



Arrêt du 26 mai 2020

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Caroline Bissegger, Beat Weber, juges,
Thiviya Asaipillai, greffière.

Parties

A. _____, (France)
représenté par Maître Jean-Michel Duc,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, révision (décision du 7 octobre 2014).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) – ressortissant français né le (...) 1965, marié et père de trois enfants nés respectivement en 1989, 1993 et 1996 – a travaillé comme employé frontalier de diverses entreprises suisses et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse de 1981 à 2008 (Dossier AI doc. 367 pp. 884 et 875/905 ; doc. 348 pp. 805-806/905 ; doc. 347 pp. 797-798/905 ; doc. 286 p. 674/905). Sans formation professionnelle certifiée, il a principalement œuvré depuis le 26 août 1991 dans le décolletage impliquant la manutention, le lavage et le contrôle de pièces métalliques usinées au service de l'entreprise B._____ SA (Dossier AI doc. 364 p. 860/905, doc. 348 pp. 805-806/905 ; doc. 348 pp. 800-804/905). Le processus d'usinage s'effectuait principalement au moyen de solvants sous forme de trichloréthylène et de fluides de coupe (huiles synthétiques). A partir du mois de juillet 2008, A._____ a présenté une asthénie sévère due à de graves apnées du sommeil et une hypothyroïdie entraînant une incapacité totale de travail dès le 19 décembre 2008 (Dossier AI doc. 366 p. 866-867/905 ; doc. 364 pp. 860-861/905 ; doc. 357 pp. 848-849/905 ; doc. 348 pp. 805-806/905 ; doc. 286 p. 677/905). Il a perçu des indemnités journalières qui lui ont été servies par l'assureur perte de gain, puis par l'assureur-accidents (...) de son employeur (Dossier AI doc. 286 p. 672/905, Dossier LAA doc. 13 p. 1279/1590), lequel a résilié les rapports de travail le 28 février 2010 (Dossier LAA doc. 2 p. 31/1590). Il a été mis au bénéfice d'une rente d'assurance-accidents à partir du 21 janvier 2009 jusqu'au 31 août 2013 (décision sur opposition de la SUVA prononcée le 11 décembre 2013 [Dossier LAA doc. 5 pp. 900-907/1590], annulée le 22 octobre 2014 par arrêt du Tribunal cantonal C._____ [Dossier LAA doc. 3 pp. 777-790/1590], puis confirmée derechef par décision sur opposition de la SUVA du 18 janvier 2019 [Dossier LAA doc. 3 pp. 148-157/1590], contre laquelle A._____ a recouru le 18 février 2019 auprès du Tribunal cantonal C._____ [Dossier LAA, doc. 3 pp. 142-147/1590]).

B.

B.a Le 13 mai 2009, A._____ a déposé une demande de prestations d'invalidité tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession ou/et d'une rente, indiquant souffrir d'apnées du sommeil et d'un nodule thyroïdien chaud (Dossier AI doc. 357 pp. 844-851/905). Procédant à l'instruction médicale et économique de la

demande, l'Office AI du canton C._____ (ci-après : OAI-C._____) a recueilli l'avis du Service médical régional de Suisse (...) de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), celui des médecins traitant de l'assuré et porté au dossier celui de l'assureur perte de gain et de l'assureur-accidents. Se fondant sur les conclusions d'un rapport du 11 août 2011 du Dr D._____ (spécialisation non spécifiée [Dossier AI doc. 243 pp. 616-617/905]) et sur un rapport d'expertise établi le 15 février 2011 et complété le 27 juin 2011 par les Drs E._____ et F._____ (spécialistes en neurologie auprès du service de neurologie de l'Hôpital G._____ [ci-après : Hôpital G._____] ; Dossier LAA doc. 16 pp. 1336-1342/1590 et doc. 15 pp. 1330-1331/1590), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a retenu les diagnostics de syndrome psycho-organique dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène et de syndrome d'apnées du sommeil modéré entraînant une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 19 décembre 2008 et, par décision du 21 octobre 2011, a alloué à A._____ une rente entière – assortie de trois rentes pour enfant liées à celle du père – fondée sur un degré d'invalidité de 100% à partir du 1^{er} décembre 2009 (Dossier AI doc. 231-235 pp. 594-605/905).

