



Cour III
C-6369/2017

Arrêt du 31 juillet 2019

Composition

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

Parties

A. _____, (Espagne),
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision (décision du 10 octobre 2017).

Faits :**A.**

A.a A. _____ (ci-après : l'assuré, le recourant, l'intéressé), ressortissant espagnol né en 1970 et domicilié en Espagne, a travaillé en Suisse dans le secteur de la construction de 1988 à 1999 (AI pces 2 et 25). Depuis, il a continué à travailler en Espagne, en qualité de maçon et de technicien notamment (AI pces 1, 2, 3, 7, 15 et 66 p. 16).

A.b Le 15 novembre 2011, par l'entremise de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (ci-après : INSS), l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail ayant débuté le 30 juillet 2010 suite à une chute (AI pce 3 ; cf. également AI pce 8). Dans un rapport médical E213 annexé à cette demande, le Dr B. _____, médecin examinateur auprès de l'INSS, a retenu au titre de diagnostics des fractures du cubitus et du radius droits, un syndrome régional complexe avec tendinite de l'épaule droite, des hernies discales gauches en C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'un possible parkinsonisme (« parkinsonismo »). Aussi le Dr B. _____ a-t-il considéré l'assuré incapable de travailler dans son activité habituelle, lui reconnaissant en revanche une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire dénuée de risques (AI pce 1).

Cela étant, dans une prise de position du 4 avril 2012, le Dr C. _____, médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité précédente), a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2011 (AI pce 11). Après avoir évalué l'invalidité de ce dernier à 25 %, l'OAIE lui a communiqué son intention de rejeter sa demande de prestations (projet de décision du 20 avril 2012, AI pce 13).

A.c En vue de contester ce projet de décision, l'assuré a versé en cause différents documents provenant de médecins consultés en Espagne, soit essentiellement des résultats de radiographies réalisées dès 2010 au Complexe D. _____ ainsi qu'un rapport médico-légal du 6 mars 2012 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie générale et de l'appareil digestif (AI pce 15, p. 5 à 11). A suivre ce dernier médecin, l'assuré présente un syndrome régional complexe, une tendinite du sous-épineux de l'épaule droite, une hernie paramédiane gauche C5-C6 avec compromission radiculaire, une arthrose cervicale, un asthme extrinsèque avec hyper-sensibilité aux acariens ainsi qu'un parkinsonisme (« parkinsonismo »). Au plan clinique,

l'intéressé se plaint essentiellement d'une altération de la marche, de paresthésies et d'importantes douleurs - en particulier au niveau du membre supérieur droit -, d'une diminution de la force, de troubles du langage et de la mémoire, ainsi que de vertiges, maux de tête et tremblements. S'agissant du parkinsonisme, la bradyphrénie de la marche en constitue la manifestation la plus incapacitante. Compte tenu également du tremblement, de la rigidité, des difficultés à utiliser les membres supérieurs, des sévères douleurs ainsi que de l'amnésie, l'assuré est incapable d'exercer l'activité de maçon, ainsi que la grande majorité des professions relevant de son domaine de compétence (AI pce 15 p. 5 à 11).

A.d Considérant ces nouveaux documents médicaux, le Dr C. _____ s'est ravisé, excluant qu'une activité de substitution ne soit médicalement exigible de l'assuré, en raison principalement du syndrome parkinsonien (« Parkinsonsyndrom ») retenu par le Dr E. _____ comme étant à l'origine d'une akinésie, d'une bradyphrénie, d'une rigidité, ainsi que de tremblements. Toujours selon le Dr C. _____, s'associent à ce diagnostic principal d'autres atteintes avec répercussion sur la capacité de travail, à savoir un syndrome régional complexe ainsi qu'une hernie discale au niveau C5-C6 (AI pces 19 et 21).

A.c Par décision du 24 août 2012, l'OAIE a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2012, soit dès l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la demande (AI pces 23 et 27).

B.

B.a Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en juin 2014 (AI, pce 28), l'OAIE s'est procuré les rapports des Drs F. _____ et G. _____ qui ont notamment suggéré la mise en œuvre d'exams psychiatriques en raison de la probable nature somatoforme d'un syndrome bradycinétique et bradyphrénique de l'hémicorps droit observé chez l'assuré (rapports des 8 et 29 septembre 2014, AI pce 36 et 35). Par ailleurs, dans un rapport E 213 du 16 octobre 2014, le Dr H. _____ – médecin examinateur auprès de l'INSS -, a reconnu l'assuré pleinement capable de travailler dans une activité adaptée, nonobstant ses atteintes au niveau du membre supérieur droit, ses discopathies, ainsi que de probables troubles somatoformes (AI pce 38).

