaçant celles des 18 mars et 28 avril 2003, a mis A. \_\_\_\_\_ au bénéfice d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> février 2000 – assortie d'une rente complémentaire en faveur du conjoint ainsi que de deux rentes entières pour enfant liées à celle du père – compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis février 1999 (AI pces 1, 104, 110, 127, 128).

**B.b** A l'issue de trois procédures de révision d'office, le droit de A. \_\_\_\_\_ à une rente entière a été confirmé par décision du 23 mai 2005 et communications des 31 juillet 2008 et 2 septembre 2011 (AI pces 132, 139, 150).

**B.c** Une quatrième procédure de révision d'office a été initiée en avril 2012.

**B.c.a** Dans le cadre de celle-ci, une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie a été réalisée auprès du Centre G. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre G. \_\_\_\_\_). Selon le rapport établi le 30 juillet 2013 par les experts H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale), I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) et J. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie), l'assuré souffrait de troubles dégénératifs du rachis avec discopathies cervicales et lombaires et d'un spondylolisthésis de degré I en L5-S1 qui rendaient impossible depuis février 1999 la poursuite des activités de maçon et de bûcheron exercées jusqu'alors, mais qui n'empêchaient pas la poursuite à plein temps et sans diminution de rendement d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le patient présentait également des troubles statiques modérés au niveau du rachis, une surcharge pondérale et une hypertension artérielle sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sous forme de deuil (Classification Internationale des Maladies [ci-après : CIM-10], F43.21) qui – s'il prenait un antidépresseur – ne justifiait plus d'incapacité de travail au-delà de

six mois après le décès de sa femme, une probable dysthymie (CIM-10, F34.1) ainsi qu'une agoraphobie avec probable trouble panique (CIM-10, F40.01) sans répercussions sur la capacité de travail. La tendance du patient à se retirer socialement n'était ni d'ordre médical, ni handicapante (AI pce 173 pp. 402-404). Les conclusions du rapport du Centre G. \_\_\_\_\_ ont été reprises par le Dr K. \_\_\_\_\_ (médecin auprès de l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_) qui a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée était entière depuis le 30 juillet 2013 (cf. rapport SMR du 19 août 2013 [AI pces 162 et 177]).

**B.c.b** Compte tenu de ces considérations médicales, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a pris en charge une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle sous la forme d'un entraînement progressif du 6 janvier au 30 juin 2014 auprès de Caritas B. \_\_\_\_\_. Malgré sa bonne volonté, l'assuré a toutefois rapidement atteint ses limites physiques et montré d'importantes difficultés à assumer une activité au taux initialement convenu de 30%, de sorte qu'il n'a pas été possible d'atteindre une capacité de travail stable de 50% visée par le contrat d'objectifs. L'OAI-B. \_\_\_\_\_ n'a pas prolongé la mesure de réinsertion professionnelle au-delà du 30 juin 2014 et a clôturé le mandat de réadaptation professionnelle, les objectifs fixés n'ayant pas été atteints (AI pces 185, 190, 192, 196, 197, 198, 203).

**B.c.c** Le 17 novembre 2014, l'OAIE a supprimé le droit de l'assuré à une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 – correspondant au premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision – compte tenu d'un taux d'invalidité de 29% et a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours (AI pce 222).

**B.c.d** Par arrêt du 9 juin 2016 rendu dans la cause C-7542/2014, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) a considéré que l'examen de l'état de santé de l'assuré par les experts du Centre G. \_\_\_\_\_ n'avait été ni complet, ni probant. Sous l'angle somatique, ceux-ci n'avaient pas examiné l'artériopathie débutante au niveau des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques que la Dresse L. \_\_\_\_\_ avait signalée dans son rapport du 24 septembre 2014 (AI pce 212). Ils ne s'étaient pas non plus déterminés au sujet de l'accident vasculaire cérébral évoqué par l'assuré (AI pces 173 p. 15 et 181 p. 2). Du point de vue psychiatrique, les diagnostics posés étaient basés sur des hypothèses qui ne confinaient pas au degré de preuve suffisant dans le domaine des assurances sociales. Enfin, les conclusions des spécialistes sur la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée étaient en contradiction manifeste avec l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle. Fort de ces

constats, le Tribunal a annulé la décision du 17 novembre 2014, renvoyé l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. En particulier, l'OAIE était invité à mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, psychiatrique, angiologique et, le cas échéant, neurologique. Il convenait notamment d'investiguer une éventuelle anosognosie ou l'existence d'une pathologie correspondante. Si les experts constataient l'existence d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans déficit organique, l'examen médical devait respecter les conditions jurisprudentielles d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative à l'aide d'un catalogue d'indicateurs standards. Le cas échéant, l'OAIE devait examiner si le cas du recourant tombait, fût-ce partiellement, sous la lettre a des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision AI, premier volet. Enfin, les experts devaient se déterminer sur l'échec de la réinsertion professionnelle et sur les observations émises par le référant de l'assuré auprès de Caritas B. \_\_\_\_\_ (AI pces 228 et 241).

**B.c.e** Donnant suite à l'arrêt de renvoi, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a produit au dossier notamment le rapport du 17 août 2016 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (médecin traitante) faisant état d'une aggravation survenue depuis mai 2016 de l'état de santé de l'assuré, d'une part sur le plan ostéoarticulaire avec la présence de tendinopathies de l'épaule gauche et du coude gauche, de douleurs arthrosiques aux épaules, d'épicondylite gauche, de talalgie gauche mécanique, de gonalgies droites, de polyarthralgies et de myalgies paravertébrales, d'autre part sur le plan psychique compte tenu d'un symptôme anxiodépressif réactionnel. La médecin traitante a indiqué que son patient avait tenté une reprise du travail dans son ancien métier de bûcheron-maçon de juillet à décembre 2015 peu concluante et qu'il s'était à nouveau trouvé en incapacité totale de travail depuis janvier 2016. Elle a suggéré une éventuelle reconversion de l'assuré dans une profession compatible avec ses restrictions physiques et psychiques (AI pce 245). A l'appui de son rapport, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a joint le rapport du 23 octobre 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_ radiologue, qui a procédé à l'examen des épaules de l'assuré, et le rapport du 19 octobre 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, dont la spécialité n'est pas précisée, qui porte sur l'examen de la colonne dorso-lombaire, du bassin et des hanches de l'assuré (AI pce 245 pp. 620-621). La médecin-conseil de l'assurance-invalidité a pour sa part considéré que, conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. En revanche, il était inutile de procéder à une évaluation sur les plans neurologique et angiologique, l'artériopathie oblitée-

rante débutante des membres inférieurs et l'accident ischémique transitoire (amaurose de l'œil gauche) étant sans effets sur la capacité de travail de l'avis de la médecin traitante (cf. rapport SMR du 23 mars 2017 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ [AI pces 245 et 254]).

**B.c.f** L'expertise tri-disciplinaire ainsi mise en œuvre a été confiée au Centre P. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre P. \_\_\_\_\_). Aux termes du rapport établi le 30 juillet 2018 par les experts Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne), R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) et S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie), l'expertisé présentait, sur le plan rhumatologique, des lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1, des douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann, des douleurs cervicales sur discopathie dégénérative et une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche entraînant une incapacité totale de travail dans les activités habituelles de bûcheron et de maçon, mais laissant subsister une capacité de travail entière, depuis 2013, dans toute activité lucrative respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement constatée, tandis que sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait un épisode dépressif léger, avec syndrome somatique, qui n'avait jamais revêtu un degré de gravité l'empêchant de travailler (AI pce 277 p. 683).

**B.c.g** La médecin-conseil de l'assurance-invalidité a considéré qu'hormis l'apparition de diagnostics rhumatologiques entraînant quelques limitations ostéoarticulaires supplémentaires, l'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 confirmait les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ du 19 août 2013 (cf. *supra* let. B.c.a), elles-mêmes corroborées par l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013 qui avait reconnu à l'assuré une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, les expertises du Centre G. \_\_\_\_\_ et du Centre P. \_\_\_\_\_ objectivaient une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparaison de celui ressortant du rapport d'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002. La pleine capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée remontait au mois de juillet 2013, date à laquelle l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ avait attribué à l'assuré une amélioration de son état de santé psychique (cf. avis SMR du 13 août 2018 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ [AI pce 279]).

**B.c.h** Après qu'un complément d'expertise a été requis (cf. avis SMR du 8 février 2019 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ [AI pce 291]), le rapport d'expertise tri-disciplinaire a été complété par un rapport d'expertise bi-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_, établi le 2 juillet 2019 par les experts T. \_\_\_\_\_ (spé-

cialiste en neurologie) et U.\_\_\_\_\_ (spécialiste en angiologie) qui ont confirmé les conclusions de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré (AI pce 299 p. 771). Le médecin-conseil de l'assurance-invalidité a considéré que le complément d'expertise bi-disciplinaire ne contenait pas de nouveaux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de sorte que les conclusions du précédent avis SMR du 23 mars 2017 (cf. *supra* let. B.c.e) se trouvaient confirmées (cf. avis SMR du 8 août 2019 de la Dresse O.\_\_\_\_\_ [AI pce 304]).

**B.c.i** Par décision du 19 août 2019 fondée sur les rapports d'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ et les prises de position corrélatives établies les 13 août 2018, 8 février 2019 et 8 août 2019 par le SMR, l'OAIE a supprimé le droit de A.\_\_\_\_\_ à une rente entière avec effet au 31 décembre 2014 eu égard à la décision du 17 novembre 2014. A l'appui de sa décision, l'autorité inférieure a retenu que sur le plan somatique et moyennant le respect des limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis mai 2002 au moins. Sur le plan psychique, la situation s'était améliorée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Le calcul de la perte économique aboutissait à un taux d'invalidité de 23% excluant tout droit à une rente. Quant à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, celles-ci ne pouvaient être reconnues en faveur de l'assuré, celui-ci n'en remplissant pas les conditions d'assurance attendu qu'il n'habitait plus en Suisse depuis plusieurs années et qu'il avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité (AI pces 283 et 310).

