



Cour III
C-653/2020

Arrêt du 25 octobre 2021

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Caroline Gehring, juges,
Erik Erismann, greffier.

Parties

A. _____, (Guadeloupe), (France),
représenté par Maître Clio Herrmann,
PONCET TURRETTINI AVOCATS,

recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, suppression de la rente
(décision du 17 décembre 2019)

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : le recourant, l'assuré ou l'intéressé), ressortissant italien naturalisé suisse, né le (...) 1964, sans formation professionnelle, a travaillé en Suisse en dernier lieu en qualité de chauffeur livreur du 1^{er} février 1996 au 30 septembre 1997 en tant que salarié de l'entreprise B. _____ SA à (...) (OAIE pces 1, 3 p. 4, 4 p. 4, 8 p. 1, 47). Postérieurement, l'assuré aurait officieusement occupé en 2015 une activité de travailleur indépendant dans le secteur des assurances en Guadeloupe (OAIE pces 133 et 140 p. 1 ; TAF pce 1 p. 17).

A.a Le 1^{er} mai 1997, l'assuré a fait une chute de 1,5 mètre en tombant de la ridelle d'un camion lors du déchargement d'un lot de palettes, ayant conduit à une entorse de la cheville et de l'épaule gauches. Alors domicilié en Suisse, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec ledit accident le 28 octobre 1997 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité C. _____ (annexes 1, 5 et 6 TAF pce 1 ; pces 3 et 22 p. 5).

A.b Le 2 mars 1998, l'assuré – domicilié en suisse et exerçant le métier de chauffeur de clark chez D. _____ en attendant des mesures de réadaptation – a fait une chute d'une marquise située à 12 mètres de hauteur avec blessures aux deux jambes (OAIE pce 22 p. 5). Le 24 juin 1998, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique-traumatologie, a posé les diagnostics de fractures par tassement du calcanéum des 2 pieds avec effacement complet de l'angle de Böhler, de fracture métatarsienne, de fracture du scaphoïde du poignet gauche ainsi que d'une contusion du poignet droit, accompagnée d'une disjonction sacro-iliaque droite (OAIE pce 9). Il a retenu une incapacité de travail de 100% à compter du 2 mars 1998 pour une période indéterminée et que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pour l'instant pas indiquées sachant que le patient n'était pas encore en mesure de marcher (OAIE pce 9). Le 19 octobre 1999, il a complété son diagnostic en retenant une fracture multi-fragmentaire avec disjonction et effacement de l'angle de Böhler des deux côtés (ddc) ainsi que des exostoses douloureuses du calcanéum gauche (OAIE pce 13). Le 18 janvier 2000, le Dr E. _____ s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles de l'assuré et a retenu ce qui suit : incapacité (i) de tenir une position debout, à genoux ou accroupie, (ii) de maintenir la même position du corps pendant une longue période ou (iii) de réaliser des mouvements occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, (iv) de travailler en hauteur ou sur une échelle, (v) d'effectuer des déplacements sur sol

irrégulier ou en pente, (vi) de lever, porter ou déplacer des charges d'un poids supérieur à 10-15 kg (OAIE pce 18). Au surplus, il retient une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle sachant que l'assuré ne peut pas porter des charges ou tenir une position stationnaire longtemps, respectivement une capacité de travail partielle dans une activité adaptée de type chauffeur de taxi sans pour autant déterminer le taux de capacité de travail résiduelle (OAIE pce 18).

A.c Le 6 juin 2000, le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA (...), a procédé à un examen médical de l'assuré (SUVA pce 10 p. 4 ss). Il retient un status après fractures des calcanéums gauche et droit traitées chirurgicalement par voie ouverte au pied gauche et fermée au pied droit, un affaissement de l'angle de Böhler, une grande difficulté à la marche et une impossibilité de marcher pieds nus, de s'agenouiller, de s'accroupir ou de réaliser des mouvements de surcharge (SUVA pce 10 p. 7). Le Dr F. _____ est d'avis que la capacité de travail médico-théorique est nulle dans l'activité habituelle, mais que celle dans une activité adaptée – essentiellement assise avec des déplacements sur de très courtes distances en terrains plats – est de 100% sans diminution de rendement (SUVA pce 10 p. 6).

A.d Afin d'objectiver la capacité résiduelle de travail en temps et en rendement dans une activité adaptée, l'Office de l'assurance-invalidité C. _____ a organisé un stage d'observation professionnelle de type COPAI au Centre Gg. _____ à (...) du 2 janvier 2001 au 28 janvier 2001 (OAIE pce 29). La conclusion du rapport COPAI est que l'assuré n'est provisoirement pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, bien que sa capacité physique résiduelle de travail soit évaluée à 60% dans une activité adaptée en position assise ; une évaluation psychologique complémentaire est toutefois suggérée à l'Office de l'assurance-invalidité C. _____ afin de déterminer si l'assuré est en mesure de surmonter son handicap et d'accepter sa nouvelle condition physique (OAIE pce 29 p. 1 et 16).

A.e Chargé de rendre un rapport d'expertise psychiatrique (OAIE pce 32), le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retient dans son rapport succinct du 29 juin 2001 que l'assuré souffre de troubles psychopathologiques complexes, principalement narcissiques (personnalité narcissique DSM.IV ; F60.8) et qu'il n'est pas apte à reprendre le travail ; il souligne que la détermination de l'assuré pourrait être utile afin d'envisager une reprise du travail, mais qu'en cas d'insuccès une évolution dépressive est à craindre (OAIE pce 36).

A.f Le 31 juillet 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a considéré qu'il convenait d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité en raison d'une incapacité de travail totale dans le circuit économique normal (OAIE pce 37). En conséquence, l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a refusé le 2 août 2001 à l'assuré sa demande de mesures professionnelles (OAIE pce 38) et a rendu le 3 août 2001 un prononcé allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 90% depuis le 1^{er} mai 1998 et de 100% depuis le 1^{er} septembre 1998 (OAIE pces 40 et 41 p. 9 ss). Le 7 novembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a rendu une décision allouant à l'assuré une rente complète d'invalidité dès le 1^{er} mai 1998 avec un degré d'invalidité de 90%, respectivement de 100% dès le 1^{er} septembre 1998 (OAIE pces 40 p. 1 ; 41 p. 5).

B.

B.a A compter du 30 janvier 2006, l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a initié une première révision de la rente (OAIE pces 48, 49). En raison d'une absence de collaboration de l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a suspendu le versement de la rente jusqu'à nouvel ordre (OAIE pces 49, 50, 51, 56, 57 et 58). Le 24 mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a contacté la compagne de l'assuré qui a indiqué que celui-ci avait quitté la Suisse et qu'elle était sans nouvelles de sa part (OAIE pce 60). Après avoir repris contact avec l'assuré de retour en Suisse, et s'appuyant sur un rapport médical succinct daté du 15 juin 2007 du Dr G._____ – spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur (selon le registre des professions médicales consulté le 14 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR> ; ci-après : Dr G._____) – affirmant que l'état de santé de l'assuré est stationnaire (OAIE pce 67), l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a communiqué le maintien de la rente d'invalidité en raison d'un état de fait resté inchangé (communication du 6 juillet 2007 ; OAIE pce 73).

B.b Le 25 septembre 2012, une seconde procédure de révision a été initiée (OAIE pces 76-81, 85).