Invité à prendre position sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr I. _____ – spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil

de l'OAIE – a observé que la rente d'invalidité a été octroyée essentiellement en raison de troubles d'ordre neurologique. Aussi a-t-il suggéré de solliciter l'avis d'un neurologue (AI pce 42). Ainsi, dans un rapport du 22 décembre 2014, le Dr J. _____, neurologue FMH et médecin conseil de l'OAIE, a qualifié de douteux le « diagnostic qui a ouvert le droit à la rente ». Par conséquent, ce dernier médecin a suggéré de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire neurologique, psychiatrique, neuropsychologique et de médecine interne (AI pce 44).

B.b Cela étant, une expertise a été réalisée au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) par les Drs K. _____, spécialiste en médecine interne, L. _____, psychiatre, M. _____, rhumatologue et N. _____, neurologue, ainsi que par le neuropsychologue O. _____ (AI pce 66).

Dans leur rapport du 30 septembre 2015, les experts décrivent un assuré en bon état général, présentant des douleurs résiduelles du poignet droit suite à la fracture de 2010, compliquée d'une probable algodystrophie objectivée par radiographies en 2010 et 2012. Par la suite, aucune séquelle de cette algodystrophie n'a plus été documentée, les critères diagnostics y relatifs n'étant actuellement pas remplis. Selon les experts, l'assuré a connu en 2012 un épisode d'arthrite au niveau du genou gauche, qui s'est terminé début 2013. Au plan rhumatologique, il persiste depuis uniquement des douleurs du rachis, de l'épaule droite de type tendinopathie et du poignet droit.

Au status neurologique, la présence d'une bradykinésie est exclue par les spécialistes du CEMed, qui observent de nombreuses discordances quant à la raideur et à la faible mobilisation du bras droit, ce qui évoque un trouble douloureux et de la mobilité d'origine non neurologique. Les experts ne relèvent par ailleurs pas d'akinésie ou de tremblements. Cela étant, aucun diagnostic d'ordre neurologique n'est retenu. En particulier, l'examen mené au jour de l'expertise ne permet pas d'affirmer la présence d'un syndrome parkinsonien. A dire d'experts, ce diagnostic n'est pas davantage étayé par les examens médicaux antérieurs figurant au dossier.

Au plan psychiatrie également, l'assuré présente une capacité de travail complète en temps et en rendement. Le contexte psycho-sociale dans lequel il vit n'est en effet ni délétère, ni instable ; il ne connaît par ailleurs pas de troubles relationnels et il existe une incohérence entre l'importance de ses plaintes et la concentration sanguine d'antalgiques. De là, les diagnostics de troubles somatoforme ou dissociatif doivent être exclus. L'assuré

présente en revanche un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique ; l'existence de limitations en relation avec ce trouble doit toutefois être exclue, puisqu'un traitement psychotrope n'a jamais été prescrit.

D'un point de vue neuropsychologique enfin, un dysfonctionnement exécutif modéré, des troubles mnésiques et attentionnels modérés, ainsi que des difficultés au langage oral sont observés. Cela étant, en présence de surcharge, d'un défaut d'effort et de discordances diverses, ces troubles ne peuvent être retenus comme incapacitant (AI pce 66, p. 26 à 31).

Dans ces circonstances, sont admis au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, une fracture du poignet droit, ainsi que des cervicalgies et lombalgies chroniques. En raison de ces atteintes, l'assuré est limité dans les travaux lourds, les ports répétés de lourdes charges et les mouvements répétés avec le membre supérieur droit. De l'avis des experts, ces affections sont stationnaires de longue date et n'ont jamais été à l'origine de limitation fonctionnelle significative. Ainsi, « la rente a été octroyée pour des raisons neurologiques » (AI pce 66, p. 35). Depuis début 2013 toutefois, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (AI pce 66, p. 32 à 35).