## **C.**

**C.a** Par écriture du 18 septembre 2019, A.\_\_\_\_\_ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral à l'encontre de la décision du 19 août 2019 dont il requiert l'annulation, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire, principalement au maintien de son droit à une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100% ou supérieur à 70% au-delà du 31 décembre 2014, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation respectivement de mesures d'ordre professionnel, plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant met en cause la valeur probante de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_, considérant que les experts n'ont pas procédé aux investigations complémentaires relatives à l'éventuelle anosognosie ou pathologie correspondante comme requis par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016. De manière incohérente, les experts

lui opposaient en outre une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée en même temps qu'ils admettaient qu'il se trouverait confronté à des difficultés de réintégration dans le milieu professionnel ordinaire à l'issue de nombreuses années d'inactivité professionnelle. Contrairement aux instructions de l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016, les experts n'avaient pas davantage examiné l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle auprès de Caritas B.\_\_\_\_\_. Sur le fond, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé. Il fait valoir que les diagnostics sont globalement restés identiques, l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 procédant à une appréciation différente d'une situation médicale similaire à celle ayant prévalu lors de l'établissement des rapports d'expertise du 22 mai 2002 de l'expert C.\_\_\_\_\_ et du Centre E.\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002 de l'expert D.\_\_\_\_\_, de sorte que les conditions de suppression du droit à la rente n'étaient pas réunies. Enfin, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité opéré par l'autorité inférieure, reprochant en particulier à celle-ci de s'être fondée sur le salaire brut tiré de l'ensemble des secteurs d'activité du tableau ESS 2014 (« TA1 *skill level* », secteur privé, niveau de compétence 1, hommes), lequel intégrait des activités professionnelles incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues en l'espèce. Compte tenu de sa longue période d'inactivité et de son défaut de formation professionnelle, il considère en outre qu'une importante diminution de rendement s'impose de même qu'un abattement sur le revenu d'invalidité de 25% au lieu de 20% seulement. Au demeurant, le recourant souligne derechef que, contrairement aux instructions de l'arrêt de renvoi, l'autorité intimée avait omis d'examiner si son cas tombait sous la lettre a des dispositions finales de la 6<sup>ème</sup> révision AI, 1<sup>er</sup> volet, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ce faisant, elle refusait de lui octroyer des mesures de nouvelle réadaptation pour le motif erroné qu'il vivait en France alors que son domicile se trouvait à quelques minutes de la frontière suisse, et cela au mépris de l'interdiction de discrimination consacrée par l'ALCP (TAF pce 1).

**C.b** Par réponse du 22 novembre 2019, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se fondant sur la prise de position de l'OAI-B.\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2019. Aux termes de celle-ci, l'autorité avait procédé aux compléments d'instruction requis par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016, lesquels étaient dûment examinés par l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_, qui de surcroît répondait aux réquisits jurisprudentiels lui conférant pleine valeur probante. En particulier, l'expert psychiatre démontrait l'absence de critères permettant de diagnostiquer un syndrome dépressif sévère, un stress post-traumatique et une agoraphobie, de sorte que, à l'instar des conclusions du rapport

d'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_, le recourant présentait, depuis 2013, une amélioration durable de son état de santé psychique par rapport à l'atteinte dont il souffrait en 2002. Sur le plan somatique, l'autorité inférieure retient une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles engendrées par la pathologie dorso-lombaire médicalement attestée. Dans ces circonstances, l'autorité inférieure expose ne pas saisir les motifs pour lesquels l'assuré ne pourrait pas être actif sur le marché du travail, de sorte que l'échec des mesures de réintégration professionnelle ne s'expliquait que par des éléments étrangers à l'invalidité. Dans ces circonstances, des mesures d'ordre professionnel étaient vouées à l'échec et, en tout état de cause, n'augmenteraient pas la capacité de gain de l'assuré. S'agissant de la comparaison des gains, l'autorité inférieure considère que, contrairement à l'avis du recourant, les revenus statistiques de l'ESS portent notamment sur un nombre important d'activités lucratives adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. En outre, l'âge de l'assuré, ses limitations fonctionnelles relativement modérées autant que sa pleine capacité de travail fondaient une déduction statistique globale de 20% du revenu d'invalidité. Le calcul de la perte économique se révélant inférieure à 40%, c'était à juste titre que le droit à la rente du recourant avait été supprimé (TAF pce 6).

**C.c** Le recourant a répliqué le 12 février 2020, persistant intégralement dans ses conclusions initiales. En particulier, il renouvelle celles tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel en se fondant sur le degré d'invalidité constaté par la décision litigieuse à hauteur de 23%, qui dépasse le seuil fixé par la jurisprudence de 20% ouvrant le droit au reclassement (TAF pce 10).

**C.d** Le 12 mars 2020, l'autorité inférieure a dupliqué, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, maintenant ses conclusions initiales sur la base de la prise de position de l'OAI-B.\_\_\_\_\_, du 6 mars 2020, à défaut d'élément nouveau susceptible de modifier son point de vue (TAF pce 12).

**C.e** Par ordonnance du 2020, le Tribunal a transmis, pour connaissance, la duplique au recourant et a clos l'échange d'écritures (TAF pce 13).

#### **D.**

En tant que besoin, les faits pertinents de la cause seront examinés dans les considérants en droit ci-dessous.

**Droit :****1.**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), de même que l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

**2.**

**2.1** 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). 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). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 19 août 2019, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. La modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2020 5373; Message du Conseil fédéral du 15 février 2017 [FF 2017 2363]), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ne sont pas applicables en l'espèce. Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent par conséquent en l'espèce.

**2.2** En outre, 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 19 août 2019. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent 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, 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés

à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. 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.).

### 3.

**3.1** Le requérant étant un ressortissant suisse, domicilié en France et ayant travaillé en Suisse (cf. *supra* consid. A), la procédure présente un aspect transfrontalier. La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de 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<sup>er</sup> 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 n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; cf. art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II et art.153a LAVS). A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement n° 883/2004 a contrario ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et les références citées).

**3.2** L'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions (art. 40 al. 2 RAI). Conformément à l'art. 88 al. 1 RAI, la procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. En l'espèce, l'assuré était domicilié en France, à (...) (...), lors de l'accident du 28

février 1999 et du dépôt de la demande de prestations le 22 mai 2000 et travaillait en Suisse à cette époque (cf. AI pce 1). De plus, au moment de l'ouverture de la procédure de révision d'office de la rente ordinaire d'invalidité le 30 avril 2012, le recourant était toujours domicilié en France, à (...) (...), avant de retourner s'établir à (...) (...) dès 2014, où il est resté domicilié jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (AI pces 151, 153, 202). Partant, l'assuré dispose du statut de frontalier. C'est par conséquent à juste titre que l'Office AI du canton B. \_\_\_\_\_ a procédé à l'instruction de la révision d'office du droit à la rente de l'assuré, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

#### 4.

L'objet du présent litige porte sur la suppression du droit à la rente entière dont le recourant a bénéficié depuis le 1<sup>er</sup> février 2000 compte tenu d'une incapacité totale de travail survenue le 28 février 1999. En particulier, il convient d'examiner si depuis lors, l'état de santé de l'assuré respectivement sa capacité de gain ont connu une amélioration notable entraînant la suppression de cette prestation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

#### 5.

**5.1** 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.

**5.1.1** D'après la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'exercice des travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; arrêts du TF 8C\_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3, 9C\_195/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.3.2, I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], ad art. 31 LAI n<sup>os</sup> 11 ss.). 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 (ATF 147 V 161 consid. 4.2, 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3 et les références, arrêt du

TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 574/02 du 25 mars 2003 in : SVR 2004 IV n. 5 et références citées). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier, la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b ; arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées ; M. VALTERIO, op. cit., ad. art. 31 LAI n° 11).

**5.1.2** Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque 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 – avec les circonstances régnant au moment de la décision litigieuse (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 établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; arrêts du TF 8C\_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C\_226/2013 du 4 septembre 2013).

**5.1.3** 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 (art. 88a al. 1 RAI). La diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 1 let. a RAI).

**5.1.4** 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'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en

autre 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C\_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11). 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).

## **5.2**

**5.2.1** Aux termes de la décision litigieuse du 19 août 2019, l'OAIE considère que l'assuré a bénéficié d'une amélioration notable de son état de santé psychique depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 entraînant une diminution du degré d'invalidité de 100% à 23% respectivement la suppression de son droit à une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Cela étant, il s'agit d'examiner si l'amélioration de l'état de santé respectivement de la capacité de travail et de gain de l'assuré retenue au 31 décembre 2014 se révèle bien fondée, ce que le recourant conteste.

**5.2.2** Afin d'examiner le bien-fondé de l'amélioration de l'état de santé retenue par l'autorité inférieure et contestée par le recourant, il convient de comparer les faits ayant présidé à l'octroi de la rente entière par décision du 18 décembre 2003 (cf. *infra* consid. 6) – correspondant au dernier examen matériel du droit à la rente de l'assuré – avec ceux fondant la décision litigieuse du 19 août 2019 supprimant le droit à la rente du recourant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 (cf. *infra* consid. 7 ss). La décision du 23 mai 2005 ainsi que les communications des 31 juillet 2008 et 2 septembre 2011 rendues à l'issue de trois procédures de révision d'office du droit à la rente (AI pces 132, 139 et 150) s'avèrent n'avoir été que des confirmations formelles du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, sans examen matériel du droit à la rente ni constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus, de sorte qu'elles n'entrent pas en ligne de compte dans l'examen de la suppression du droit à la rente.

## **6.**

**6.1** Par décision du 18 décembre 2003, l'OAIE a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> février 2000 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative survenue en février 1999. A l'appui de ce prononcé, il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 22 mai 2002 de l'expert C. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales [AI pce 72]) et sur celui du 21 octobre 2002 de l'expert D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie auprès du Centre E. \_\_\_\_\_ [AI pce 88]).

## **6.2**

**6.2.1** Il ressort du rapport de l'expert C. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2002 que l'expertisé souffrait alors de lombalgies chroniques de type « brûlures » voire d'électrisations, s'accompagnant d'une irradiation algoparesthésiante au niveau de la face postérieure externe des membres inférieurs jusqu'aux talons. Il se plaignait en outre de dorsalgies et surtout de cervicalgies, évoluant sur un mode continu, s'accompagnant de céphalées, de vertiges et d'une irradiation dans la mâchoire. Il relatait également des symptômes de la lignée dépressive avec fatigue, troubles du sommeil et parfois de l'appétit, idées noires avec dévalorisation et manque d'estime de soi et sentiment d'inutilité.

L'expert a retenu les diagnostics suivants :

- avec répercussions sur la capacité de travail : syndrome douloureux chronique panrachidien avec pseudosciatalgies bilatérales et brachialgies droites sur :
  - troubles statiques (hypercyphose dorsale, hyperlordose cervicale et lombaire, scoliose dorsolombaire en S),
  - spondylolyse L5 bilatérale avec antélisthésis en L5/S1 de stade I selon Mayerding,
  - discopathie L5-S1,
  - discopathie débutante C4/C5 ;
- sans répercussions sur la capacité de travail : eczéma au niveau de la zone ombilicale.