B.b.a La détermination du domicile de l'assuré a présenté de nombreuses difficultés à l'Office de l'assurance-invalidité C._____, notamment en raison de ses séjours prolongés – sept, voire neuf mois par année – en Guadeloupe (France) au cours des huit dernières années (OAIE pces 88 p. 1, 96 p. 1, 97, 99 p. 1, 140 p. 1), respectivement en raison de la communication à intervalles réguliers de nouvelles adresses de domicile

(c/o) en Suisse (OAIE pces 82, 88 p. 2 et 3). Cela a eu pour corollaire que l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a été contraint de suspendre le versement de la rente d'invalidité à chaque fois que l'assuré demeurait injoignable à l'adresse de domicile qu'il avait préalablement communiquée (OAIE pces 84-86, 135). Après de multiples requêtes de clarification adressées par l'Office de l'assurance-invalidité C._____ à l'assuré (OAIE pces 137, 138, 144), ce dernier a finalement transmis courant septembre 2015 à l'Office de l'assurance-invalidité C._____ sa nouvelle adresse à l'étranger, ce qui a eu pour conséquence que son dossier a été repris début janvier 2016 par l'OAIE (OAIE pce 142).

B.b.b De passage en Suisse, l'assuré a consulté le 25 juillet 2014 le Dr H._____ – spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et titulaire d'une formation postgrade en médecine du sport (SGSM) – en rapport à des douleurs progressives du pli inguinal de la hanche droite lors de mouvements de flexion/rotation interne forcés (OAIE pces 111 et 118). Le Dr H._____ indique dans son rapport médical du 19 août 2014 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité C._____ que le recourant conserve une bonne mobilité de la hanche, qu'il ne présente pas de douleurs au niveau de la musculature des muscles fessiers, qu'il peut marcher, conduire et réaliser les activités de la vie quotidienne (OAIE pce 111 p. 2). Il relève que l'assuré doit éviter de faire de la course à pied mais qu'il peut sans autre faire d'autres activités telles que la marche ou le vélo (OAIE pce 111 p. 2). Le Dr H._____ conclut en retenant que l'assuré ne présente pas de restriction pour un travail comme chauffeur poids-lourd en raison de ses douleurs du pli inguinal ; toutefois, il précise qu'il n'a pas effectué une évaluation des capacités professionnelles de l'assuré sachant qu'il ne connaît pas les antécédents médicaux de ce dernier (OAIE pce 111 p. 1, 2 et 3).

B.b.c Le 2 avril 2015, le service médical régional (ci-après :SMR) composé du Dr I._____ – médecin praticien (selon le registre des professions médicales consulté le 14 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR>) – et du Dr J._____ – sans spécialisation complémentaire – a rendu un avis médical concluant à l'organisation d'un examen SMR rhumatologique et psychiatrique afin d'évaluer l'état de santé de l'assuré depuis l'octroi de la rente, tout en rappelant que depuis l'an 2000 le SMR ne dispose d'aucun rapport médical complémentaire, exception faite de celui établi par le Dr H._____ en 2014 et qui se limite aux douleurs inguinales (OAIE pce 118). Le SMR a prévu la mise en œuvre le lundi 29 juin 2015 d'une expertise bidisciplinaire auprès de la Dre K._____, spécialiste FMH en psychiatrie, et du Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie (OAIE pce

119 p. 1). Toutefois, l'examen médical est annulé en raison de l'impossibilité de contacter l'assuré qui s'avère être à nouveau reparti en Guadeloupe sans laisser d'adresse (OAIE pce 120).

B.b.d Le 22 février 2016, sur requête de l'autorité inférieure, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin SMR, a indiqué qu'une expertise bidisciplinaire rhumatologique ou orthopédique ainsi que psychiatrique devait être réalisée en Suisse afin de déterminer la capacité de travail médico-théorique de l'assuré ; il a par ailleurs émis quelques doutes quant à l'incapacité totale de travail retenue en 2001 sur la base des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr N._____ (cf. *supra* let. A.f ; OAIE pces 148 et 151 p. 2). L'OAIE a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr O._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et une expertise psychiatrique auprès du Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux actifs au Centre d'Expertise Médicale Q._____ ; OAIE pces 164, 165).

B.b.e Le 16 novembre 2016, le Dr O._____ a examiné l'assuré et retenu comme diagnostics une fracture avec déformation des deux calcaneums (S92.0), une fracture avec enfoncement des astragales (S92.1) et des douleurs articulaires des deux chevilles (M25.5 ; OAIE pce 168 p. 8). Par ailleurs, il relève que l'assuré présente (i) une mobilité quasi nulle des deux chevilles rendant la marche en terrain irrégulier très difficile, voire impossible, (ii) des troubles de l'équilibre en rapport avec la perte de l'adaptation du pied résultant de la quasi absence de mobilité des articulations de la cheville et (iii) une pseudo-arthrodèse associée à peu de douleurs au repos. Sur le plan rhumatologique, le Dr O._____ retient une capacité de travail complète dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charge, pas de station debout prolongée, pas de marche de plus de 45-60 minutes d'affilée par jour et pas plus de trois heures de marche par semaine (OAIE pce 168 p. 8). L'expert mentionne qu'un travail de bureau sédentaire est envisageable pour l'assuré et que la situation médicale est inchangée par rapport à 2001, année d'octroi de la rente d'invalidité (OAIE pce 168 p. 9).

B.b.f Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr P._____ du 18 janvier 2017 prend en compte les plaintes subjectives de l'assuré et contient l'anamnèse complète du recourant (OAIE pce 167 pp. 3-9). L'expert ne retient aucun symptôme psychique (troubles narcissiques, personnalité paranoïaque, idées délirantes) à l'origine de limitations fonctionnelles et relève que les éléments invoqués par l'assuré sont principalement dus à des difficultés sur le plan physique et non psychiatrique (OAIE pce 168 p. 11).

Le Dr P._____ est d'avis que l'assuré peut reprendre toute activité professionnelle sur le plan psychique dans les limites de ses compétences professionnelles et qu'aucune mesure thérapeutique n'est à envisager (OAIE pce 168 p. 11).

B.b.g La Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en oncologie médicale et œuvrant comme responsable des expertises au sein du Centre d'Expertise Médicale Q._____, relève qu'il y a une différence significative s'agissant de l'anamnèse fournie par l'assuré au Dr O._____, respectivement au Dr P._____ (OAIE pce 167 p. 2). Elle conclut de l'expertise réalisée par ces derniers que le status de l'assuré s'est amélioré (OAIE pce 167 p. 2). Ainsi, bien qu'une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de chauffeur livreur soit toujours d'actualité pour des raisons rhumatologiques exclusivement, la Dre R._____ retient qu'une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles relevées par le Dr O._____ est exigible à 100% vu que les limitations fonctionnelles psychiques précédemment constatées par le Dr N._____ ont disparu (OAIE pce 167 p. 2).

B.b.h Le 10 février 2017, le Dr M._____ a rendu son rapport final concluant que la documentation médicale versée au dossier permet de conclure que d'un point de vue somatique la capacité de travail de l'assuré est de 0% dans l'activité habituelle, respectivement de 100% dans une activité adaptée dès le 16 novembre 2016 en raison de la disparition de toute psychopathologie incapacitante (OAIE pce 172 p. 1). Il retient les limitations fonctionnelles somatiques suivantes : travail à plein temps, préférentiellement en position assise, sans port de charges de plus 10 kg, sans travail lourd, avec marche limitée, uniquement à plat (OAIE pce. 172 p. 2). En outre, il énumère quelques activités de substitution exigibles de l'assuré en position assise (OAIE pce 172 p. 3 s.) : (i) activités dans le commerce en général, telles que la vente par correspondance/téléphone/internet dans la limite des compétences requises ; (ii) activités dans le commerce de détail (caissier, vendeur de billets) ; (iii) activités simples de bureau, sans qualification spéciale (enregistrement, classement, archivage, standardiste/téléphoniste, saisie de données/scannage).