B.c Dans un avis du 11 février 2016, le Dr J. _____ a expliqué que l'expertise du 30 septembre 2015 met en évidence une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré. En effet, le « syndrome Parkinsonien » décrit dans le rapport du Dr E. _____ du 6 mars 2015 n'est plus retrouvé par les spécialistes du CEMed. De même, les troubles cognitifs décrits par ce dernier médecin ne sont pas qualifiés d'incapacitant par l'expert neuropsychologue. Ainsi, après avoir exclu la pertinence de documents médicaux nouvellement versés au dossier (AI, pces 59, 60 et 61 notamment), le Dr J. _____ a admis que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans les activités de substitution décrites dans l'expertise, ce dès sa réalisation en juin 2015 (AI pce 68).

Le 10 avril 2016, le Dr I. _____ a exprimé un doute quant à la présence ici d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, puisque le trouble neurologique retenu en 2012 n'a en fait jamais existé. Sauf cas particulier non réalisé en l'espèce, un syndrome de parkinson n'est en effet pas susceptible de disparaître (AI pce 71). En réponse à cette prise de position, le Dr J. _____ a expliqué que l'amélioration de l'état de santé de l'assuré a consisté en la disparition du « Parkinsonisme » décrit dans le rapport du

Dr E. _____. Cela étant, il est important de distinguer entre un « parkinsonisme » - qui correspond à une situation clinique susceptible de se résorber - et une « maladie de Parkinson », diagnostiquée à tort en 2012. Indépendamment du diagnostic retenu, les symptômes décrits dans le rapport du 6 mars 2012 doivent quoiqu'il en soit être considérés comme ayant disparu. Toujours selon le Dr J. _____, on est ainsi bel et bien en présence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré (rapport du 22 avril 2016 ; AI pce 72). Le 3 août 2016, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et médecin-conseil de l'OAIE, a déploré que le volet psychiatrique de l'expertise du CEMed n'expose pas le déroulement d'une journée de l'assuré, ce qui lui « aurait permis de juger pleinement des intérêts, activités, habitudes et donc du potentiel et des ressources de l'assuré ». Il est cependant vrai qu'un épisode dépressif moyen ne justifie pas d'incapacité de travail sur une longue durée « si aucun suivi psychiatrique n'a jamais été mis en place pour le juguler ». En l'absence de rapport psychiatrique à la base de la décision initiale de rente, le psychiatre-conseil exprime finalement qu'il lui est impossible de comparer la situation actuelle de l'assuré à celle qui prévalait à cette époque (AI pce 73). Réunis en rapport, les médecins-conseils de l'OAIE ont considéré le 13 octobre 2016 que « l'évolution clinique a permis d'exclure l'existence d'une maladie de Parkinson retenue par le service médical lors de l'octroi de la rente [...]. Les symptômes décrits lors de l'octroi ne sont plus retrouvés. Cette évolution positive constitue une amélioration propre à permettre désormais l'exercice d'une activité adaptée à plein temps » (AI pce 75).

B.d Vu ce qui précède, l'OAIE a considéré qu'en dépit de ses atteintes, l'assuré reste en mesure de réaliser un revenu mensuel de 4'445 fr. 67, correspondant au salaire statistique ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme exerçant à plein temps des activités simples et répétitives dans le secteur tertiaire (ESS 2012, tableau TA1_skill_level, niveau 1, moyenne des lignes 94-96, 45-46, 47, 77 et 79-82, horaire usuel de 41.7 heures) compte tenu d'un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles de 10 %. Comparé au revenu sans invalidité de 6'094 fr. 28 (ESS 2012, tableau TA1_skill_level 2012, lignes 41-43, horaire usuel de 41.5 heures), il en résulte une invalidité de 27 % qui n'ouvre pas le droit à une rente (AI pce 76). Aussi, par projet de décision du 2 novembre 2016, l'OAIE a considéré qu'il n'existe plus de droit à une rente d'invalidité (AI pce 77).