Selon l'expert en rhumatologie, l'expertisé présentait un syndrome douloureux panrachidien évoluant sur un mode chronique, s'accompagnant de pseudosciatalgies bilatérales et de brachialgies droites sans qu'un franc syndrome radiculaire tant irritatif que déficitaire ne soit décelé, les troubles de la sensibilité constatés ne respectant aucune systématisation neurologique. Le bilan neuroradiologique lombaire ne mettait pas en évidence de franc processus compressif sur les structures neurologiques, cela même s'il existait en L5-S1 un certain degré de rétrécissement foraminaux bilatéraux à prédominance gauche. La problématique rachidienne s'inscrivait dans le cadre de troubles de la statique vertébrale qui restaient toutefois modérés, d'une discopathie débutante C4-C5 au niveau cervical et, à l'étage lombaire, d'une spondylolyse L5 bilatérale avec antélisthésis de L5-S1 de stade I selon Mayerding et d'une discopathie L5-S1. Un certain degré d'instabilité vertébrale du segment L5-S1 n'était pas exclu. Celui-ci n'était très probablement pas la conséquence de l'évènement traumatique intervenu en février 1999, l'accident devant être considéré comme étant à l'origine d'une exacerbation momentanée d'un état maladif préexistant. Les anomalies objectives décrites ci-dessus ne suffisaient pas à expliquer l'ensemble du tableau clinique que présentait l'expertisé, en particulier pas la tendance que les phénomènes douloureux avaient à se diffuser à l'ensemble du rachis et à résister à toutes les mesures thérapeutiques entreprises jusqu'à présent. Des facteurs extra-vertébraux d'amplification des phénomènes douloureux, d'origine psychosociale, influençaient l'évolution tout comme la présence d'un état dépressif présent depuis plus d'un an. A la lumière des lésions somatiques constatées, le pronostic n'était a priori pas mauvais. De plus, il était très probable qu'un syndrome de déconditionnement musculaire s'était également installé chez un patient en arrêt de travail depuis plus de trois ans et que cet élément risquait d'influencer défavorablement la reprise d'une activité lucrative quelle qu'elle soit.

Sur le plan fonctionnel, l'expertisé présentait des limitations importantes dans l'exercice d'une activité physique lourde comme celle de maçon ou de bûcheron qui impliquait, en plus des efforts et des ports de charges, une exposition régulière à des positions ergonomiquement défavorables pour le rachis. Il ne pouvait pas non plus maintenir de manière prolongée les stations assise ou debout. Sa capacité résiduelle de travail dans son métier de maçon était nulle depuis le 26 [recte : 28] février 1999 et la diminution de rendement y était de plus de 80%. A moyen terme et à condition qu'aucun nouvel élément ne vienne compliquer l'évolution, le taux d'activité de l'assuré devait en revanche pouvoir dépasser 70% dans une activité lucrative adaptée à l'état de santé rhumatologique, à savoir dans une activité s'exerçant sans port de charges excédant 10kg, sans stations debout ou assise prolongées, sans mouvements répétitifs du tronc en antéflexion ou en rotation, et la possibilité de bénéficier initialement d'un environnement protégé, mettant l'expertisé à l'abri des contraintes de rendement et lui permettant de reprendre confiance dans ses capacités fonctionnelles résiduelles. Même dans une activité lucrative adaptée, il était probable que l'assuré garde une diminution de rendement de l'ordre de 30%, ceci avant tout en raison du syndrome de déconditionnement musculaire secondaire à l'inactivité mais aussi de son état dépressif.

Sous l'angle psychique et mental, l'expertisé présentait des limitations similaires à celles que l'on rencontrait habituellement dans les syndromes douloureux chroniques. De plus, il présentait un état dépressif qui pouvait limiter ses capacités d'adaptation. Dans le cadre de son syndrome douloureux chronique mais aussi d'un état dépressif évoluant depuis plus d'une année, il apparaissait que l'expertisé n'était pas pleinement capable de s'adapter à son environnement professionnel. En cas d'échec d'éventuelles mesures de reclassement professionnel, un avis psychiatrique spécialisé devait être demandé.

**6.2.2** Sur le plan psychique, il ressort du rapport d'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ de l'expert D. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002 que quelques mois après l'accident du 28 février 1999, l'expertisé avait progressivement développé des crises d'angoisses de plus en plus fortes, subites, inattendues et de courte durée, accompagnées d'une peur de perdre le contrôle, de même que des manifestations végétatives, notamment des palpitations, de la transpiration, des tremblements, du mal à respirer, une impression d'étouffer, une boule dans la gorge, une douleur au niveau de la poitrine, des nausées, des crampes d'estomac, des vertiges, des engourdissements, des picotements, des bouffées de chaleur et des frissons. Ces crises apparaissaient trois à quatre fois par semaine. Depuis l'été 1999, le

patient avait développé des pensées de plus en plus pénibles en lien avec son accident. Il était devenu de plus en plus nerveux et irritable (tendance à se mettre facilement en colère), avait commencé à présenter des insomnies (difficulté d'endormissement, réveils nocturnes et précoces, cauchemars), avait progressivement perdu l'intérêt pour les activités qui lui plaisaient auparavant (sport, travail, sorties, jardin potager, modélisme, etc.) et il avait commencé à présenter un trouble de la concentration de plus en plus important. Depuis le début de l'année 2000, il avait commencé à se sentir particulièrement mal à l'aise dans des situations ou dans des endroits dont il était difficile ou gênant de s'échapper, notamment dans une foule ou dans une file d'attente, en utilisant les transports publics (le train, l'autobus), en traversant les tunnels, en utilisant les ascenseurs et en marchant seul loin de son domicile. Il tentait désormais d'éviter ces situations et ces endroits. En automne 2001, son état psychique de base s'était encore compliqué par un état de tristesse et de cafard de plus en plus profond, une diminution de l'appétit, une aggravation de ses troubles du sommeil et de la concentration, une fatigue « énorme », un sentiment de culpabilité (d'inutilité pour sa famille et pour autrui), et des idées de suicide. L'expertisé n'avait jamais consulté de psychiatre et n'avait jamais été mis sous traitement médicamenteux psychotrope spécifique, sauf durant une certaine période où son médecin généraliste lui avait prescrit des calmants et des somnifères. En raison de problèmes financiers, il était resté sans assurance-maladie, ce qui l'avait empêché de se soigner adéquatement.

Constatant ainsi que le patient souffrait d'humeur dépressive, d'anhédonie, d'anxiété présente la plupart du temps, d'irritabilité, d'attaques de panique (survenant trois à quatre fois par semaine), d'une diminution de l'appétit, d'insomnies (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et précoces), de perte de libido, d'hypoboulie, d'un sentiment de fatigue et de culpabilité, d'un trouble de la concentration, de souvenirs intrusifs, de même que d'idées de suicide fréquentes sans véritables intentions, l'expert a retenu les diagnostics suivants, avec incidence sur la capacité de travail :

- syndrome de stress post-traumatique,
- trouble dépressif majeur d'épisode isolé et sévère,
- trouble panique avec agoraphobie.

Le patient présentait plusieurs troubles psychiques incapacitants jamais traités adéquatement jusqu'ici, ayant entraîné une baisse significative de son efficacité générale. L'état anxio-dépressif sévère, mais surtout l'irritabilité importante ainsi que le trouble de la concentration entraînaient une incapacité totale de travail, indépendamment de la profession. Le patient était également très limité dans son fonctionnement social en raison des

troubles psychiques. L'anamnèse psychiatrique suggérait qu'une incapacité de travail importante existait probablement déjà depuis l'été 1999. Il était en revanche certain que depuis l'automne 2001, l'état de santé psychique de base du patient était devenu incapacitant. Au jour de l'expertise, l'assuré n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel, pas plus que des mesures de réadaptation n'étaient envisageables. Moyennant une thérapie adéquate impliquant un traitement médicamenteux et psychotrope spécifiques ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique, une certaine amélioration de l'état psychique de base du patient entraînant une augmentation éventuelle de sa capacité de travail du point de vue psychiatrique, était éventuellement envisageable à long terme. Le pronostic restait toutefois réservé, de sorte que l'influence de ces mesures sur la capacité de travail était impossible à estimer. Au jour de l'expertise, d'autres activités lucratives n'étaient pas exigibles de la part de l'assuré.

**6.3** Il résulte de ce qui précède qu'au jour du prononcé de la décision d'octroi de rente en date du 18 décembre 2003, le recourant présentait alors, sur le plan somatique, un syndrome douloureux chronique panrachidien avec pseudosciatalgies bilatérales et brachialgies droites sur troubles statiques (hypercyphose dorsale, hyperlordose cervicale et lombaire, scoliose dorsolombaire en S), sur spondylolyse L5 bilatérale avec antélisthésis de L5/S1 de stade I selon Mayerding, sur discopathie L5-S1 et sur discopathie débutante C4/C5, entraînant, à partir du mois de février 1999, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de maçon, mais permettant l'exercice d'une activité lucrative adaptée à un taux susceptible de dépasser 70% à moyen terme si aucun nouvel élément ne venait compliquer l'évolution. Il était probable que l'assuré garde une diminution de rendement de l'ordre de 30%, avant tout en raison du syndrome de déconditionnement musculaire secondaire à l'inactivité, mais également en raison de son état dépressif. Sur le plan psychique, le recourant souffrait en effet d'un syndrome de stress post-traumatique, d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé et sévère, ainsi que d'un trouble panique avec agoraphobie entraînant une incapacité totale de travail dans toute profession. Cela étant, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> février 2000 compte tenu d'un degré d'invalidité de 100% correspondant à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative survenue en février 1999 pour des troubles psychiques principalement, une baisse de rendement de 30% ayant été retenue sur le plan rhumatologique en raison du déconditionnement et de l'état dépressif.

## 7.

Aux termes de la décision litigieuse du 19 août 2019 prononçant la suppression à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 du droit à la rente, l'OAIE a retenu que le recourant avait bénéficié d'une amélioration de sa capacité de gain en ce sens qu'il ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychique depuis juillet 2013, de même qu'il avait recouvré une capacité totale de travail dans une activité adaptée à son état de santé somatique. A l'appui de ces considérations, l'autorité inférieure s'est fondée sur les avis SMR suivants établis par la Dresse O. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas spécifiée.

**7.1** Dans un premier avis établi le 13 août 2018 (AI pce 279), la médecin-conseil SMR a retenu les diagnostics suivants sans répercussions sur la capacité de travail :

- épisode dépressif léger (CIM-10, F32.0),
- syndrome fémoro-patellaire du genou droit,
- épitrochléite du coude gauche,
- kyste dystrophique de la styloïde ulnaire du poignet gauche,
- hypertension artérielle,
- artériopathie débutante des membres inférieurs sur tabagisme (30 UPA [Unité Paquet Année]),
- status post probable AIT (Accident Ischémique Transitoire) avec amaurose transitoire.

Au chapitre des diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, elle a retenu :

- lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1,
- douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann,
- douleurs cervicales sur discopathie dégénérative,
- arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche,

entraînant depuis 2001 une incapacité totale de travail dans l'activité lucrative habituellement exercée par l'assuré, mais laissant persister une capacité entière de travail, dans une activité lucrative adaptée, depuis le mois de juillet 2013 correspondant au constat d'une amélioration de l'état de santé psychique retenue lors de l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013.