B.b.i Sur demande de l'OAIE, le Dr S._____ – spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin interne de l'OAIE – a pris position le 6 mars 2017 sur l'expertise psychiatrique du Dr P._____ (OAIE pces 173 et 176). L'expert retient comme diagnostic principal un status après polytraumatisme avec fracture des calcanéums en 1997 (T07), avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr M._____ (OAIE pce 176 p. 1). Il

relève que l'état de santé de l'assuré est stable et que ce dernier présente une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, mais de 0% dans une activité adaptée dès le 16 novembre 2016 (OAIE pce 176 p. 1). Il précise que bien que l'assuré soit en rémission de son trouble de la personnalité et qu'il ne présente actuellement pas de limitations fonctionnelles psychiques, son status ne lui permet pas pour autant une auto-réadaptation d'un point de vue psychiatrique compte tenu de la durée de la rente perçue, l'absence de formation professionnelle, l'échec d'une réadaptation professionnelle antérieure ainsi que le risque d'une nouvelle accentuation problématique des traits de la personnalité (OAIE pce 176 p. 2 s.). Le Dr S._____ ajoute que si une réadaptation professionnelle est néanmoins souhaitée, une mesure d'observation devra préalablement être mise en place (OAIE pce 176 p. 3).

B.b.j Le 15 juin 2017, l'OAIE a évalué à 28.39% le taux d'invalidité de l'assuré (OAIE pce 178 p. 2). Pour ce faire, se référant aux données statistiques résultant de l'ESS, elle a mis en comparaison un revenu de valide de CHF 5'890.28 et un revenu d'invalidé de CHF 4'217.96 eu égard à un abattement pour circonstances personnelles de 15 % (OAIE pce 178).

B.b.k A la suite d'une demande d'assistance administrative formulée par l'OAIE (OAIE pce 179), la division réadaptation professionnelle de l'Office de l'assurance-invalidité C._____ a considéré dans son rapport du 11 juin 2018 (i) qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place un stage de type COPAI au regard du dossier médical, (ii) que l'assuré est capable de mettre en valeur une pleine aptitude au travail dans une activité adaptée et (iii) qu'il sait faire preuve d'auto-réadaptation sachant qu'il pratique quotidiennement une activité de pêche et de cuisine en Guadeloupe (OAIE pce 186).

B.b.l Le 2 novembre 2018, les médecins internes de l'OAIE ont retenu que le status de l'assuré était stabilisé et en rémission sur le plan psychiatrique et que, partant, aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique pour une activité adaptée ne subsistait (OAIE pce 192).

B.b.m Par projet de décision du 11 décembre 2018, l'autorité inférieure a conclu au paiement rétroactif de la rente jusqu'au 16 novembre 2016 (date de l'expertise bidisciplinaire ; OAIE pce 193) et à la suppression de la rente d'invalidité à partir de cette date. L'OAIE a expliqué que sur la base des éléments médicaux présents au dossier, il n'existe aucune limitation psychiatrique et que seules les limitations fonctionnelles sur le plan somatique persistent. L'OAIE retient que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est de 100% en raison exclusivement des limitations fonctionnelles

somatiques, mais de 0% dans une activité adaptée avec une diminution de la capacité de gain de 28% (OAIE pce 193 p. 2).

B.b.n Par courrier du 9 janvier 2019 (timbre postal), l'assuré par l'entremise de sa mandataire, Maître Clio Hermann (ci-après : la mandataire), s'est opposée audit projet de décision, relevant que sa situation médicale – en particulier ses limitations physiques – l'empêche d'avoir une activité professionnelle à 100%, y compris de bureau, voire entraîne un rendement diminué (OAIE pce 195 p. 2). Il ajoute que la diminution de ses douleurs découle uniquement du fait qu'il passe beaucoup de temps dans l'eau, ce qui a pour corollaire d'éviter à ses pieds et à ses chevilles de devoir supporter le poids de son corps. Il note que mis à part l'expertise somatique menée par le Dr O._____ en 2016, aucun rapport médical récent ne se prononce sur son status ; il requiert que l'autorité sursoit à statuer en attendant qu'il produise une expertise médicale privée. Au surplus, l'assuré considère comme insuffisant l'abattement de 15% retenu à titre de diminution de rendement et considère qu'un taux de 25% est plus adapté en raison de (i) ses limitations fonctionnelles, (ii) de son âge, (iii) de son niveau de formation et (iv) de son absence prolongée du marché du travail. En outre, il considère que les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAIE pour déterminer la capacité de gain ne sont pas adéquats, sachant qu'il est âgé de plus de 50 ans (OAIE pce 195 p. 4 s.). L'assuré conteste également l'affirmation du Dr O._____ selon laquelle il pratiquerait la pêche en apnée au fusil et aurait une activité quotidienne de pêche et de cuisine (OAIE pce 195 p. 5). Pour le surplus, l'assuré réaffirme n'exercer aucune activité professionnelle en Guadeloupe (OAIE pce 195 p. 5).

B.b.o Par courrier du 24 avril 2019 (timbre postal), l'assuré par le biais de sa mandataire a transmis le rapport d'expertise médicale réalisée le 2 avril 2019 en Guadeloupe par le Dr T._____ spécialiste en médecine générale et en réparation juridique du dommage corporel (OAIE pces 202 et 203). Après un rappel des faits et des plaintes de l'assuré, le Dr T._____ a procédé à un examen clinique (OAIE pce 202 p. 4 s.). En substance, il retient les limitations fonctionnelles somatiques suivantes : pas de port de charge, pas de station assise et debout prolongée, pas de marche continue de plus de 30 minutes (OAIE pce 202 p. 6 s.). Dr T._____ évalue la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée de type sédentaire (OAIE pce 202 p. 7).

B.b.p En s'appuyant notamment sur le rapport d'expertise du Dr T._____, l'assuré conteste les conclusions du Dr O._____ retenant

une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et considère, au contraire, qu'il convient de lui reconnaître une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (OAIE pce 203 p. 1 s.). De plus, il retient qu'un abattement de 25% et non de 15% s'avère justifié en raison des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré (OAIE pces 195 p. 2 et 203 p. 3). Pour le surplus, il conteste les revenus de valide et d'invalide retenus par l'OAIE pour le calcul de la perte de gain (OAIE pces 105 p. 2 et 203 p. 4).

B.b.q Sur requête de l'OAIE (OAIE pce 204), les neuf médecins de l'OAIE – soit la Dre U._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin expert certifié SIM, médecin certifié SMR, la Dre V._____, la Dre W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr X._____, le Dr S._____, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie (ci-après : le Dr X._____ et le Dr S._____), la Dre Y._____ et la Dre Z._____, toutes deux spécialistes FMH en médecine interne et générale (ci-après : la Dre Y._____ et la Dre Z._____), la Dre Aa._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine intensive, la Dre Bb._____, spécialiste FMH en rhumatologie (selon la liste des médecins de la FMH, consultée le 13 juillet 2021 sur <https://www.doctorfmh.ch/fr/> et le registre des professions médicales consulté le 14 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR>) – évaluent l'expertise du Dr T._____ et retiennent que celui-ci met en exergue les mêmes atteintes et constatations cliniques relevées par le Dr O._____, mais qu'il s'en distancie s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (PV du rapport OAIE/médecins établi le 4 juillet 2019 ; OAIE pce 205 p. 2). Ainsi, les médecins de l'OAIE concluent que le Dr T._____ procède à une évaluation différente d'un état de santé inchangé (OAIE pce 205 p. 2). Sachant que l'expertise médicale du Dr O._____ est plus complète et que ce dernier est au bénéfice d'une spécialisation en rhumatologie, les médecins de l'OAIE estiment qu'il sied de se rallier à ses conclusions (OAIE pce 205 p. 2).