En procédure d'audition, l'intéressé a produit une abondante documentation médicale comprenant notamment les résultats d'examen médicaux et de laboratoires réalisés depuis son adolescence jusqu'en novembre 2016

(AI pces 78 à 232). Il en ressort notamment que l'assuré a bénéficié en 2011 et 2012 d'une prise en charge neurologique, dans le contexte de laquelle le diagnostic de maladie de Parkinson (« Parkinsonismo ») a été évoqué, sans qu'aucun traitement ne soit prescrit en conséquence (AI pces 118 à 134 notamment ; cf. également AI pce 235). En outre, dans un rapport du 28 novembre 2016, le Dr F._____ a expliqué que l'assuré présente une bradykinésie généralisée et souffre de maux de tête, d'insomnie ainsi que de douleurs aux quatre membres. En cela, il est incapable d'exercer son travail habituel (« Derivado de su pluripatología, el paciente está incapacitado para el desarrollo de su trabajo habitual como técnico de cubiertas planas » AI pce 136).

Après avoir exclu que ces documents médicaux ne remettent en cause les conclusions des experts du CEMed (AI pces 235 et 237), l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2017 (décision du 10 octobre 2017, AI pce 239).

C.

Le 9 novembre 2017 (timbre postal), l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAIE du 10 octobre 2017, concluant à son annulation. Se prévalant de la jurisprudence espagnole, il explique en substance souffrir de diverses atteintes qui l'empêchent totalement de travailler, quelle que soit l'activité envisagée. En particulier, il lui est parfaitement impossible de mener à bien les tâches inhérentes aux activités de bureau (TAF pce 1).

Dans sa réponse du 8 mars 2018, l'autorité précédente a retenu qu'au moment de la décision attaquée, l'assuré ne présentait plus d'algodystrophie ni de parkinsonisme ayant justifié l'octroi en 2012 d'une rente complète d'invalidité. En cela, son état de santé s'est amélioré au point qu'il dispose désormais d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il présente ainsi une invalidité de 27 % insuffisante pour maintenir le droit à la rente. Aussi, selon l'OAIE, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée (TAF pce 14).

En réplique, l'assuré a versé en cause plusieurs pièces médicales, soit notamment un certificat des autorités de (...), territoire de (...), attestant d'un « degré de handicap » (« certificado do grao de discapacidade ») de 44 % dès le 26 juin 2013 (TAF pce 17 annexes 1), des rapports de consultations auprès de l'hôpital Q._____ (TAF pce 17 annexes 2 à 6), ainsi qu'un certificat de santé dressé le 26 mars 2018 par le Dr R._____ (TAF pce 17 annexe 8). Par correspondances du 26 avril et du 10 mai 2019, le recourant a derechef produit de la documentation médicale, soit notamment

les résultats d'examens et de consultations neurologiques intervenus en avril 2018 (TAF pces 19 et 21).

Lors d'un rapport organisé le 31 mai 2018, les médecins de l'OAIE ont observé que la documentation produite en procédure judiciaire n'apporte « aucuns éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation de l'office » (TAF pce 24).

Par ordonnance du 25 juin 2018, le Tribunal de céans a clôturé l'échange d'écritures (TAF pce 25).

Droit :

1.

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

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

1.2 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres,

dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1^{er} avril 2012, l'ALCP fait référence au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

2.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 10 octobre 2017.

2.3 Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 10 octobre 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit). Les faits postérieurs doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.

Le litige porte sur la suppression, à partir du 1^{er} décembre 2017, du droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité.

4.

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

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

4.2 En vertu de l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour autant qu'il ressort clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA (notamment : TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une

simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

4.3 Afin de pouvoir évaluer le taux d'invalidité ou établir un motif de révision, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

4.4 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

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

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

5.

Selon l'OAIE, l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré depuis la décision de rente du 24 août 2012. A l'époque en effet, il présentait des atteintes d'ordre neurologique qui n'ont plus été observées lors de l'expertise du 30 septembre 2015. Or, ce sont essentiellement ces atteintes – soit une algodystrophie et un parkinsonisme – qui entravaient la reprise de toute activité professionnelle. Quant aux troubles persistants, ils restent compatibles avec l'exercice d'activités n'impliquant ni travaux lourds, ni le port répété de charges et n'exigeant pas de mouvements fréquents avec le membre supérieur droit. De son côté, le recourant critique ce point de vue, expliquant que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2012 et que sa capacité de travail reste nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