La Dresse O. \_\_\_\_\_ a expliqué que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre G. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013 avait retenu d'une part des

troubles dégénératifs du rachis avec discopathies cervicales ainsi que lombaires et spondylolisthésis L5-S1, d'autre part une amélioration psychiatrique. Le médecin-conseil SMR a ajouté que, même si les diagnostics retenus par l'expert psychiatre du Centre P.\_\_\_\_\_ n'étaient pas exactement identiques à ceux posés par l'expert psychiatre du Centre G.\_\_\_\_\_, le tableau décrit restait comparable, de même que les conclusions allant dans le sens de l'absence de limitation sur le plan psychiatrique. En comparaison avec la situation décrite dans le rapport d'expertise du Centre E.\_\_\_\_\_ de 2002, les expertises du Centre G.\_\_\_\_\_ et du Centre P.\_\_\_\_\_ objectivaient une amélioration psychique. En outre, l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ répondait aux exigences jurisprudentielles, de sorte qu'elle était probante et convaincante. En particulier, les répercussions de l'épisode dépressif léger avaient été dûment analysées à la lumière des indicateurs standards. Il y était démontré que l'assuré disposait de ressources personnelles intactes et ne présentait pas de limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie, de sorte que l'épisode dépressif n'avait pas valeur de maladie au sens de l'AI. Partant, l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ permettait de confirmer une amélioration de l'état de santé psychique à la faveur de laquelle l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée à compter du mois de juillet 2013, date du constat de l'amélioration de l'état de santé psychique par l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_.

**7.2** Dans un deuxième avis établi le 8 février 2019 (AI pce 291), la Dresse O.\_\_\_\_\_ a précisé que, sur le plan psychique, la comparaison du tableau clinique brossé par l'expert D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du Centre E.\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002 avec celui décrit par l'expert J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du Centre G.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013 puis par l'expert S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du Centre P.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 établissait une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré. En effet, l'expertise du 21 octobre 2002 évoquait des crises d'angoisse de plus en plus fortes (à une fréquence de trois à quatre fois par semaine) avec évitement des lieux publics, perte d'intérêt pour les activités qui plaisaient auparavant à l'expertisé (sport, travail, sorties, jardinage, modélisme), troubles de la concentration, tristesse, fatigue « énorme », troubles du sommeil, idées suicidaires. A l'inverse, le tableau clinique de l'expertise du 30 juillet 2018 soulignait l'absence de troubles cognitifs et d'idées suicidaires. L'humeur n'était pas dépressive. L'assuré conservait des activités. Les critères pour une agoraphobie n'étaient plus décrits. Aucune fatigue « énorme » n'était mise en avant. Les critères pour un stress post-traumatique étaient inexistants. L'expertisé bénéficiait de ressources psychologiques lui ayant permis de redonner du sens à la vie et de recouvrer le sens de l'humour,

une capacité de résilience, d'auto-contrôle et d'auto-appréciation qui l'aidaient à surmonter les situations de stress. Même si l'expert S. \_\_\_\_\_ semblait d'avis que l'assuré n'avait jamais présenté d'épisode dépressif sévère, la comparaison du rapport d'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ avec les évaluations ultérieures indiquait une amélioration de l'état de santé sur le plan psychique. Par conséquent, il ne s'agissait pas d'une appréciation différente d'un même état de fait, mais d'une amélioration durable de l'état de santé psychique de l'assuré par rapport aux troubles constatés dans le rapport d'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002.

**7.3** Aux termes d'un troisième avis établi le 8 août 2019 (AI pce 304), la Dresse O. \_\_\_\_\_ a ajouté que le complément d'expertise bi-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_ en neurologie et angiologie du 2 juillet 2019 était conforme aux exigences de qualité en vigueur et convaincant. Il attestait qu'il n'y avait pas d'autres diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail que ceux déjà retenus et qu'il convenait de confirmer les précédentes conclusions prises dans le rapport SMR du 23 mars 2018 (*recte* : 2017 [AI pce 254]) selon lesquelles l'artériopathie oblitérante débutante des membres inférieurs et l'accident ischémique transitoire (amaurose de l'œil gauche) étaient sans effets sur la capacité de travail de l'avis du médecin traitant. Aussi le rapport d'expertise bi-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2019 ne modifiait-il pas les conclusions du rapport d'expertise tri-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 aux termes duquel l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans les anciennes activités lucratives habituelles de bûcheron et de maçon, mais disposait d'une capacité entière de travail dans une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles imposées par les troubles ostéoarticulaires. En particulier, il n'existait aucune divergence entre les avis des experts en rhumatologie et neurologie concernant le problème rachidien. L'examen en angiologie n'avait pas non plus mis en évidence d'artériosclérose plus importante que celle correspondant à l'âge d'un expertisé traité pour une hypertension et du tabagisme. Enfin, la suspicion d'amaurose fugace ne justifiait pas d'incapacité de travail, notamment dans une activité lucrative adaptée.

**7.4** Les avis SMR précités sont basés sur les rapports d'expertise tri-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2018 (AI pce 277) et bi-disciplinaire du Centre P. \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2019 (AI pce 299) établis par les experts Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale), R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie), S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie),

T. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) et U. \_\_\_\_\_ (spécialiste en angiologie) dont il y a lieu d'examiner la valeur probante contestée par le recourant.

## 8.

**8.1** Au terme de l'évaluation consensuelle (AI pces 277, pp. 682-684 et 299 p. 771), les experts du Centre P. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics suivants, sans incidences sur la capacité de travail :

- épisode dépressif léger avec syndrome somatique (CIM-10, F32.01),
- hypertension artérielle,
- syndrome fémoro-patellaire du genou droit,
- épitrochléite du coude gauche,
- kyste dystrophique de la styloïde ulnaire du poignet gauche.

Les diagnostics avec incidences sur la capacité de travail retenus sont les suivants :

- lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1 ;
- douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann ;
- douleurs cervicales sur discopathie dégénérative ;
- arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche.

**8.2** Compte tenu de ces dernières atteintes, la capacité de travail dans l'activité antérieure de bûcheron et de maçon était de 0% depuis 2001, tandis que la capacité de travail dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles – absence d'efforts de soulèvement à partir du sol, port de charges limité à 20kg ponctuellement respectivement 5kg en continu, marche limitée à une heure, piétinement limité à 15 minutes, position assise supérieure à une heure, mouvements des épaules tout à fait possibles sous la ligne d'abduction de 90°, positions agenouillée et accroupie limitées sur le genou droit, montée et descente des escaliers possibles – était de 100% depuis 2013. Les experts en neurologie et angiologie avaient précisé que l'adjonction de leur rapport ne modifiait pas les conclusions du rapport d'expertise tri-disciplinaire du 30 juillet 2018. Il n'y avait pas de divergence entre rhumatologue et neurologue concernant le problème rachidien. L'examen en angiologie n'avait pas mis en évidence d'artériosclérose plus importante que celle correspondant à l'âge d'un expertisé traité pour une hypertension et tabagisme. La suspicion d'amaurose fugace ne justifiait pas d'incapacité de travail, notamment dans une activité adaptée. En

conclusion, le rapport d'expertise bi-disciplinaire ne modifiait ni les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise tri-disciplinaire du 30 juillet 2018, ni la capacité de travail.

**8.3** Du point de vue somatique, les experts ont expliqué qu'une thérapie sous forme de physiothérapie en piscine serait efficace, ainsi que des infiltrations à l'étage du spondylolisthésis en épидurale et articulaires postérieurs et de l'articulation acromio-claviculaire à gauche.

**8.4** Sur le plan psychique, les experts ont souligné que l'expertisé avait vécu le décès de deux compagnes auxquelles il avait été très attaché, ce qui avait provoqué un épisode dépressif qui n'avait jamais atteint un degré de sévérité l'empêchant de travailler, grâce à des mécanismes adaptatifs qu'il avait toujours mis en exergue malgré la douleur qui, selon lui, était son principal problème. La personnalité de l'expertisé n'avait donc aucune incidence sur la capacité de travail. Il présentait des ressources psychologiques lui permettant de donner du sens à la vie et de disposer d'un certain sens de l'humour, de capacités de résilience, d'auto-contrôle et d'auto-appréciation et l'aidaient à surmonter les situations de stress. Il n'y avait jamais eu de prise en charge psychiatrique qui aurait pu améliorer la qualité de vie de l'expertisé, mais qui n'aurait pas eu de véritable incidence sur la capacité de travail. Sous l'angle de la cohérence, les troubles invoqués n'avaient pas les mêmes effets dans tous les domaines de la vie, puisque l'assuré avait une activité assez variée au cours de la journée (deux fois deux heures de marche lors de la sortie avec son chien, piscine avec natation deux fois par semaine, parfois du vélo sur terrain plat). Les limitations invoquées n'étaient par conséquent pas plausibles.

**8.5** Les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ considèrent en définitive que les atteintes dont souffre le recourant de lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1, de douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann, de douleurs cervicales sur discopathie dégénérative et d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche entraînent une incapacité totale de travail dans les métiers de bûcheron et de maçon comme précédemment retenu par l'expert C.\_\_\_\_\_, mais permettant depuis 2013 l'exercice à plein temps d'une activité lucrative adaptée aux atteintes rhumatologiques. Ils attestent ainsi d'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré dès lors que sur le plan somatique, les experts ne retiennent plus la diminution de rendement de l'ordre de 30% en raison du syndrome de déconditionnement musculaire secondaire à l'inactivité et de l'état dépressif précédemment retenu par l'expert C.\_\_\_\_\_. Les experts

attestent également d'une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (CIM-10, F32.01) retenu n'entraînant aucune incapacité de travail. Il convient dès lors d'examiner si l'amélioration de la capacité de travail ainsi constatée par les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ se révèle bien fondée.

## 9.

**9.1** S'agissant de l'état de santé *somatique* du recourant, les experts ont procédé aux évaluations suivantes.

**9.1.1** Sur le plan *rhumatologique* (AI pce 277 pp. 698-705), l'expertisé a rapporté que la douleur la plus importante était une douleur lombaire basse irradiant dans la jambe droite à la face postérieure de la cuisse, au genou et à la face interne du mollet. Il ne ressentait rien dans le pied droit. Il existait également une irradiation dans la jambe gauche selon le même trajet mais avec en plus des paresthésies et une douleur qui descendait jusque dans le talon gauche et des paresthésies qui se poursuivaient dans la plante du pied gauche. La douleur chronique était plutôt liée à la lombosciatique à droite, mais elle apparaissait également à gauche si l'expertisé faisait des efforts plus importants. Cette douleur lombaire apparaissait en position assise à partir d'une durée supérieure à trente minutes. La marche, peu gênée, constituait la station dans laquelle l'expertisé se sentait le mieux. Il sortait son chien une heure le matin et trois-quarts d'heure à une heure le soir, ainsi que le week-end, seul ou avec son fils. Le piétinement était limité à quinze minutes. La douleur était impulsive à la toux, en particulier du côté droit. Elle était également présente la nuit, l'expertisé pouvant se lever deux à trois fois. Le dérouillage matinal était d'environ quinze minutes. Cette douleur ne l'empêchait pas d'effectuer, à son rythme, les travaux ménagers classiques, en confiant à son fils les efforts les plus importants, en particulier les courses. Il pouvait conduire sur de courtes distances d'une vingtaine de kilomètres. La deuxième douleur était une douleur cervicale que l'expertisé ressentait également de façon exacerbée depuis sa chute en février 1999. Cette douleur cervicale irradiait dans les deux trapèzes et dans le bras gauche jusqu'au poignet. L'assuré décrivait également des sensations de paresthésies dans le bras droit sans systématisation. La douleur cervicale s'accompagnait de céphalées et de vertiges non rotatoires, de type « instabilité » sans acouphènes, avec parfois quelques phosphènes scintillants dans les yeux et quelques sensations de palpitations. Enfin et de façon plus récente, il était apparu une douleur dans l'épaule gauche qui ne semblait pas s'être modifiée depuis son apparition

et qui était traitée régulièrement par des séances de kinésithérapie tous les dix jours et par ostéopathie.