B.b Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente initiée dès le mois de novembre 2011, l'autorité inférieure a mis A._____ au bénéfice de mesures d'ordre professionnel sous la forme d'une formation pratique en informatique et bureautique effectuée à 50% à partir du 21 mars 2012 jusqu'au 31 août 2013 (communications de l'OAI-C._____ des 27 mars 2012, 4 septembre 2012, 17 décembre 2012, 2 juillet 2013 et 18 septembre 2013 [Dossier AI doc. 207 pp. 538-539/905, doc. 173 pp. 468-469/905, doc. 150 pp. 429-430/905, doc. 138 pp. 407-408/905 et doc. 128 pp. 389/905]). L'OAI-C._____ a en outre recueilli une abondante documentation médicale, contenant en particulier une expertise pluridisciplinaire établie par les Drs H._____ (spécialiste FMH en neurologie ; rapport du 18 juin 2013 [Dossier LAA doc. 8 pp. 1048-1083/1590]) et I._____ (spécialiste en psychiatrie ; cf. rapport du 13 juin 2013 [en français : Dossier LAA doc. 7 pp. 926-944 ; en allemand : Dossier LAA doc. 9 pp. 1128-1149/1590]). Dans leurs conclusions, les experts ont exclu le diagnostic de syndrome psycho-organique dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène, retenu ceux d'intoxications ponctuelles au trichloréthylène entre 1991 et 2008 sans séquelles au long cours et de trouble somatoforme douloureux n'entraînant aucune incapacité de travail depuis le 14 juin 2014. Ces conclusions ont été reprises par les médecins-conseils du SMR (cf. rapports des 5 novembre 2013 et 10 mars 2014 du Dr J._____ [spécialiste en médecine interne] ;

Dossier AI doc. 119 pp. 378-379/905 et doc. 98 p. 353/905] et rapport du 14 juillet 2014 du Dr K. _____ [spécialisation non indiquée ; doc. 84 p. 330/905]). Se fondant sur les rapports précités, l'OAIE a retenu que A. _____ ne présentait plus d'atteinte à la santé résultant d'une maladie professionnelle, qu'il avait recouvré dès le 14 juin 2014 une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé et supprimé dès le 1^{er} décembre 2014 le droit à la rente de ce dernier, aux termes d'une décision du 7 octobre 2014, confirmant un projet de décision du 17 juillet 2014. L'OAIE a en outre retiré l'effet suspensif à un éventuel recours (Dossier AI doc. 83 pp. 327-329/905 ; doc. 77 pp. 320-321/905 ; doc. 72 pp. 299-301/905).

C.

C.a Le 21 novembre 2014, A. _____ a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou TAF) contre la décision du 7 octobre 2014, concluant à l'annulation de celle-ci, sous suite de frais et dépens. A titre préalable, il a requis la restitution de l'effet suspensif, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (TAF pce 1). En bref et pour l'essentiel, il conteste toute amélioration de son état de santé. Il reproche à l'OAIE de s'être fondé sur le rapport d'expertise du 18 juin 2013 du Dr H. _____, dont la valeur probante a été mise en cause par l'arrêt du 22 octobre 2014 de la Cour des assurances du Tribunal cantonal C. _____ et d'avoir ignoré les rapports d'analyses et les avis des spécialistes qu'il a produits. Arguant d'un défaut d'instruction, il ajoute que l'autorité inférieure n'a établi aucune amélioration ni de son état de santé ni de sa capacité de travail entre 2010 et 2013, que l'ensemble des pièces médicales admet l'existence d'une maladie professionnelle causée par exposition au trichloréthylène durant de nombreuses années, que le diagnostic de syndrome psycho-organique des solvants du à l'exposition chronique au trichloréthylène persiste et que les séquelles en résultant demeurent incapacitantes pour l'exercice de toute activité lucrative. A l'appui de ces considérations, il a produit diverses pièces médicales (TAF pce 1 et annexes).

C.b Par décision incidente du 3 février 2015, le Tribunal a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif (TAF pce 6).

C.c L'OAIE a répondu au recours par écriture du 3 mars 2015, concluant au rejet de celui-ci sur la base d'une prise de position établie le 26 février 2015 par l'OAI-C. _____ (TAF pce 8).