5.1 En l'occurrence, tel qu'évoqué par plusieurs médecins consultés (Al pces 44, 66, 68, 71 et 72), on peut douter du bienfondé des conclusions des Drs C._____ et E._____ retenues à la base de la décision initiale de rente (Al pces 15, 19 et 21). Comme l'explique le Dr J._____, il apparaît en particulier singulier pour des médecins ne disposant pas de spécialisation en neurologie de retenir le diagnostic de parkinsonisme. Néanmoins, indépendamment de la discussion menée sur le plan médical par les Drs C._____ et E._____, leurs rapports respectifs sont précis et détaillés lorsqu'ils consignent les plaintes de l'assuré et dressent son status clinique. Ainsi, à bien comprendre l'avis du Dr E._____ du 6 mars 2012, l'incapacité de l'assuré à travailler s'explique essentiellement en raison d'une altération de la marche, ainsi que des tremblements, rigidité, difficultés à utiliser les membres supérieurs, sévères douleurs et amnésie dont il souffre. De même, le Dr C._____ rapporte l'incapacité de travail principalement à l'akinésie, à la bradyphrénie, à la rigidité, ainsi qu'aux

tremblements mis en relation avec la maladie de Parkinson diagnostiquée par son confrère espagnol. Or, comme cela ressort de l'expertise réalisée auprès du CEMed, ces symptômes se sont en grande partie résorbés en 2015. Au status neurologique, la présence d'une bradykinésie est en particulier écartée, aucune akinésie n'étant en outre relevée, ni aucun tremblement constaté. Par ailleurs, à dire d'experts, les critères diagnostics ne sont plus remplis pour retenir la présence de l'algodystrophie documentée en 2010 et 2012. Quant à l'arthrite du genou dont souffrait l'assuré à l'époque de la décision de rente, elle a disparue dès 2013. Ainsi, nonobstant l'opinion des médecins consultés quant aux diagnostics à retenir et leur appréciation de l'état de fait médical, le rapport d'expertise du 30 septembre 2015 met incontestablement en évidence une amélioration de l'état de santé de l'assuré propre à influencer de manière notable son degré d'invalidité (cf. également AI pces 68, 72 et 75).

L'autorité précédente était dès lors fondée à admettre la présence d'un motif de révision sur la base du rapport CEMed du 30 septembre 2019. Certes, on peut regretter que l'expertise ne contienne pas de chapitre abordant spécifiquement la façon dont l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la décision de rente du 24 août 2012. Cette évolution est néanmoins expressément abordée dans le corps même de l'expertise, qui répond ainsi de façon circonstanciée aux questions médicales pertinentes du cas d'espèce. Comme l'explique le Dr P. _____, il est vrai par ailleurs que le volet psychiatrique de l'expertise n'expose pas précisément le déroulement d'une journée de l'assuré (AI pce 73). A elle seule, cette circonstance ne saurait toutefois invalider les conclusions des spécialistes du CEMed. Ceux-ci ont en effet retranscrit de façon détaillée l'anamnèse de l'assuré, décrivant notamment ses activités quotidiennes ainsi que le contexte personnel, familial et socioprofessionnel dans lequel il évolue (AI pce 66, p. 14 ss). Aussi doit-on admettre que les experts ont recueilli les données nécessaires pour évaluer l'état de santé psychique de l'assuré et désigner ses répercussions sur sa capacité de travail. D'ailleurs, la jurisprudence simplifie la preuve du caractère invalidant de troubles dépressifs de degré moyen lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante (ATF 143 V 409, consid. 4.5). Or en l'occurrence, il faut bien admettre que le rapport d'expertise du 30 septembre 2015 satisfait à tous les réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante de tels documents (ATF 125 V 351 consid. 3a). En effet, ce rapport repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, ne contient pas d'incohérences et aboutit à des

conclusions motivées et convaincantes. Du reste, les conclusions formulées au sujet de la capacité de travail de l'assuré dans une activité raisonnablement exigible ne sont infirmées par aucune des pièces médicales versées au dossier. A l'instar des autres médecins consultés depuis la réalisation de l'expertise CEMed, le Dr F. _____ ne se prononce en particulier pas de façon convaincante sur la capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées. Bien qu'évoquant en 2016 encore une bradykinésie généralisée, ce médecin n'exprime ainsi pas que ce syndrome exclut toute capacité résiduelle de travail de l'assuré (AI pces 36 et 136 ; cf. également AI pces 68, 78ss, 235 et 237 ; TAF pces 19, 21 et 24). Quoiqu'il en soit, les médecins-conseil de l'OAIE ont expressément exclu que les prises de position succinctes du Dr F. _____ et la documentation médicale postérieure à l'expertise remettent en cause les conclusions de l'expertise (AI pce 235 ; cf. également AI pces 237 et TAF 24). Enfin, contrairement à ce que semble exprimer le recourant, le fait que les autorités espagnoles lui reconnaissent une invalidité de 44 % n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts (notamment TAF pce 17 ; consid. 2.1 ci-avant).