L'expert R. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu que le patient présentait une douleur lombaire basse associée à une sciatique S1 droite à la suite d'une chute en arrière survenue le 21 février 1999. Le bilan radiographique et magnétique avait alors révélé l'existence d'un spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique de grade I associé à une discopathie L5-S1, atteinte préexistante consécutive à un précédent traumatisme survenu en 1982 lorsque l'assuré était bûcheron et qu'une pierre lui était tombée sur le dos, entraînant sa chute. L'atteinte subie en 1982 ne l'avait pas empêché d'exercer la profession de bûcheron puis celle de maçon. La chute survenue en 1999 pouvait avoir exacerbé cet état préexistant, une période de six à sept mois pouvant être considérée comme nécessaire à une récupération complète de l'état antérieur. La chute de 1999 avait également révélé une douleur cervicale sur discopathie dégénérative banale ainsi qu'une douleur dorsale sur séquelles de maladie de Scheuermann. Depuis lors, la symptomatologie ne semblait pas s'être modifiée puisque l'expertisé continuait de souffrir malgré tous les traitements proposés : rééducation, infiltrations et traitements antalgiques ou anti-inflammatoires. Ces traitements avaient été mal tolérés. A ces douleurs s'était rapidement greffé un syndrome dépressif exacerbé par le décès en novembre 2012 de la troisième compagne de l'expertisé.

L'examen clinique révélait une douleur lombaire et cervicale sans irradiation neurologique précise. Les signes étaient essentiellement des paresthésies mal systématisées alors que les signes objectifs neurologiques étaient inexistants. Par ailleurs, l'expertisé exerçait une activité physique assez variée au cours de la journée d'au moins deux heures de marche avec son chien, de natation deux fois par semaine, de vélo en terrain plat, de travaux ménagers classiques, ainsi que de la conduite automobile. L'assuré semblait avoir les capacités de surmonter sa douleur et la volonté de reprendre une activité professionnelle.

Les examens radiologiques indiquaient, au niveau du rachis lombaire bas, un spondylolisthésis L5-S1 de grade 1 associé à une discopathie à ce niveau, une arthrose inter-apophysaire postérieure, sans canal lombaire rétréci. Les radiographies du rachis cervical révélaient une discopathie dégénérative en C4-C5 et C5-C6, tandis que celles du rachis dorsal attestaient de séquelles de la maladie de Scheuermann. Les radiographies de l'épaule gauche avaient décelé une arthropathie acromio claviculaire, tan-

dis que la radiographie du poignet gauche avait révélé un kyste dystrophique de la styloïde ulnaire et de la tête du scaphoïde, ainsi que des micros calcifications du ligament triangulaire du carpe.

En conclusion, l'expert en rhumatologie a retenu les diagnostics suivants :

- avec incidence sur la capacité de travail :
  - lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1,
  - douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann,
  - douleurs cervicales sur discopathie dégénérative,
  - arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche,
- sans incidence sur la capacité de travail :
  - syndrome fémoro-patellaire du genou droit,
  - épitrochléite du coude gauche,
  - kyste dystrophique de la styloïde ulnaire du poignet gauche.

Il a recommandé de la physiothérapie en piscine, des infiltrations à l'étage du spondylolisthésis en épidurale et articulaire postérieur, et des infiltrations de l'articulation acromio-claviculaire gauche. Il a considéré que l'assuré semblait disposer des capacités nécessaires pour surmonter la douleur, sa volonté étant du reste de reprendre l'exercice d'une activité lucrative. L'expert en a déduit que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans les activités initiales de maçon et de bûcheron, tandis que sa capacité de travail était de 100% dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles, à savoir pas de soulèvement à partir du sol, port de charges limité à 20kg ponctuellement et à 5kg en continu, marche limitée au-delà d'une heure, piétinement limité à quinze minutes, position assise limitée au-delà d'une heure, positions agenouillée et accroupie limitées au niveau du genou droit, mouvements des épaules possibles en position assise sous la ligne de l'abduction de 90°, montée et la descente d'escaliers également possibles.

**9.1.2** Sous l'angle de la *médecine interne* (Al pce 277 pp. 692-697), l'experte Q.\_\_\_\_\_ a retenu que le patient ne formulait pas de plaintes significatives hormis celles concernant les autres disciplines médicales. Sur le plan gastroentérologique, il indiquait souffrir de constipation douloureuse liée notamment à l'ingestion de médicaments. Depuis qu'il avait diminué la consommation de médicaments antalgiques, il ne souffrait plus de maux d'estomac. Sur le plan ophtalmologique, le patient signalait une migraine qui lui faisait cligner des yeux et suspectait un petit accident vasculaire cérébral (AVC) survenu cinq ans auparavant, lequel avait diminué sa vision

de l'œil gauche. Sous l'angle neurologique, il faisait état de vertiges liés aux cervicalgies, de fourmillements dans les deux jambes et dans la main gauche, de migraines, deux fois par semaine, surtout douloureuses du côté droit et de la tempe gauche qui disparaissaient environ trente minutes après la prise d'antidouleurs. Son sommeil était interrompu à la fréquence de trois fois par nuit en raison des douleurs dorsales. A l'examen clinique, l'experte a observé un patient qui s'était déplacé sans difficulté de la salle d'attente à la salle d'examen et qui était resté assis tranquillement sur sa chaise. La collaboration avait été très bonne. Le déshabillage et l'habillage avaient été effectués en position assise, un peu lentement, avec des manifestations douloureuses légères. L'assuré était en bon état général. Son statut pulmonaire, abdominal, neurologique et oto-rhino-laryngologique était normal. Sur le plan cardiovasculaire, il présentait une tension artérielle de 180/100 mmHg, sans souffle carotidien, fémoral, ni dans les différents foyers d'auscultation, sans turgescence jugulaire ni œdème au niveau des membres inférieurs. Les artères périphériques étaient toutes palpables normalement, symétriquement à tous les niveaux, et les bruits cardiaques bien frappés, sans dédoublement ni galop. L'experte a constaté des valeurs hypertensives qui pouvaient s'expliquer par la situation extraordinaire de l'examen mais qui devaient être contrôlées par le médecin généraliste et qui, si elles se reproduisaient, devaient nécessairement faire l'objet d'un réajustement thérapeutique. Le diagnostic d'artériopathie débutant au niveau des membres inférieurs retenu dans le rapport du 17 août 2016 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ (AI pce 245) s'expliquait par un tabagisme actif (30 UPA) sans signe clinique et ne réduisait pas la capacité de travail. Au titre d'antécédents somatiques, l'experte a retenu une hypertension artérielle connue et traitée depuis cinq ans par la prise régulière de manidipine (anti-hypertenseur), ainsi qu'une artériopathie des membres inférieurs sans claudication intermittente. En conclusion, l'experte a retenu, comme unique diagnostic, une hypertension artérielle sans incidence sur la capacité de travail, de sorte que la capacité de travail de l'expertisé était complète et sans réduction de rendement dans toute activité lucrative, fût-elle habituelle ou adaptée, sous l'angle de la médecine interne.

**9.1.3** Sur le plan *neurologique* (AI pce 299 pp. 771-779), l'experte T. \_\_\_\_\_ a constaté qu'au niveau lombaire, l'assuré présentait une lyse isthmique L5 bilatérale s'accompagnant d'un spondylolisthésis symptomatique dès l'enfance, sous forme de douleurs à caractère mécanique, surtout lors d'efforts ou après des efforts importants. Cette symptomatologie était associée pendant l'enfance à des douleurs plutôt du membre inférieur gauche puis, à l'âge adulte, à des sciatalgies plutôt S1 droites, en particu-

lier après un accident survenu en 1999, qui s'était accompagné d'un lumbago aigu et probablement de l'apparition de paresthésies dans le territoire S1 droit. Par la suite, l'évolution s'était caractérisée par la persistance de lombalgies et de symptômes sensitifs des membres inférieurs.

Au jour de l'expertise, l'assuré présentait des lombosciatalgies bilatérales, à prédominance droite, associées à des symptômes sensitifs plutôt dans le territoire S1 droite, la symptomatologie douloureuse étant clairement en rapport avec l'effort physique et la station debout, les symptômes sensitifs étant ressentis plutôt au repos et en décubitus. Cette symptomatologie ne s'accompagnait pas de déficit objectivable à l'examen clinique. L'expertisé présentait également des cervicalgies chroniques qui semblaient être au second plan lors de l'expertise, mais qui avaient posé problème de manière récurrente au cours des dernières années. L'expertisé avait également présenté à plusieurs reprises une amaurose de l'œil gauche qui avait pu trouver sa cause dans un accident ischémique transitoire (AIT) récidivant, dans une aura migraineuse rétinienne ou dans une autre pathologie ophtalmologique, le bilan pratiqué par le médecin traitant n'ayant pas révélé de source embolique. L'assuré présentait également une hypertension (140/80 mmHg) en lien avec un tabagisme persistant qui était contrôlée et qui n'était pas handicapante. Les douleurs évoquées étaient tout à fait plausibles compte tenu du spondylolisthésis sur lyse isthmique L5 bilatérale et de l'aggravation post-traumatique tout à fait cohérente. Cela étant, l'experte a diagnostiqué :

- des lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite sur lyse isthmique L5 bilatérale avec spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1 (CIM-10, M43, M43.1, M51.0),
- une amaurose fugace gauche récidivante d'origine indéterminée (CIM-10, G43.0),
- une migraine sans aura (CIM-10, G45.3).

Elle a expliqué que le problème lombaire était stable depuis 1999 du point de vue radiologique. Les douleurs, qui avaient été très intenses dans les mois qui avaient suivi l'accident de 1999, s'étaient par la suite stabilisées sans disparaître. L'importance des douleurs avait alors motivé une rente AI à 100%, une reconversion ne pouvant être planifiée en raison du statut de frontalier de l'expertisé. Pendant la période au cours de laquelle l'expertisé avait bénéficié du droit à la rente et n'avait pas travaillé, les douleurs n'avaient pas nécessité de prise en charge par son médecin traitant. Après la suppression de cette rente et les tentatives de l'expertisé d'exercer une activité professionnelle, les douleurs étaient devenues suffisamment pénibles pour que celui-ci consulte à nouveau son médecin traitant. Cette

symptomatologie était stable depuis la suppression de la rente le 17 novembre 2014 et n'avait pas subi de modification significative. Depuis la stabilisation des douleurs quelques mois après l'accident de 1999 – incluant une fluctuation de l'intensité des douleurs en fonction des activités physiques effectuées qui était cohérente avec la pathologie vertébrale –, l'expertisé présentait une capacité de travail nulle dans les professions de maçon et de bûcheron précédemment exercées. Dans l'exercice d'une activité de maçon limitée à des travaux de finition et sans port de charges important, il présentait une capacité résiduelle de travail de 50%. Dans une activité lucrative ne nécessitant pas la station debout prolongée, la marche, le port de charges, des mouvements répétés de rotation ou de flexion du tronc, la capacité de travail n'était pas diminuée par le problème neurologique lombaire, de sorte que dans une telle activité, l'expertisé présentait une capacité de travail de 100%, des exercices de tonification des muscles érecteurs du dos et de la musculature abdominale pour limiter les douleurs, ainsi qu'une activité physique pour diminuer le risque vasculaire, étant recommandés. L'expertisé devait continuer de rester actif physiquement, pour limiter les douleurs et diminuer le risque vasculaire.