B.b.r Le 24 juillet 2019, se référant au profil d'exigibilité désigné par le Dr O._____ dans son expertise du 16 novembre 2016 ainsi que par les médecins de l'OAIE dans leur procès-verbal du 4 juillet 2019, l'autorité inférieure a évalué à 33.43% le taux d'invalidité de l'assuré (OAIE pce 207 p. 1 *in fine* et 2). Pour ce faire, se référant aux données statistiques résultant de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) réalisée par l'office fédéral de la statistique, elle a mis en comparaison un revenu de valide de CHF 5'834.24 et un revenu d'invalide de CHF 3'883.58 eu égard à un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles de 25% (OAIE

pce 207 p. 2). Aussi par préavis du 30 juillet 2019, l'OAIE a constaté que l'assuré n'a plus aucun droit à une rente d'invalidité (OAIE pce 208 p. 3).

B.b.s Suite à la contestation de l'assuré (OAIE pce 216), les médecins de l'OAIE – soit les Dres U._____, W._____, V._____, Z._____ et Y._____, et les Drs X._____, S._____, Cc._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et Dd._____, spécialiste FMH en médecine physique (selon la liste des médecins de la FMH, consultée le 13 juillet 2021 sur <https://www.doctorfmh.ch/fr/> et le registre des professions médicales consulté le 14 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR>) – ont précisé le 7 novembre 2019 que rien au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr O._____(OAIE pce 222 p. 2).

B.b.t En conséquence, par décision du 17 décembre 2019, la rente de l'assuré a été supprimée avec effet au 1^{er} février 2020 (OAIE pce 224 p. 3). L'OAIE a aussi exclu des mesures de réadaptation, dans la mesure où il a estimé que l'assuré disposait des ressources nécessaires pour mettre en valeur une pleine aptitude au travail dans une activité adaptée et qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'observation professionnelle (OAIE pce 224 p. 3). Enfin, l'OAIE a retiré l'effet suspensif au recours en considérant que le principe de proportionnalité était respecté, sachant que l'intérêt de l'OAIE d'éviter une procédure de demande de restitution de rente versée à tort à l'assuré résidant à l'étranger l'emporte sur l'intérêt de ce dernier à la continuation du versement de ladite rente (OAIE pce 224 p. 3 s.).

C.

C.a Par acte du 3 février 2020 (timbre postal), le recourant par l'entremise de sa mandataire a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF ; TAF pce 1), concluant principalement à l'annulation de la décision querellée et à la confirmation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et prise d'une nouvelle décision. Il a en somme repris les motivations et développements avancés jusqu'alors, en s'appuyant notamment sur une expertise médicale du 13 janvier 2020 réalisée par le Prof. Ee._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (selon le registre des professions médicales consulté le 14 juillet 2021 sur <https://www.medregom.admin.ch/FR> ; annexe 28 TAF pce 1 et TAF pce 1). De plus, dans l'hypothèse où le Tribunal de céans estimait que l'expertise privée réalisée par le Prof.

Ee. _____ ne permettait pas de déterminer la capacité de travail de l'assuré, ce dernier a sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire permettant de déterminer sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (TAF pce 1 p. 26).

C.b Dans sa réponse du 2 juin 2020, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se basant notamment sur les prises de position de son service médical des 20 juin 2019 et 7 novembre 2019 (TAF pce 13).

C.c L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties aient réitéré leur position dans des écritures respectives des 9 juillet 2020, 3 août 2020, 18 août 2020 et 31 août 2020 (TAF pces 15, 17, 19 et 21).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

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

1.3 Dans le cas d'espèce, le recourant était domicilié en Guadeloupe lorsque l'OAIE a rendu le 17 décembre 2019 sa décision de suppression de la rente d'invalidité (cf. *supra* let. A.p ; voir aussi annexe 1 TAF pce 8 a contrario). Partant, l'OAIE était compétent pour rendre cette décision.

1.4 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la

législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.5 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 3 février 2020 est recevable quant à la forme.

2.

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

2.2 L'objet du recours est le bien-fondé de la décision du 17 décembre 2019, par laquelle l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité de l'assuré à compter du 1^{er} février 2020 (cf. *supra* let. B.b.t). Compte tenu des conclusions des parties, il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'état de santé du recourant a connu une modification notable justifiant de supprimer la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1^{er} mai 1998 (cf. *supra* let. A.f).

3.

3.1 Sur le plan formel, il sied de se poser la question de la violation du droit d'être entendu de l'assuré en ce sens qu'un tiers médecin – en l'occurrence la Dre R. _____ – a participé à l'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique sans que son nom ne lui ait été préalablement communiqué (OAIE pce 163 p.1 ; TAF pce 27). Une telle manière de procéder est susceptible de contrevenir aux droits de participation de l'assuré.

3.2 Dans la mesure où la violation du droit d'être entendu est de nature formelle, il conviendra de l'examiner en premier lieu (parmi de nombreux arrêts, ATF 137 I 195 consid. 2.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1 ; arrêt du TF 5A_1026/2015 du 8 mars 2016 consid. 3).

3.3 Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (ATF 146 V 9 consid. 4.2). Par expert au sens de l'art. 44 LPGA, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 132 V 376 consid. 6.1 p. 380). La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (art. 44, 2^{ème} phrase, LPGA; HANS-JAKOB MOSIMANN, Gutachten : Präzisierungen zu Art. 44 ATSG, RSAS 2005 p. 479). Cette communication doit de plus avoir lieu suffisamment tôt pour que l'assuré soit en mesure de faire valoir ses droits de participation avant le début de l'expertise en tant que telle.

3.4 En sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiels) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en œuvre l'expertise (arrêt 8C_596/2013 du 24 janvier 2014 consid. 6.1.2.1 et les références). L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recourt à l'assistance d'un auxiliaire ("Hilfsperson"), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle (ALFRED BÜHLER, Die Mitwirkung Dritter bei der medizinischen Begutachtung im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren, Jusletter 3 septembre 2007 n. 27 s. ; JACQUES OLIVIER PIGUET, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 12 ad art. 44 LPGA). Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté (cf. arrêt I 874/06 du 8 août 2007 consid. 4.1.1; BÜHLER, op. cit., n. 29). Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance (BÜHLER, op. cit., n. 5 ; sur les différentes

étapes d'élaboration d'une expertise, HOFFMANN-RICHTER/JEGER/SCHMIDT, *Das Handwerk ärztlicher Begutachtung*, 2012, p. 25 ss ; cf. aussi, GABRIELA RIEMER-KAFKA, *Expertises en médecine des assurances*, 3e éd. 2018, p. 53 ss). Font ainsi notamment partie des tâches fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire.

3.5 Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPG, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise (KIESER, *ATSG-Kommentar*, 3e éd. 2015, n° 34 ad art. 44 LPG; MARCO WEISS, *Mitwirkungsrechte vor der Einholung medizinischer Gutachten in der Invalidenversicherung*, 2018, p. 162). Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, on ne saurait toutefois considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3). L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3).