C.d Statuant le 2 juin 2015 sur demande du recourant (TAF pce 10), le Tribunal a suspendu la présente procédure C-6800/2014 dans l'attente du rapport d'expertise ordonné par l'arrêt de la Cour des assurances du Tribunal cantonal de la République et canton C._____ rendu le 22 octobre 2014 dans la procédure d'assurance-accidents parallèle à celle d'assurance-invalidité (TAF pces 10, 12 et 13). La suspension a été reconduite par décisions incidentes des 3 août 2016 (TAF pce 17), 8 novembre 2017 (TAF pce 21) et 30 mai 2018 (TAF pce 24), jusqu'au 10 octobre 2019 (TAF pce 33). Elle a alors été levée après qu'ont été déposés le rapport d'expertise du 17 juin 2016 des Drs L._____ et M._____ (spécialistes auprès du service de neurologie du Centre Hospitalier N._____ [ci-après : Centre Hospitalier N._____] ; Dossier LAA doc. 3 pp. 560-567/1590) et celui des 7 mars 2018 et 23 août 2018 des Drs O._____, P._____, Q._____ et R._____ (médecins spécialisés dans la santé au travail ([ci-après : rapport ou experts Mm._____] ; Dossier LAA doc. 3. pp 216-266/1590 et doc. 3 pp. 180-183/1590), les parties ne s'étant pas opposées à une reprise de la procédure (TAF pces 28, 32, 33).

C.e Dans le cadre du second échange d'écritures, le recourant a répliqué le 25 novembre 2019. Réitérant ses conclusions, il a en particulier mis en cause le rapport Mm._____ précité, pour le motif que les experts n'auraient pas eu accès à l'intégralité du dossier de la SUVA (TAF pce 35).

C.f L'OAIE a dupliqué le 7 janvier 2020, confirmant ses conclusions sur la base de la prise de position de l'OAI-C._____ du 18 décembre 2019. Il ressort de celle-ci que dans leur détermination du 23 août 2018, les experts Mm._____ ont indiqué avoir pu compenser le manque d'informations par une démarche scientifique rigoureuse par laquelle ont été évaluées toutes les substances auxquelles l'assuré aurait été potentiellement exposé durant son activité professionnelle au service de l'entreprise B._____ SA et qui étaient détaillées dans le chapitre 6 du rapport d'expertise. Ils avaient ainsi pris en considération beaucoup plus de substances que celles auxquelles l'assuré avait réellement été exposé (TAF pce 37).

C.g L'échange des écritures a été clôturé le 13 janvier 2020 (TAF pce 38).

D.

Les autres faits et arguments déterminants pour la présente procédure seront complétés dans la partie en droit ci-après, en tant que de besoin.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier 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 les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal 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. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le présent litige porte sur la suppression, par décision de l'OAIE du 7 octobre 2014, du droit à la rente perçue depuis le 1^{er} décembre 2009 par le recourant.

3.

Dans la mesure où ce dernier est un ressortissant français, domicilié en France voisine et ayant travaillé en Suisse, la procédure présente un aspect transfrontalier.

3.1 La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord entre

la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie, à l'instar de l'art. 80a LAI. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les États de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP, la Suisse est aussi un « État membre » au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

Depuis l'introduction en 2011 de la procédure de révision du droit à la rente du recourant, l'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée avec effet au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi jusqu'à cette date par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

Depuis le 1^{er} avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le 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 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États 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).

Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Il en est de même selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement; les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu

de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'accord – en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) – ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. En l'occurrence, c'est à juste titre que l'OAI-C._____ a procédé à l'instruction de la présente procédure, tandis que l'OAIE a notifié la décision litigieuse.

4.

4.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

4.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem

Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

5.1 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). La présente procédure de révision du droit à la rente est ainsi soumise pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 à la teneur de la 5^e révision de la LAI vu le dépôt de la demande de rente du 13 mai 2009 et pour la période à compter du 1^{er} janvier 2012 à la teneur de la 6^e révision (premier volet) de la LAI jusqu'à la date de la décision dont est recours, soit le 7 octobre 2014 (ATF 130 V 445 et les réf.). Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après seront celles de la LAI telles que modifiées par la 6^e révision en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), étant précisé que ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité ne sont différentes par rapport aux dispositions de la 5^e révision.