**9.1.4** Du point de vue *angiologique* (AI pce 299 pp. 780-784), l'expert U. \_\_\_\_\_ a observé une évolution médicale tout à fait compatible avec l'âge du patient qui souffrait d'hypertension artérielle traitée et de tabagisme actif. L'expertisé était surtout gêné par des douleurs constantes d'origine musculosquelettique et présentait également une dépression réactive suite à son passé psychosocial complexe. Un traitement médicamenteux quotidien afin d'éviter les troubles visuels – le patient rapportant une perte de vision complète de l'œil gauche pendant environ une minute, le dernier épisode ayant eu lieu environ trois mois auparavant – éventuellement dus à une amaurose fugace était envisageable, l'arrêt du tabagisme demeurant prioritaire. L'expert a retenu le diagnostic – sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans sa précédente activité lucrative habituelle autant que dans une activité lucrative adaptée – de discrète artériosclérose au niveau des artères carotides avec suspicion d'amaurose fugace et facteurs de risque (tabagisme et hypertension artérielle). L'état de santé angiologique ne s'était pas modifié depuis la décision du 17 novembre 2014 prononçant la suppression du droit à la rente au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**9.2** Il ressort de ce qui précède que, sur le plan somatique, le recourant ne souffre d'aucune pathologie invalidante sur les plans de la médecine angiologique et internistique. Par contre, il présente des troubles invalidants

sur le plan rhumatologique et neurologique. En particulier, les experts retiennent, au titre de diagnostics avec incidences sur la capacité de travail, des lombosciatalgies bilatérales sur spondylolisthésis L5-S1 et discopathie L5-S1, des douleurs dorsales sur maladie de Scheuermann, des douleurs cervicales sur discopathie dégénérative, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche entraînant une incapacité totale de travail dans les activités lucratives habituelles de bûcheron et de maçon. Par contre, une capacité de travail de 100% est exigible dans une activité lucrative respectueuses des limitations fonctionnelles – absence d'efforts de soulèvement à partir du sol, port de charges limité à 20kg ponctuellement respectivement 5kg en continu, marche limitée à une heure, piétinement limité à 15 minutes, position assise supérieure à une heure, mouvements des épaules tout à fait possibles sous la ligne d'abduction de 90°, positions agenouillée et accroupie limitées sur le genou droit, montée et descente des escaliers possibles – était de 100% depuis 2013. La diminution de rendement de 30% attribuée en 2002 par l'expert C.\_\_\_\_\_ à un syndrome de déconditionnement musculaire secondaire à l'inactivité et à un état dépressif est écartée, de sorte que l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ consacre une amélioration de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique.

**9.2.1** Or, le Tribunal constate que la symptomatologie douloureuse au niveau dorsal, cervical et lombaire, est toujours présente. A dire d'experts, elle ne s'est en effet pas modifiée depuis 1999 puisque l'expertisé continue de souffrir malgré tous les traitements proposés (rééducation, infiltrations et traitements antalgiques ou anti-inflammatoires), ces traitements ayant été mal tolérés ou peu efficaces. L'experte en neurologie ajoute que les douleurs invoquées sont tout à fait plausibles compte tenu du spondylolisthésis sur lyse isthmique L5 bilatérale et de l'aggravation post-traumatique tout à fait cohérente. En outre, les causes des douleurs, radiologiquement objectivées, ne se sont ni modifiées ni résorbées. Partant, aucune rémission des atteintes respectivement des douleurs rachidiennes n'est observée, de sorte qu'aucune amélioration de l'état de santé n'est constatée sur le plan des troubles du rachis. Ce nonobstant, les experts retiennent néanmoins, sans motivation corrélative, une augmentation à 100% de la capacité de travail.

**9.2.2** En sus de la symptomatologie rachidienne déjà connue, l'expert rhumatologue retient une nouvelle atteinte – arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche – avec incidence sur la capacité de travail, sans pour autant expliquer concrètement en quoi cette atteinte affecte la capacité de travail et quelles limitations fonctionnelles celle-ci induit, de sorte que le

Tribunal ne peut que supposer qu'elle aurait été dûment prise en compte lors de l'établissement des limitations fonctionnelles dans la mesure où l'expert indique que les mouvements des épaules sont possibles en position assise sous la ligne d'abduction de 90° (cf. supra consid. 9.1.1). En outre, l'expert, qui constate plusieurs douleurs dans l'épaule gauche (douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire, douleur au test de Yocum isolée associée à une douleur déclenchée par l'adduction contrariée, douleur au test de l'armé) retient pour autant et sans autre explication l'absence d'atteinte ligamentaire, tendineuse ou sous-acromiale (cf. AI pce 277 p. 702), ce alors même que les constatations médicales ressortant du rapport du 23 octobre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_ font état au niveau de l'épaule gauche d'un acromion crochu (on parle d'acromion – expansion osseuse de l'omoplate – crochu lorsque, avec le temps, l'acromion se modifie, prenant une forme crochue pouvant frotter avec les tendons environnants et diminuant leur espace. Il en résulte un conflit sous-acromial correspondant à un frottement pathologique entre les tendons de la coiffe des rotateurs et l'acromion [AI pce 245 p. 620]) et celles du rapport du 17 août 2016 de la Dresse L.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant généraliste de l'assuré [AI pce 245]) qui fait état d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse avec l'apparition de nouveaux points douloureux depuis mai 2016 en raison de scapulalgies bilatérales à prédominance gauche avec calcification dystrophique à droite et importants remaniements dystrophiques de l'articulation acromio-claviculaire à gauche, de tendinopathies de l'épaule gauche et du coude gauche et de douleurs arthrosiques des deux épaules et une épicondylite gauche. La motivation à cet égard fait d'autant plus cruellement défaut que l'expert retient, nonobstant ce nouveau diagnostic considéré comme invalidant, un port de charge désormais augmenté à 20kg ponctuellement et à 5kg en continu, alors que l'expert C.\_\_\_\_\_ retenait, en 2002, un port de charges limité à 10kg.

**9.2.3** En outre, les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ retiennent, de manière contradictoire, des limitations fonctionnelles au niveau du genou droit, tout en considérant que le syndrome fémoro-patellaire correspondant se révélerait sans incidence sur la capacité de travail de l'expertisé. De la même manière, ils retiennent une amélioration de la capacité de travail qu'ils évaluent à 100% alors que d'une part ils observent un trouble dégénératif cervical avec pincement en C4-C5 et C5-C6 objectivé par des radiographies du rachis cervical révélant une discopathie dégénérative en C4-C5 et C5-C6 tandis qu'en 2002, l'expert C.\_\_\_\_\_ observait une discopathie débutante en C4-C5, et que d'autre part ils constatent une nouvelle irradiation dans la jambe gauche avec des paresthésies et une

douleur qui descend jusque dans le talon gauche et des paresthésies qui se poursuivent dans la plante du pied gauche.

**9.2.4** Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que, sur le plan somatique, les considérations des experts selon lesquelles le recourant aurait recouvré une capacité totale de travail dans une activité lucrative adaptée sans diminution de rendement ne sont pas corroborées par l'évolution de l'état de santé du recourant dont aucune rémission n'est constatée et qui semble bien plutôt s'être péjoré au regard de la discopathie cervicale en C4-C5 et désormais étendue au niveau C5-C6, ainsi que des nouvelles atteintes observées au niveau de l'épaule gauche et du genou droit. En outre, les experts ne consacrent aucun développement aux motifs pour lesquels, dans ces conditions, le recourant aurait recouvré une tonicité musculaire ne fondant plus la baisse de rendement de 30% retenue par l'expert C. \_\_\_\_\_ en 2002 (s'agissant de l'état dépressif cf. *infra* consid. 9.3-9.6), alors même que l'experte T. \_\_\_\_\_ recommande des exercices de tonification musculaire des muscles érecteurs du dos et de la musculature abdominale pour maintenir un soutien musculaire au niveau de la colonne vertébrale et limiter les douleurs, et estime que le déconditionnement professionnel rend difficile la réintégration dans le milieu professionnel normal (AI pce 299 p. 778). De surcroît, les experts du Centre P. \_\_\_\_\_ opposent à l'assuré une capacité entière de travail dans une activité adaptée sans s'être préalablement déterminés sur l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle et les observations y relatives comme ordonné par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016 (cf. notamment consid. 14.4 et 15.2) et alors même que le Tribunal de céans avait considéré que les conclusions imputant une capacité entière de travail à l'expertisé étaient « *en contradiction manifeste avec l'échec des mesures de réinsertion professionnelle qui avaient [ont] duré six mois* ». Le Tribunal de céans avait en particulier souligné que, selon les observations formulées par le référant de Caritas B. \_\_\_\_\_, l'assuré n'était pas parvenu à augmenter son taux de présence au-delà de 30%, cela sans qu'un manque d'effort ou de volonté ne pût lui être reproché et indépendamment de certains facteurs subjectifs étrangers à l'assurance-invalidité (cf. consid. 14.4 de l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016). Faute de toute investigation quant à l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle et aux observations émises par le référant de l'assuré auprès de Caritas B. \_\_\_\_\_, les experts n'ont pas pris la peine d'expliquer en quoi leurs conclusions ne se trouveraient pas en porte-à-faux avec l'échec du stage de réinsertion professionnelle.

**9.2.5** A lecture de ce qui précède, force est de constater qu'à défaut d'avoir procédé aux investigations complémentaires requises par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016 et d'avoir motivé à satisfaction de droit la prétendue résorption de la baisse de rendement de 30% retenue par l'expert C.\_\_\_\_\_, les considérations des experts du Centre P.\_\_\_\_\_ attribuant à l'expertisé une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée aux atteintes somatiques objectivées n'expliquent pas d'une manière convaincante la modification de l'état de santé fondant de pareilles conclusions.

**9.3** Sous l'angle psychique, les considérations suivantes ont été établies par l'expert S.\_\_\_\_\_ (Al pce 277 pp. 685-691).

**9.3.1** Sur le plan affectif, l'expertisé s'est marié une première fois, union dont une fille est issue, avant qu'il ne divorce Il a également rapporté qu'il a eu une fiancée, avec laquelle il a espéré se marier avant qu'elle ne décède au début des années 1990 dans un accident de voiture à l'âge de 21 ans et alors enceinte de quatre mois. Marié une seconde fois en 1994, il a subi un nouveau deuil après que sa seconde épouse décède en 2012. Le couple a eu un fils avec lequel l'expertisé vit toujours. L'expertisé n'a pas de compagne, de crainte de revivre un nouveau drame en s'engageant avec une autre partenaire. Il a un chien auquel il est très attaché.