3.6 Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 132 V 387 consid. 5.1). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b ; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, *Droit constitutionnel suisse*, volume II : Les droits fondamentaux, 3^{ème} éd., 2013, p. 620 ; ATF 134 V 97 consid. 2.9.2). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la

cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

3.7

3.7.1 En l'occurrence, les Drs O. _____ et P. _____ ont chacun rendu séparément leur rapport d'expertise à la suite de l'examen médical intervenu le 16 novembre 2016. A l'aide d'une page d'accompagnement à leur rapport, les experts ont indiqué les modalités de leur expertise, en mentionnant les points suivants : le rapport a été établi « après examen clinique de l'assuré et l'étude complète du dossier médico-asséculogique reçu de l'OAIE » ; l'expertise a été réalisée « selon le principe de l'indépendance des parties, [...] libre de tout conflit d'intérêt, et conformément aux règles de l'art » (OAIE pces 167 p. 3 et 168 p.1).

3.7.2 Le nom de la médecin – soit la Dre R. _____ – qui a été chargée de relire les rapports d'expertise pour en vérifier la cohérence formelle et d'en tirer les conclusions s'agissant du taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (OAIE pce 167 p. 2) ne figure pas dans les rapports respectifs des Drs O. _____ et P. _____, ni n'a été communiqué au recourant avant le début des examens médicaux. Au regard des tâches effectuées par la Dre R. _____, on constate qu'elle n'a pas agi en tant qu'auxiliaire des Drs O. _____ et P. _____, sachant qu'elle a eu pour tâche, d'une part, de vérifier la cohérence des rapports d'expertise, en particulier s'agissant de l'anamnèse fournie par l'assuré aux experts et, d'autre part, de tirer les conclusions quant aux taux d'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée en l'absence de discussion interdisciplinaire entre les experts (OAIE pce 167 p. 2). Ces activités dont la Dre R. _____ a été chargée ne peuvent être considérées comme secondaires ; par son travail, la Dre R. _____ a contribué au résultat desdites expertises. Dès lors, son nom aurait dû être communiqué au préalable au recourant conformément à l'art. 44 LPGa et le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Compte tenu du fait que la cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, par souci d'économie de procédure, et au vu des développements qui vont suivre, la question de savoir si cette violation peut être guérie dans le cas d'espèce peut cependant rester ouverte.

4.

4.1 Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit 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 (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans ce contexte, il convient de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Toutefois, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.). Au cas d'espèce, la décision attaquée ayant été rendue le 17 décembre 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur à ce moment-là.

4.2 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, domicilié en Guadeloupe (France), prétend à une rente entière d'invalidité. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II, qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (entre autres : TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 4).

5.

5.1 En vertu de l'art. 17 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, 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.

5.2 Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du TF I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 (arrêts du TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b).

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2). Partant, la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité C. _____ le 7 novembre 2001 est en l'espèce déterminante comme point de départ de la comparaison devant être effectuée entre l'état de santé présent à cette date et celui présent lors de la décision entreprise, étant donné que la première révision a débouché sur une communication datée du 6 juillet 2007 sans qu'aucun examen matériel du droit à la rente n'ait été effectué.

5.3 Il sied de préciser qu'aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a du RAI, une diminution ou une suppression de la rente d'invalidité prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5.4 Selon le Tribunal fédéral, pour calculer depuis combien d'années la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le "moment de l'ouverture de la procédure de révision", pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite et, notamment pas au moment où l'Office AI a informé la personne assurée qu'il entendait supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2).

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, on entend par invalidité au sens de la LPGA et de la LAI l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI), et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. En outre, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

6.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente ; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Toutefois, en vertu de l'art. 29 al. 4 LAI, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et résidence habituelle en Suisse au

sens de l'art. 13 LPGA. En l'espèce, tel n'est pas le cas dès lors que le recourant est domicilié en France – Etat membre de l'Union européenne – car en vertu de l'ALCP la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsqu'une personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'UE et réside dans l'un des Etats membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1 ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

7.

7.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 125 V 351 consid. 3a), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1).

7.2 Il importe ainsi, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; arrêt du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2 ; arrêt du TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment

clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi les arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

7.3 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPGA), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

7.4 La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; cf. VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En outre, la valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend 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 141V 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).

7.5 Le Tribunal fédéral a jugé dans les ATF 143 V 409 et 143 V 418 que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux doit également s'appliquer à tous les troubles psychiques.

7.5.1 En particulier, les atteintes à la santé psychique doivent être diagnostiquées, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de

la discipline concernée selon les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. A ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281).

7.6 Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa ; 118 V 290 consid. 1b et les références).

7.7 Les rapports du SMR ou du service médical interne de l'OAIE au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, qui ne se fondent pas sur un examen clinique de l'assuré, n'ont pour fonction que de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (arrêt du TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2020 consid. 4). Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du

TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Par ailleurs, si le médecin SMR suscite des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt du TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

7.8 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

8.

8.1 Dans le cas d'espèce, pour examiner l'existence d'un motif de révision, l'autorité inférieure a à bon droit comparé la situation médicale de l'assuré telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale d'octroi de rente à celle existant lors de la décision litigieuse. En effet, la communication du 6 juillet 2007 ne repose pas 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. Aussi peut-on faire abstraction ici de ces prononcés, ce que ne conteste au demeurant pas le recourant.

8.2

8.2.1 En l'occurrence, le recourant fait valoir que son état de santé sur le plan rhumatologique s'est détérioré, que son incapacité de travail est totale indépendamment du type d'activité professionnelle exercée et qu'il n'est dès lors pas en mesure de reprendre une activité, considérant d'ailleurs que ses chances de réintégrer le marché du travail sont nulles (annexe 28 TAF pce 1 ; TAF pce 1 p. 17, 20).

8.2.2 Plus particulièrement sur le plan somatique, le recourant reproche à l'autorité inférieure d'avoir tenu compte de l'expertise rhumatologique du Dr O. _____ qui, selon lui, n'a pas valeur probante, au motif notamment qu'elle a été réalisée sans que le spécialiste ait pleine connaissance du dossier médical, qu'elle est incomplète, comporte des erreurs et qu'elle présente des contradictions (TAF pce 1 p. 3). Se prévalant essentiellement

de l'expertise médicale du Dr T. _____ du 2 avril 2019 et de celle du Prof. Ee. _____ du 13 janvier 2020, il retient ainsi le caractère évolutif et l'aggravation de son état depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité en 2001 (TAF pce 1 p. 3, 11 s. et 14).

8.2.3 En outre, sur le plan psychique, bien que le recourant confère pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr P. _____ retenant une disparition des troubles psychiques (TAF pces 1 p. 2 ; 14 p. 4), il conteste que l'OAIE puisse justifier la suppression de sa rente entière d'invalidité au motif de la disparition des pathologies psychiques, sachant que son status somatique est resté inchangé selon le Dr O. _____ par rapport à l'octroi de ladite rente le 7 novembre 2001 qui fut accordée uniquement en lien avec les limitations fonctionnelles résultant de l'affection somatique (TAF pce 1 p. 2).

8.3 De son côté, l'autorité inférieure allègue que l'état de santé du recourant s'est considérablement amélioré entre la décision du 7 novembre 2001 octroyant la rente entière d'invalidité et la décision litigieuse de suppression de la rente du 17 décembre 2019 (OAIE pce 224). Sur le plan psychiatrique, elle confère une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique du Dr P. _____ qui relève la disparition de toute psychopathologie incapacitante et, partant, l'absence de limitations fonctionnelles pour des raisons psychiatriques (OAIE 224 p. 2). Sur le plan somatique, l'autorité inférieure confère pleine valeur probante à l'expertise rhumatologique du Dr O. _____ (OAIE pce 224 p. 2). Dans le cadre de la procédure de recours, l'autorité inférieure et son service médical ont considéré que l'expertise du Dr T. _____ du 2 avril 2019 et celle du Prof. Ee. _____ du 13 janvier 2020 (annexes 22 et 28 TAF pce 1 ; TAF pce 13 p. 3 ss) n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une incapacité de travail sur le plan somatique et, partant, de se distancer des conclusions de l'expertise rhumatologique du Dr O. _____ (annexe TAF pce 13 ; TAF pce 13 p. 3).