5.2 Il suit de ce qui précède que l'OAIE s'est à bon droit fondé sur les conclusions du rapport du CEMed du 30 septembre 2015 pour conclure que l'état du recourant s'est amélioré depuis la décision de rente du 24 août 2012 (cf. ATF 141 V 9, consid. 2.3 ; TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2).

Les conclusions des experts ayant pleine valeur probante (consid. 5.1 ci-avant), c'est à juste titre également que l'autorité précédente a considéré qu'en dépit de ses atteintes au niveau du membre supérieur droit et de ses cervicalgies et lombalgies chroniques, l'assuré présente désormais une pleine capacité de travail dans une activité n'impliquant pas de travaux lourds, le port répété de lourdes charges et les mouvements répétés avec le membre supérieur droit. Aussi les griefs de l'assuré doivent-ils être rejetés.

6.

Cela étant, même si le recourant ne le soulève pas expressément, la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'autorité précédente pour évaluer l'invalidité à 27 % est discutable à plusieurs titres. Ainsi, si le recours aux statistiques n'est pas critiquable en l'espèce (ATF 137 V 20, 110 V 273 ; TF 9C_311/2009 du 2 décembre 2009), on comprend mal pourquoi l'OAIE a renoncé à indexer le salaire tiré de l'ESS 2012 jusqu'à la décision de révision en 2016. Selon la jurisprudence en effet, doivent être prises en

compte les modifications des revenus avec et sans invalidité susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222, 128 V 174). Par ailleurs, pour évaluer le revenu d'invalidé, il s'agit de se fonder sur la valeur médiane du tableau statistique considéré, à l'exclusion d'une valeur moyenne de plusieurs branches (TF 8C_192/2013 du 13 août 2013, consid. 7.2 ; TF 8C_370/2013 du 23 octobre 2013, consid. 4.2.2).

Ces considérations restent toutefois sans incidence sur l'issue du litige. En effet, pour évaluer le revenu d'invalidé, il s'agit de retenir un revenu mensuel de 5'340 fr. fondé sur le tableau TA1_skill_level, niveau de compétences 1, des ESS 2016. Cette statistique recouvre en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées, dont un nombre significatif est adapté aux handicaps du recourant et accessible sans formation professionnelle autre qu'une mise au courant initiale (p. ex. arrêt 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Après avoir adapté le salaire statistique à la durée hebdomadaire normale de travail (41,7 heures ; cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs) et à l'évolution des salaires de 2016 à 2017 (0.4 % ; cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes), on obtient un salaire de 5'589 fr. 20, sur lequel il y a lieu de procéder à un abattement de 10 %, comme l'a retenu l'autorité précédente (TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016, consid. 3.4). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'030 fr. 30. Comparé au revenu sans invalidité de 6'132 fr. 70 (ESS 2016, TA1_skill_level, lignes 41-43, soit 5'911 fr. compte tenu d'un horaire hebdomadaire usuel de 41.5 et de l'évolution du salaire 2016-2017), il en résulte une invalidité de 19 % qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

7.

Il suit de ce qui précède que l'autorité précédente était fondée à supprimer la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} décembre 2017 (art. 88 bis al. 2 RAI). Partant, le recours de l'assuré est mal fondé et doit être rejeté.

8.

8.1 En règle générale, les frais de procédure comprennent devant le Tribunal de céans l'émolument judiciaire et les débours, et sont mis dans le dispositif à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF ; art. 1 du règlement du 21 février 2008 concer-

nant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- et mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée par le recourant (cf. TAF pces 3 à 5).

8.2 Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du FITAF, la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens au recourant. L'autorité inférieure n'a pas non plus droit à une indemnité de dépens en sa qualité d'autorité (art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours de A._____ est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 800.- francs sont mis à la charge du recourant et sont compensés par l'avance de frais versée en cours de procédure. Le recourant ayant payé une avance de frais de 810 francs, le surplus de 10 francs lui sera remboursé avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 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 :