A l'examen clinique, l'expert S.\_\_\_\_\_ a observé un expertisé tendu, irritable, très fâché et en colère notamment contre l'assurance-invalidité, cela même s'il s'est montré collaborant et capable d'avoir de l'humour. Il n'a présenté aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni d'anciens souvenirs. Concernant la lignée dépressive, il présente une tristesse fluctuante en fonction des événements. L'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes cliniques en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'expertisé n'exprime pas d'idéation suicidaire avec projet précis, déclarant avoir envie de faire des choses. S'agissant du registre anxieux, il présente des tensions nerveuses, une irritabilité et un comportement colérique au cours de l'entretien. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, d'agoraphobie ou de phobie sociale, ni de trouble obsessionnel compulsif, ni de signes de stress post-traumatique, ni de souvenirs envahissants (flashback), ni de rêves ni de cauchemars.

De l'avis de l'expert S.\_\_\_\_\_, l'expertisé souffre d'un épisode dépressif ayant toujours été léger, avec syndrome somatique (CIM-10, F32.01). Ce trouble a vraisemblablement débuté après le décès de celle qui était sa

fiancée lors d'un accident de voiture survenu au début des années 1990, avec une recrudescence lors du décès de sa seconde épouse en 2012. Du point de vue anamnestique, l'expert S. \_\_\_\_\_ ne constate aucun des critères plaçant en faveur d'un degré moyen ou sévère d'un épisode dépressif selon la CIM-10. Il ne peut pas non plus retenir le diagnostic de dysthymie qui aurait dû être présent depuis l'adolescence. Il n'y a pas non plus de critères en faveur d'un trouble dépressif. L'expert ne peut pas non plus retenir les diagnostics d'agoraphobie ou de phobie sociale, car même si l'assuré appréhende les grands rassemblements, il n'a jamais vécu d'angoisses telles que celles décrites par la CIM-10 concernant les phobies. La principale incohérence du dossier réside dans le diagnostic de stress post-traumatique posé lors de la première expertise en 2002, diagnostic qui a été retenu sans aucune justification du point de vue clinique. L'expert S. \_\_\_\_\_ ne peut pas retenir ce diagnostic car il n'y a aucun signe clinique selon la CIM-10 et car l'expertisé ne se trouvait pas dans la voiture au moment où celle qui devait devenir sa femme était décédée.

Selon l'expert S. \_\_\_\_\_, l'assuré a enduré un mauvais départ dans la vie, ayant été abandonné par ses parents. Il n'a toutefois pas souffert de carence affective, ayant été adopté par un couple qui lui a donné de l'affection. Il a ensuite vécu le décès de deux compagnes auxquelles il a été très attaché, ce qui a provoqué un épisode dépressif qui n'a toutefois jamais revêtu un degré de sévérité l'empêchant de travailler. De plus, il dispose de mécanismes adaptatifs qu'il a toujours mis en œuvre malgré la douleur. Il dispose en effet de ressources psychologiques – sens de l'humour, capacité de résilience, d'auto-contrôle, d'auto-appréciation l'aidant à surmonter les situations de stress – lui ayant permis de donner du sens à la vie. Il met à profit des moyens comme la marche, notamment en compagnie de son chien, afin de calmer ses angoisses et sa tristesse lorsqu'elles surviennent, de sorte qu'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique ne paraît pas exigible, pas plus qu'une médication psychotrope que l'assuré ne prendrait de toute manière pas.

A l'issue de ce qui précède, l'expert S. \_\_\_\_\_ retient un épisode dépressif qui a toujours été léger, avec syndrome somatique (CIM-10, F32.01), qui aurait vraisemblablement débuté après le décès de sa fiancée lors d'un accident de voiture au début des années 1990, avec une recrudescence lors du décès de sa seconde épouse en 2012. Cela étant, l'expertisé a toujours été capable de travailler à 100% depuis 2013 à tout le moins, et ce dans toute activité lucrative, y compris dans une activité adaptée.

#### 9.4

**9.4.1** A la lecture de ce qui précède, l'expert S. \_\_\_\_\_ s'emploie à remettre en question les diagnostics posés en 2002 par l'expert D. \_\_\_\_\_ – trouble dépressif majeur, épisode isolé et sévère, syndrome de stress post-traumatique, trouble panique avec agoraphobie – lui ayant causé depuis l'automne 2001 des troubles de la concentration et une importante irritabilité l'empêchant d'exercer une quelconque activité lucrative, et en 2013 par l'expert J. \_\_\_\_\_ – trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée sous forme de deuil (F43.21), probable dysthymie (CIM-10, F34.1), agoraphobie avec probable trouble panique. L'expert S. \_\_\_\_\_ expose en effet que la principale incohérence réside dans le diagnostic de stress post-traumatique posé lors de la première expertise en 2002, diagnostic qui aurait été retenu sans aucune justification du point de vue clinique. Il ajoute que le diagnostic d'agoraphobie ou phobie sociale ne se justifie pas non plus, l'expertisé n'ayant jamais vécu les angoisses décrites dans la CIM-10. De même considère-t-il que les critères de la CIM-10 ne sont pas non plus réunis pour retenir le trouble dépressif diagnostiqué en 2002, ni celui de dysthymie – posé en 2013 par l'expert J. \_\_\_\_\_ – lequel, cas échéant, aurait dû être présent depuis l'adolescence. Pour autant, l'expert S. \_\_\_\_\_ ne procède aucunement à une comparaison des états de santé psychique présentés par l'assuré au moment de l'octroi de la rente par décision du 18 décembre 2003 respectivement au jour de l'expertise. Il ne démontre pas non plus, ni n'expose les motifs qui auraient présidé à une rémission du trouble dépressif majeur, épisode isolé et sévère, du syndrome de stress post-traumatique et du trouble panique avec agoraphobie considérés comme invalidants en 2002 dès lors qu'ils causaient pour le moins depuis l'automne 2001 des troubles de la concentration et une importante irritabilité entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. Le fait que les diagnostics retenus à l'époque par l'expert D. \_\_\_\_\_ ne le soient plus par l'expert S. \_\_\_\_\_ n'établit pas pour autant une amélioration notable de l'état de santé psychique du recourant, la jurisprudence constante du Tribunal fédéral enseignant que le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu lors d'un examen ultérieur ne peut justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente dans la mesure où ce seul constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Un motif de révision ne saurait en effet être admis que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, pour ce motif, de la capacité de travail résiduelle (arrêt du TF 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et les réf. citées). Tel n'est pas le cas en l'occurrence, l'expert S. \_\_\_\_\_ s'attachant à dénier le bien-fondé des diagnostics posés par les experts D. \_\_\_\_\_ et

J. \_\_\_\_\_ plutôt que de démontrer qu'une amélioration notable de l'état de santé psychique du recourant se serait produite.

**9.4.2** Outre que l'expert S. \_\_\_\_\_ ne démontre pas l'existence d'une amélioration notable de l'état de santé psychique respectivement de la capacité de travail du recourant, il ressort bien plutôt du dossier que les constatations objectives des experts D. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ne diffèrent guère les unes des autres. A l'instar du premier, le second observe en effet que l'expertisé présente des tensions nerveuses, une irritabilité et un comportement colérique au cours de l'entretien. L'expert S. \_\_\_\_\_ relie l'animosité du patient à son parcours de vie d'enfant abandonné et de conjoint ayant connu le brusque décès d'une fiancée alors enceinte, puis la perte de sa seconde épouse des suites d'une longue maladie. Par rapport aux circonstances ayant prévalu lors de l'établissement de l'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ de 2002 lors de laquelle l'expert D. \_\_\_\_\_ constatait également une tendance à se mettre facilement en colère et concluait à une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative en particulier à cause d'une irritabilité importante, on ne distingue pas en quoi l'assuré présenterait une amélioration de son état de santé sur ce point. En ce qui concerne le trouble de la concentration dont souffrait également l'assuré en 2002, l'expert S. \_\_\_\_\_ retient sans plus ample développement que l'assuré ne présente aucune affection sur cet aspect. Cependant, le Tribunal de céans a constaté dans l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016, d'une manière à lier l'autorité inférieure et les experts, qu'en raison de l'intensité des douleurs, la concentration de l'assuré diminuait rapidement (cf. consid. 12.2 p. 19). Dès lors que les douleurs rachidiennes chroniques sont restées identiques depuis 1999 ou n'ont à tout le moins pas diminué (cf. *supra* consid. 9.2.1), l'expert échoue à démontrer de manière convaincante en quoi l'assuré aurait, ce nonobstant, bénéficié d'une rémission de ses troubles de concentration qui, au même titre que l'irritabilité, ont affecté sa capacité de travail et induit l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité à compter du mois de février 2000. Dans ces circonstances, le fait que l'expert S. \_\_\_\_\_ constate – sans spécifier s'il s'agit de considérations personnelles ou de constatations corroborant des déclarations directes et spontanées de l'expertisé – ne plus retrouver d'altération à éprouver du plaisir, d'humeur dépressive, d'idée suicidaire, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, de diminution de la concentration, de l'appétit ou de la libido, ne suffit pas à démontrer une amélioration de l'état de santé psychique décisive sur la capacité de travail de l'expertisé.

**9.4.3** De plus, l'expert S. \_\_\_\_\_ diagnostique chez l'assuré un épisode dépressif léger, vraisemblablement apparu au décès de sa fiancée dans

les années 1990 avec recrudescence lors du décès de sa seconde épouse en 2012, qui a toujours été léger et met en cause le diagnostic de stress post-traumatique, motif pris que l'expertisé ne se trouvait pas dans la voiture au moment où est décédée celle qui allait devenir sa femme respectivement la mère de son enfant. Ce faisant, l'expert S. \_\_\_\_\_ attribue l'origine des troubles psychiques présentés par l'assuré aux deuils successifs qui l'ont frappé. Or, il est constant que la rente d'invalidité servie au recourant depuis le mois de février 2000 l'a été en raison du traumatisme psychologique que lui a causé l'accident de travail survenu en février 1999 lors duquel il a chuté d'une échelle sur le dos, souffrant depuis lors de douleurs dorsales chroniques qui l'ont empêché de reprendre l'exercice de ses activités lucratives antérieures de maçon et bûcheron. Cet accident a déclenché chez l'assuré des crises d'angoisse survenant trois à quatre fois par semaine accompagnées de palpitations, tremblements, transpiration, sensation d'étouffement et autres manifestations végétatives. Par la suite, l'expertisé a commencé à devenir de plus en plus irritable et tendu lorsqu'il repensait à son accident, à présenter des insomnies, des difficultés de concentration et a progressivement perdu son intérêt pour ses loisirs préférés (cf. AI pce 88 pp. 242-243). Contrairement à ce que l'expert S. \_\_\_\_\_ soutient, l'accident de voiture dans lequel la fiancée de l'assuré est décédée au début des années 1990, soit une dizaine d'années avant la survenance en février 1999 du cas d'assurance ayant présidé à l'octroi de la rente litigieuse dès février 2000, est rigoureusement étranger à l'état de stress post-traumatique retenu par l'expert D. \_\_\_\_\_ en 2002. L'accident de voiture survenu au début des années 1990 se révèle d'autant moins décisif dans le droit à la rente perçue par l'assuré dès février 2000 que ce dernier a continué d'exercer une activité lucrative durant presque dix années après le drame. Ces prémisses inexactes attestent d'une méconnaissance du dossier qui entache la valeur probante de l'évaluation psychiatrique de l'expert S. \_\_\_\_\_.