8.4 Dans sa décision du 7 novembre 2001 octroyant une rente entière d'invalidité au recourant dès le 1^{er} mai 1998, l'OAIE a retenu un degré d'invalidité de 90% dès le 1^{er} mai 1998 et de 100% dès le 1^{er} septembre 1998 (OAIE pce 41 p. 5 et 9). Dite décision a été prise sur la base des diagnostics somatiques posés par le Dr F. _____ dans son rapport médical du 6 juin 2000 (SUVA pce 10 ; TAF pce 13 p. 4 ; cf. *supra* let. A.c) et des diagnostics psychiatriques retenus par le Dr N. _____ dans son expertise du 29 juin 2001 (OAIE pce 224 p. 2 ; TAF pce 13 p. 4 ; cf. *supra* let. A.e). La liste des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte somatique est la suivante : pas de position debout pendant des périodes longues et moyennes, pas

de déplacement sur de longues et moyennes distances, pas de port de charge, pas d'agenouillement ou d'accroupissement (SUVA pce 10 p. 6). Quant aux limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte psychique, il s'agit en substance d'une réticence de reprendre le travail et d'un refus de prise en charge dus principalement à des troubles spécifiques de la personnalité, de type « narcissique » (DSM.IV : F60.8) selon la classification CIM-10 (OAIE pce 36 p. 5). Il s'agit maintenant de comparer cette situation médicale avec celle présente au moment où la décision attaquée a été prononcée et de déterminer s'il y a un changement notable entre celles-ci.

8.5 En l'espèce, la décision attaquée se fonde principalement sur les prises de position rendues par les médecins de l'OAIE (les Dres U._____, W._____, V._____, Z._____, Y._____, Aa._____, Bb._____ et les Drs M._____, S._____, X._____, S._____, Cc._____ et Dd._____) des 10 février 2017, 6 mars 2017, 2 novembre 2018, 4 juillet 2019 et 7 novembre 2019 (cf. *supra* lit. B.b.q et B.b.s) lesquelles se fondent à leur tour sur les rapports d'expertise des Drs O._____ et P._____ des 16 novembre 2016 et 18 janvier 2017 (cf. *supra* lit. B.b.e et B.b.f).

8.6

8.6.1 Sur le plan rhumatologique, le Tribunal constate que l'expertise du Dr O._____ n'a pas été rendue sur la base d'un dossier médical complet (OAIE pce 168 p. 2-5). En effet, il n'apparaît pas à la lecture du rapport d'expertise rhumatologique que le Dr O._____ aurait disposé dans le cadre de son expertise médicale des rapports opératoires et des résumés des observations émis les 2 mars, 12 mars, 9 avril, 20 octobre et 3 novembre 1998 par les Hôpitaux Ff._____ et les examens d'imageries radiologiques des chevilles (scanners et radiographies) réalisés à la suite de l'accident du 2 mars 1998 et ayant conduits aux diagnostics et limitations fonctionnelles rhumatologiques à l'origine de la décision du 7 novembre 2001 allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité (SUVA pce 12 p. 9 s., 11, 15 s., 17, 18 s. ; OAIE pce 168 p. 2 ; annexe 28 p. 1 s. TAF pce 1 ; cf. aussi *supra* let. A.b et A.c). Il en va de même s'agissant du rapport médical du Dr F._____ du 6 juin 2000 posant les diagnostics et les limitations fonctionnelles à l'origine de la décision du 7 novembre 2001. Tel que cela ressort de la procédure pendante par-devant le Tribunal de céans, le dossier Al communiqué à la mandataire du recourant le 15 janvier 2019 et 3 février 2020 ainsi qu'au Tribunal le 29 mai 2020 n'était pas complet, le dossier SUVA – dans lequel se trouve le rapport médical du Dr F._____ et ceux émis par les Hôpitaux Ff._____ – faisant défaut (TAF pce 17 p. 2). Ainsi, quand bien même l'OAIE affirme que les rapports médicaux précités

ont bien été pris en considération dans l'établissement de la décision litigieuse et que leur absence du dossier AI résulte d'une erreur de manipulation, la Cour de céans peut légitimement avoir des doutes quant à la mise à disposition desdits rapports au Dr O. _____ préalablement à l'établissement de son rapport d'expertise. Assurément, il ne peut pas être exclu que la prétendue erreur de manipulation commise par l'OAIE lors de la transmission du dossier AI au recourant et au Tribunal n'ait été également commise lors de la transmission dudit dossier au Dr O. _____, de surcroît sachant que l'expert rhumatologue n'a pas listé les rapports médicaux mis à sa disposition et sur lesquels il s'est reposé pour établir l'anamnèse de l'assuré. En l'absence des informations médicales précitées et étant donné qu'au moment de l'expertise l'assuré souffrait toujours de douleurs articulaires aux chevilles (cf. OAIE pce 168 p. 5 et 8), il sied de retenir que le rapport d'expertise du Dr O. _____ n'a à la vraisemblance prépondérante pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de l'évolution de l'état de santé de l'assuré.

8.6.2 Ensuite, il sied de relever qu'un certain nombre de points litigieux ou de contradictions n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée.

8.6.2.1 En effet, dans le cadre du status clinique et objectif de l'assuré, en particulier s'agissant de ses chevilles et de ses pieds, le Dr O. _____ relève que l'assuré présente des croûtes sèches sous les deux malléoles, des callosités pathologiques des bords externes des plantes des pieds, des orteils en griffe aux deux pieds, une abolition de la mobilité sous-talienne aux deux chevilles et une dorsiflexion nulle des talons (OAIE pce 168 p. 8). L'expert rhumatologue en conclut que l'assuré dispose d'une mobilité quasi nulle des articulations des deux chevilles rendant la marche en terrain irrégulier très difficile et qu'il souffre de troubles de l'équilibre en rapport avec une perte de l'adaptation de ses pieds (OAIE pce 168 p. 8). Étonnamment, le Dr O. _____ indique avoir constaté lors de l'examen clinique que l'assuré jouit d'une démarche sans boiterie (OAIE pce 168 p. 6). Cela est d'autant plus surprenant qu'il retient dans son rapport que le status médical de l'assuré d'un point de vue rhumatologique est inchangé depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité le 7 novembre 2001, alors que tant le Dr F. _____ en juin 2000 lors de l'octroi initial de la rente d'invalidité que le Dr G. _____ lors de la première révision en juin 2001 ont noté que l'assuré présentait des difficultés pour marcher (cf. *supra* let. A.c et B.a ; SUVA pce 10 p. 7 ; OAIE pce 67 p. 2). En effet, le Dr F. _____ relève lors de l'examen clinique que la marche de l'assuré est effectuée sans boiterie mais avec un mauvais déroulement du pas des deux côtés et nécessite l'emploi de chaussures (SUVA pce 10 p. 5 s.). Quant au Dr

G. _____, celui-ci pointe expressément que l'assuré présente une boiterie à la marche (OAIE pce 67 p. 2). Ainsi, force est de constater que les constatations du Dr O. _____ résultant de l'examen clinique de l'assuré et les conclusions qu'il en tire s'agissant du status médical ne sont pas claires et cohérentes et, partant, n'emportent pas la conviction.