**9.4.4** Sous l'angle du contexte social, l'expert S. \_\_\_\_\_ souligne que l'expertisé n'a pas de compagne, craignant de revivre le même drame que lors du décès de sa seconde épouse en 2012, qu'il vit avec son fils avec lequel il partage le repas du soir qu'il cuisine lui-même, qu'il a peu d'amis ce qui ne lui manque pas et qu'il est très attaché à son chien qu'il sort en forêt tous les jours. L'expert S. \_\_\_\_\_ en conclut que l'assuré dispose de ressources personnelles qu'il mobilise afin de calmer ses angoisses et sa tristesse lorsque celles-ci surviennent (AI pce 277 pp. 688 et 690). Or, il ressort du rapport d'expertise du Centre E. \_\_\_\_\_ établi en 2002 qu'avant la chute survenue en février 1999, le recourant pratiquait différentes activités comme le sport, les sorties, le jardinage, modélisme, etc. mais que depuis

l'été 1999, il a perdu tout intérêt pour les loisirs qu'il pratiquait auparavant. Selon les indications retenues en 2018 par l'expert S. \_\_\_\_\_, l'expertisé n'a pas repris ces activités depuis lors. En outre, l'expert C. \_\_\_\_\_ constatait déjà en 2002 que l'assuré effectuait quotidiennement des marches de 30 à 45 minutes seul avec son chien. Du reste, la marche correspond à la position dans laquelle l'assuré se sent le mieux et constitue une mesure thérapeutique lui permettant de lutter contre ses douleurs rachidiennes (AI pces 277 p. 699 et 299 p. 781). Compte tenu de ces éléments, les marches quotidiennes ne sauraient être opposées à l'assuré comme attestant de la reprise d'activités sociales respectivement d'une amélioration de son état de santé psychique. Loin de s'être améliorées, les ressources sociales de l'assuré semblent au contraire s'être péjorées puisqu'en 2002, l'assuré était marié et s'occupait alors de son fils âgé de neuf ans (cf. AI pce 72 pp. 206-207), tandis qu'en 2018, il ne dispose pas des ressources suffisantes lui permettant d'envisager une nouvelle relation affective, qu'il reporte son affection sur une présence animale et que son fils, désormais majeur et pour qui il ne fait plus que préparer le repas du soir, est devenu bien plus autonome. Compte tenu de ce qui précède, l'affirmation de l'expert S. \_\_\_\_\_, selon laquelle l'expertisé dispose de ressources et de moyens personnels mobilisables attestant d'une amélioration de sa capacité de gain, ne repose sur aucune amélioration objectivée du quotidien de l'assuré, lequel, sur le plan des activités sociales et des loisirs, se révèle en 2018, sur bien des points, similaire aux constatations établies en 2002 par l'expert D. \_\_\_\_\_ qui avait alors conclu, de manière cohérente, qu'en raison des troubles psychiques, l'assuré était très limité dans son fonctionnement social (AI pce 88 p. 245).

**9.5** En ce qui concerne la réadaptation professionnelle, l'expert S. \_\_\_\_\_ indique que l'assuré n'aurait jamais bénéficié de véritables mesures de réadaptation. Tel n'est cependant pas le cas, l'assuré ayant effectué une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle en la forme d'un entraînement progressif auprès de Caritas B. \_\_\_\_\_ du 6 janvier au 30 juin 2014. Cette constatation inexacte des faits apparaît d'autant plus problématique que les instructions contraignantes de l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016 commandaient précisément aux experts de se prononcer sur l'échec de la mesure d'intégration professionnelle. Or, l'évaluation psychiatrique du Centre P. \_\_\_\_\_ reste muette à cet égard, bien qu'il eût appartenu à l'expert S. \_\_\_\_\_ de se prononcer sur ce point dans le cadre de l'examen des indicateurs standards relatifs à la procédure probatoire structurée à laquelle doit satisfaire le volet psychiatrique de l'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_ en présence d'un trouble dépressif de degré léger (cf. ATF 143 V 409). En effet, le déroulement et l'issue des mesures de

réadaptation professionnelle fournissent des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique dans le cadre de l'évaluation du poids effectif des souffrances allégués par l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). Ces considérations s'imposaient d'autant plus que, comme souligné par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016 (cf. consid. 14.4), les conclusions de l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ selon lesquelles l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée se trouvaient en contradiction manifeste avec l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle, celle-ci n'ayant précisément pas été prolongée car l'assuré n'était pas parvenu à augmenter son taux d'occupation au-delà de 30%, alors même qu'aucun manque d'effort ou de volonté ne pouvait lui être reproché. Au demeurant, les considérations de l'Office AI du canton du B. \_\_\_\_\_, selon lesquelles compte tenu du tableau clinique ressortant de l'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_, l'échec des mesures de réintégration professionnelle ne pouvait s'expliquer que par des éléments étrangers à l'invalidité (cf. réponse au recours du 18 septembre 2019 [TAF pce 6 p. 7]), ne sauraient pallier au défaut d'expertise précité.

**9.6** Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que les considérations développées par l'expert S. \_\_\_\_\_ n'attestent d'aucune amélioration notable de l'état de santé psychique du recourant, mais se résument à une nouvelle appréciation médicale de circonstances demeurées pour l'essentiel inchangées. A défaut de décrire d'éventuelles rémissions des troubles psychiques respectivement de leurs effets sur l'incapacité de travail du recourant, les constatations médicales de l'expert S. \_\_\_\_\_ n'établissent pas l'existence d'un motif de révision, les points litigieux n'étant pas examinés de façon circonstanciée.

**9.7** En définitive, le rapport d'expertise du Centre P. \_\_\_\_\_ n'établit aucune amélioration de l'état de santé du recourant sur les plans à la fois somatique et psychique.

**9.7.1** Sur le plan somatique, les experts n'ont pas justifié les raisons pour lesquelles une diminution de rendement de l'ordre de 30% n'était plus retenue, alors qu'à leurs dires, la symptomatologie douloureuse ne s'est pas modifiée depuis les mois qui ont suivi l'accident survenu en 1999. La situation médicale s'est même péjorée avec les nouveaux diagnostics posés d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, d'un syndrome fémoropatellaire du genou droit et d'une discopathie dégénérative en C5-C6, sans que les experts n'expliquent en quoi, nonobstant ces nouvelles atteintes apparues postérieurement à l'octroi initial de la rente, le recourant aurait

recouvré une capacité entière de travail respectivement ne subirait plus de baisse de rendement de 30%.

**9.7.2** Sur le plan psychique, l'expert S.\_\_\_\_\_ s'est pour l'essentiel attaché à discuter et requalifier les diagnostics précédemment posés plutôt qu'à démontrer une amélioration de santé de l'assuré en comparant son état de santé antérieur et actuel. En outre, le rapport d'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ considère que l'amélioration psychique serait survenue en juillet 2013, reprenant à son compte le constat d'une prétendue amélioration de l'état de santé sur le plan psychique par l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_ (cf. AI pce 173 pp. 400-401 et pce 279), alors même que la valeur probante de celle-ci a été déniée par l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016. Au surplus, le volet psychiatrique de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ est entaché de considérations erronées concernant notamment l'origine des troubles psychiques et les ressources mobilisables de l'assuré ainsi que l'échec de la mesure de réinsertion professionnelle dont ce dernier a bénéficié.

**9.8** Cela étant, les rapports SMR de la Dresse O.\_\_\_\_\_ (cf. *supra* consid. 7.1-7.3) qui reprennent les considérations de l'expertise du Centre P.\_\_\_\_\_ ne sauraient valablement fonder la décision de suppression de rente litigieuse en l'espèce. En outre, dans la mesure où ces avis SMR reprennent en partie les conclusions de l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013 (AI pce 173), il convient de rappeler que l'examen de l'état de santé du recourant opéré dans le cadre de l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_ a été considéré comme incomplet et dépourvu de valeur probante aux termes de l'arrêt de renvoi C-7542/2014 du 9 juin 2016 (cf. consid. 14.3 et 14.6), de sorte que ce rapport d'expertise ne saurait entrer en ligne de compte dans l'appréciation d'une éventuelle suppression du droit à la rente du recourant. Partant, les avis SMR des 13 août 2018 et 2 février 2019 (AI pces 279 et 291), qui s'appuient sur l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_ pour déterminer le moment auquel une amélioration de l'état de santé psychique a été attestée, ne constituent pas un fondement suffisant pour justifier une amélioration de l'état de santé psychique du recourant.

## **10.**

**10.1** En conclusion, le Tribunal retient que l'autorité inférieure a supprimé le droit à la rente du recourant sans qu'une amélioration sensible de l'état de santé du recourant respectivement une diminution notable du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne soient établies au degré de

la vraisemblance prépondérante par les rapports d'expertise et SMR figurant au dossier. L'instruction du dossier n'a par conséquent pas permis de mettre en évidence un motif de révision susceptible de fonder la suppression du droit à la rente du recourant.

**10.2** Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu d'annuler la décision litigieuse du 19 août 2019 et de réintégrer le recourant dans son droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le dossier étant retourné à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente, avec suite d'intérêts moratoires (art. 26 al. 2 LPGGA). Le recours se révèle ainsi bien fondé. Au vu de l'issue du litige, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire devient sans objet. Au même titre, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant les griefs du recourant afférant au calcul du degré d'invalidité.

## **11.**

**11.1** Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En conséquence, l'avance de frais de CHF 800.– versée (cf. TAF pces 2 et 4) lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

**11.2** L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut d'autres indications, les honoraires du représentant sont fixés sur la base du dossier, soit, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 et 14 FITAF). En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un représentant n'ayant pas produit de note d'honoraires. Au vu de l'issue de la procédure et du fait que le mémoire de recours contient dix-sept pages (TAF pce 1), la réplique deux pages (TAF pce 10), auxquels s'ajoutent trois courriers rédigés au cours de la présente procédure (TAF pces 8, 14 et 15), le Tribunal lui alloue, à charge de l'autorité inférieure, et sans supplément TVA (art. 9 al. 1 let. c FITAF, en relation avec les art. 1 al. 2 et 8 LTVA [RS 641.20]), une indemnité de dépens qu'il est équitable de fixer à CHF 2'800.–.

*(Le dispositif figure à la page suivante.)*

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

**1.**

Le recours est admis et la décision de l'OAIE du 19 août 2019 est annulée.

**2.**

Le recourant est rétabli dans son droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, avec suite d'intérêts moratoires.

**3.**

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin que celle-ci détermine le montant de la rente d'invalidité.

**4.**

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

**5.**

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens d'un montant de CHF 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

**6.**

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 :

Le greffier :

Caroline Gehring

Frédéric Lazeyras

**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 :