8.6.2.2 Par ailleurs, lors de l'établissement des plaintes de l'assuré, le Dr O. _____ indique que ce dernier souffre d'une douleur plantaire au niveau du talon gauche et d'une perte totale de la sensibilité du bord externe du pied gauche (OAIE pce 168 p. 5). Cela est corroboré lors de l'établissement de l'anamnèse systématique où il est indiqué que l'assuré souffre d'une hypoesthésie de la plante du pied externe du pied gauche (OAIE pce 168 p. 4). Il en va de même s'agissant des constatations objectives sur le plan neurologique, où l'expert rhumatologue indique que la pallesthésie – soit le sens de la perception de la vibration du diapason au niveau d'une éminence osseuse – est de niveau 4/8 à l'hallux gauche et de 6/8 à l'hallux droit (OAIE pce 168 p. 7). Or, singulièrement, le Dr O. _____ soutient quelques lignes avant que le recourant n'a pas de trouble de la sensibilité (OAIE pce 168 p. 7). Partant, il va sans dire que l'expertise rhumatologique n'est également pas cohérente et convaincante sur ce point.

8.6.2.3 Enfin, le Tribunal constate dans l'expertise certaines approximations s'agissant des données physiologiques et de l'anamnèse du recourant. En effet, le Dr O. _____ indique lors de l'établissement de l'anamnèse médicale de l'assuré que celui-ci a subi des interventions avec pose de broche à la cheville gauche et d'une plaque latérale à la cheville droite à la suite de l'accident de 1998 (OAIE pce 168 p. 3). Or, le Dr F. _____ indique explicitement dans son rapport médical du 6 juin 2000 que ce sont les calcanéums gauche et droit qui ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale et non les chevilles au sens large (SUVA pce 10 p. 7).

8.6.3 Pour le surplus, il sied encore de vérifier si les constatations du Dr O. _____, en comparaison de la situation qui prévalait en 2001 lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité, permettent de mettre en évidence une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

Cette éventualité doit être écartée d'emblée s'agissant des atteintes rhumatologiques. En effet, lorsqu'il se prononce sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis la décision initiale de rente en 2001, le Dr O. _____ observe uniquement une diminution des douleurs sans que le status clinique de l'assuré n'ait connu d'amélioration notable (OAIE

pce 168 p. 8). Cela étant, aucune amélioration notable de la capacité de travail n'est attestée en relation avec cette évolution. L'expert retient d'un point de vue somatique une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Qualifiant la situation médicale de l'assuré comme inchangée par rapport au moment de l'octroi de la rente en novembre 2001, le Dr O._____ exclut de façon péremptoire toute limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée de type « travail de bureau sédentaire et sans port de charge sur le plan ostéo-articulaire ». Cette assertion ne saurait toutefois suffire à elle seule pour retenir le status médical de l'assuré de façon clairement objectivée, en particulier s'agissant du taux de rendement dans une activité adaptée sur lequel le Dr O._____ ne s'est pas prononcé en dressant le profil d'exigibilité médico-théorique de l'assuré bien que cela lui avait été demandé par l'autorité inférieure (OAIE pce 165 p. 3). En particulier, l'expert n'explique ni ne démontre en quoi la capacité de travail sur le plan rhumatologique se serait améliorée alors même que l'état de santé somatique n'a subi aucune amélioration.

8.6.4 Compte tenu des éléments précités, l'expertise du Dr O._____ ne permet pas de porter un jugement valable sur le status médical de l'assuré.

8.7

8.7.1 Sur le plan psychiatrique, le Dr P._____ a procédé à l'examen personnel de l'assuré (AI pce 167 p.10) et a, dans son rapport d'expertise du 18 janvier 2017, établi une anamnèse professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique (OAIE pce 167 p. 4 s., 8 s. et 11). Il soutient que le recourant ne souffre pas de dépression, de troubles narcissiques, de personnalité paranoïaque ou d'idées délirantes (OAIE pce 167 p. 11). Partant, le Dr P._____ ne retient aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique (OAIE pce 167 p. 11).

8.7.2 Sans avoir eu recours à un système de classification reconnu (tel que la CIM-10) – contrairement au Dr N._____ dans son rapport d'expertise du 29 juin 2001 où il indiquait que l'assuré souffrait principalement d'une personnalité narcissique (F60.8 ; OAIE pce 36 p. 5) – le Dr P._____ a identifié auprès de l'assuré les éléments permettant d'exclure l'existence de troubles dus à une personnalité paranoïaque, émotionnellement labile de type borderline ou narcissique (OAIE pce 167 p. 7). L'expert psychiatre a également exclu la présence (i) de troubles dépressifs – et ce malgré les quelques symptômes liés à la dépression constatés chez l'assuré (OAIE pce 167 p. 6 et 11) – ainsi que (ii) de troubles de l'humeur de type maniaque ou hypomaniaque ou de troubles anxieux ou psychotiques

(OAIE pce 167 p. 6). Ainsi, le Dr P._____ observe une amélioration substantielle de l'état clinique de l'assuré, qui se manifeste par le recouvrement d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles de nature rhumatologique. Pour admettre cette amélioration, l'expert s'en tient essentiellement au constat qu'il n'observe aucun critère pour établir un diagnostic psychiatrique actuellement (OAIE pce 167 p. 11).

8.7.3 En l'état actuel du dossier, les motifs énoncés par le Dr P._____ ne suffisent toutefois pas à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une modification notable de l'état de santé de l'assuré. En effet, il faut bien constater que le recourant n'a pas fait l'objet d'investigations médicales approfondies suite à l'expertise succincte du Dr N._____. Tout au plus, nous savons qu'un accompagnement psychiatrique (psychomotricité, psychothérapie) aurait été souhaitable, mais que l'assuré s'est refusé de s'y soumettre (OAIE pces 36 p. 5 et 167 p. 4 s.). Ainsi, les pièces médicales postérieures à la décision initiale de rente – pièces ne traitant que du volet somatique – ne donnent aucune information sur l'état de santé psychique de l'assuré entre 2001 et 2016 et ne permettent pas d'établir la manière dont le tableau clinique de ce dernier aurait, le cas échéant, évolué (OAIE pces 67, 111, 118 et 151). Ainsi, ne voit-on pas que l'on puisse en déduire un changement clairement objectivé de la situation psychique de l'assuré (TF 9C_860/2015 du 1er juin 2016 consid. 4.3). En outre, dans la mesure où aucune prise en charge psychiatrique sérieuse n'a jamais été mise en place, on ne saurait conclure à une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré à la lumière du fait qu'un tel suivi n'a pas été mis en place postérieurement à l'expertise du Dr N._____.

8.7.4 S'agissant des constatations consignées par le Dr P._____ dans son rapport d'expertise du 18 janvier 2017, elles ne fondent pas non plus un motif de révision. Force est en effet de constater que les plaintes et le tableau clinique initialement rapportés par le Dr P._____ ne diffèrent pas sensiblement de ce qui est énoncé en 2001 par le Dr N._____. Ainsi, ces deux spécialistes décrivent un assuré dans un bon état général, dont certains traits de la personnalité sont présents (tendance à attirer l'attention, besoin d'être reconnu, sentiment d'être envié), souffrant de douleurs physiques et présentant quelques signes de dépression, mis en relation notamment avec un sentiment de culpabilité par rapport aux difficultés rencontrées avec l'administration cantonale (...) et une baisse de l'estime de soi (OAIE pce 167 p. 10 s.). Cela étant, à la lecture des expertises en question, on peine à identifier la manière dont l'évolution favorable évoquée par

le Dr P._____ s'est concrètement manifestée et a pu mener au recouvrement par l'assuré d'une pleine capacité de travail en lieu et place de l'incapacité de travail de 100% admise précédemment par le Dr N._____. En tout état de cause, le simple fait que le diagnostic de personnalité narcissique (DSM.IV ; F60.8) ne soit plus retenu à la suite de l'examen mené par ce dernier médecin ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente. Un tel constat, même s'il résulte de la mise en œuvre d'outils diagnostics, ne permet en effet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Aussi, selon la jurisprudence, une modification sensible de l'état de santé ne peut être admise que si la disparition d'un diagnostic est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (TF 9C_860/2015 précité consid. 4.3), et cette amélioration doit être dûment motivée dans le rapport d'expertise établi dans le cadre d'une révision. Or, comme on l'a vu ci-dessus, un tel changement ne ressort à ce stade pas de l'expertise du Dr P._____.

8.7.5 Il s'ensuit que ni le rapport du Dr P._____, ni les appréciations ultérieures fournies par le Dr S._____, médecin conseil de l'OAIE (OAIE pce 176 ; cf. let. B.b.i) – qui ne fait que reprendre les conclusions du Dr P._____ – , ne mettent en évidence une amélioration notable de l'état de santé psychique de l'assuré. Les doutes émis par le Dr M._____ sur la pertinence des diagnostics psychiques de troubles de la personnalité posés en 2001 par le Dr N._____ n'y changent rien (OAIE pce 151 p. 2).

8.8

8.8.1 Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que le Dr P._____ et le Dr O._____ n'ont pas procédé le 16 novembre 2016 à une discussion consensuelle à l'issue de leurs examens cliniques respectifs et, partant, n'ont pas pris de conclusions consensuelles (OAIE pces 167 p. 3 et 11 ; 168 p. 9), contrairement à ce qui avait été initialement demandé par le médecin de l'OAIE, à savoir une expertise bidisciplinaire (psychiatrie/rhumatologie) permettant de déterminer si les limitations fonctionnelles ayant justifiés l'octroi de la rente sont toujours d'actualité et si une amélioration de l'état de santé du recourant ayant une répercussion sur la rente d'invalidité est observable (cf. *supra* let. B.b.d). Il est en effet primordial que la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fasse l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 oc-

tobre 2020 consid. 4 1 ; voir aussi ANNE-SYLVE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020).

8.8.2 En l'occurrence, comme cela a été exposé plus haut (cf. *supra* consid. 3.8.2), c'est la Dre R. _____ – œuvrant comme responsable des expertises au sein du Q. _____ et qui est dépourvue de spécialisation en rhumatologie et en psychiatrie (cf. *supra* let. B.b.g) – qui a tenté en vain de pallier à l'absence d'avis consensuel sur l'état de santé de l'assuré et, partant, de déterminer le taux global d'incapacité de travail dans une activité habituelle et adaptée.

8.9 Compte tenu des éléments précités, l'expertise pluridisciplinaire du Q. _____ ne permet pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux et la décision rendue par l'OAIE le 17 décembre 2019, supprimant la rente entière d'invalidité de l'assuré à compter du 1^{er} février 2020 en application de l'art. 17 LPGA, ne peut pas être confirmée sur le plan médical.

9.

S'agissant de l'expertise privée du 13 janvier 2020 du Prof. Ee. _____ qui a examiné le recourant le 28 novembre 2019 (annexe 28 p. 2 TAF pce 1), postérieure à la décision entreprise, le Tribunal mentionne qu'elle doit être prise en considération pour des raisons d'économie de procédure, eu égard au fait qu'elle établit de manière suffisamment précise les séquelles ostéo-articulaires de l'accident du 2 mars 1998 et qu'elle sert à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.). En effet, vu le court intervalle entre le prononcé attaqué et l'expertise en question, rien ne saurait justifier que l'on en fasse ici abstraction. Toutefois, force est d'admettre que le Prof. Ee. _____, bien qu'il soit un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'explique pas de manière circonstanciée dans son rapport les raisons qui justifient de reconnaître que l'état de santé de l'intéressé sur le plan somatique s'est péjoré par rapport à la décision d'octroi de rente du 7 novembre 2001. Son rapport s'apparente davantage à un résumé détaillé et chronologique du dossier de l'autorité inférieure, ponctué de remarques personnelles, sans que l'on puisse en tirer des conclusions motivées s'agissant du taux d'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle et de celui dans une activité adaptée. En outre, il sied de constater que ce rapport n'a pas été rendu sur la base d'un dossier médical complet. En effet, le Prof. Ee. _____ ne disposait

pas du rapport médical du Dr F. _____ du 6 juin 2000 posant les diagnostics et les limitations fonctionnelles à l'origine de la décision du 7 novembre 2001, sachant que ledit rapport n'a été transmis à la mandataire du recourant que dans le cadre de la présente procédure judiciaire (TAF pce 17 p. 2). En l'absence de ce rapport à l'origine de la décision initiale d'octroi d'une rente entière d'invalidité, force est de constater que le rapport du Prof. Ee. _____ n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de l'évolution de la santé de l'assuré.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, l'instruction mise en œuvre par l'autorité précédente ne fonde en l'état pas de motif de révision emportant suppression de la prestation litigieuse. Par conséquent, le recours est partiellement admis et la décision du 17 décembre 2019 est annulée. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En outre, il sied de considérer que selon la jurisprudence, il n'est pas souhaitable de transférer l'activité d'expertise de l'administration au niveau judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.2). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont pas été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié.

10.2 Ainsi, l'autorité actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Pour ce faire, compte tenu des troubles psychique et rhumatologique de l'assuré et du fait que les rapports d'expertise des Drs O. _____ et P. _____ datent des 16 novembre 2016 et 18 janvier 2017, l'OAIE sollicitera une expertise pluridisciplinaire psychiatrique,

rhumatologique, neurologique et de médecine interne, ceci dans le but de clarifier l'état de santé du recourant, ses limitations fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Cette nouvelle expertise sera effectuée en Suisse, l'organisme mandaté devant appliquer les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse ainsi que les droits de participation de l'assuré (ATF 137 V 210 ; arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3). En outre, l'OAIE devra se déterminer à nouveau sur le droit du recourant à des mesures de nouvelle réadaptation. Sur cette base, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente AI à compter du 1^{er} février 2020.

10.3 Eu égard à ce qui précède, le Tribunal remarque que la mise en place d'une expertise judiciaire, telle que réclamée par le recourant, ne s'impose pas.

11. Finalement, il est utile de rappeler que le retrait de l'effet suspensif au recours, institué par l'acte attaqué (cf. *supra* let. B.b.t), continue en principe à être valable jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui fera suite à l'instruction complémentaire ordonnée par le présent jugement (arrêt du TF 8C_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4.3).

12.

12.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée au recourant dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 2 et 5).

12.2 Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, 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.

12.3 En l'espèce, le recourant a agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel n'ayant pas produit de note d'honoraires. Vu l'admission partielle du recours et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité de dépens ex aequo et bono de CHF 2'800.- non soumise à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure, tenant compte du sort du litige, de l'importance et de la complexité de la cause sans égard à la valeur litigieuse, du travail effectué nécessaire et du temps consacré par le représentant du recourant.

(le dispositif se trouve sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce que la décision de l'autorité inférieure du 17 décembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de CHF 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépens de CHF 2'800.- est allouée au recourant et mise à la charge de l'OAIE.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire ; 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 :

Caroline Bissegger

Erik Erismann

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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. 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 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 :