5.2 En règle générale, le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce jusqu'au 7 octobre 2014. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que ceux établis ultérieurement ne permettent de mieux comprendre l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 121 V 362 consid. 1b) et qu'ils soient de nature à influencer l'appréciation du cas au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En l'occurrence, le rapport d'expertise du 17 juin 2016 des Drs L. _____ et M. _____ (spécialistes auprès du service de neurologie du Centre Hospitalier N. _____ [Dossier LAA doc. 3 pp. 560-567/1590]), ceux des 1^{er} août 2016 et 15 septembre 2016 du Dr S. _____ (spécialiste en chronobiologie et détoxification environnementale [Dossier LAA doc. 3 pp. 394 et 396 /1590]) ainsi que les rapports d'expertise Mm. _____ des

7 mars 2018 et 23 août 2018 (Dossier LAA doc. 3 pp. 216-266/1590 et doc. 3 pp. 180-183/1590) seront pris en considération, dès lors qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. consid. 11.2 infra).

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6.2 Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA). La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse, l'invalidité est de nature juridico-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

6.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1).

6.4 L'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549). De même, l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la

loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid 2 ; arrêt du TAF C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1). Partant, le recourant ne saurait tirer aucun bénéfice de la qualité de travailleur handicapé qui lui a été reconnue en France pour la période courant du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2022 (cf. décision du 1^{er} septembre 2017 de la Maison départementale des personnes handicapées, département T. _____ [Dossier AI, doc 26 p. 59/905]), les prestations d'invalidité n'étant pas octroyées sur les mêmes critères en Suisse et en France.

7.

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

7.2 Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11 ss, p. 498 ss). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 117 V 198 consid. 4b ; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.7, 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2, 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

7.3 Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées). De plus, un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1,

I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n° 11, p. 498).

7.4 L'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) prévoit que s'il y a amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintient durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend en principe effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

7.5 Pour examiner si dans un cas, il y a eu une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Une communication au sens des art. 74^{ter} let. f et Art. 74^{quater} al. 1 RAI avec laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'était intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et références). Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 130 V 71 consid. 3.2.3 et références).

7.6 Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 208 consid. 6a-b et les références citées).

8.

8.1 Bien que l'invalidité soit ainsi une notion juridique et économique, 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 l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

8.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33).

8.3 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 141 V 9 consid. 2.3, 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; voir aussi arrêt du TF 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im

Zusammenhang mit der Rentenrevision, RSAS 2012 pp. 183 ss; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11).

9.

9.1 Sur le plan psychiatrique, la jurisprudence du Tribunal fédéral exige que la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée soit dorénavant évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, permettant de mettre en lumière, d'une part, des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources des personnes concernées (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les réf. cit.), soit en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards, et exemptes de contradictions. Bien plus que le diagnostic, c'est la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 3.7.2).

Les expertises effectuées d'après les anciens standards de procédure ne perdent pas en soi leur valeur probante. Il s'agit d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les indicateurs déterminants. En fonction de l'importance de l'instruction mise en œuvre, un complément ponctuel sur certains points précis peut, selon les circonstances, s'avérer suffisant (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6). Toutefois, le fait qu'une décision administrative s'appuie sur une expertise réalisée selon les anciens standards doit être pris en considération dans l'appréciation des preuves. En effet, dans ce cas, la valeur probante du rapport d'expertise est appréciée comme le sont les rapports des médecins rattachés à un assureur, lorsque ces rapports fondent une décision (ATF 135 V 465 consid. 4) : en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences

sévères et une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ce rapport d'expertise (ATF 139 V 99 consid. 2.3.2 ; arrêts du TF 8C_616/2014 du 25 février 2015, publié in : SVR 2015 IV n° 26 consid. 5.3.1 ; 9C_148/2012 du 17 septembre 2012, publié in : SVR 2013 IV n° 6 consid. 1.4).

10.

Le présent litige porte sur la suppression, par décision de l'OAIE du 7 octobre 2014, du droit à la rente perçue depuis le 1^{er} décembre 2009 par le recourant. Pour déterminer si le taux d'invalidité de ce dernier a subi une modification notable depuis la décision initiale d'octroi de la rente, il convient de comparer les faits établis par la décision du 21 octobre 2011 – entrée en force et fondée sur un examen matériel du droit à la rente impliquant la constatation des faits pertinents et l'appréciation des preuves – avec ceux ayant présidé à la décision litigieuse du 7 octobre 2014.

11.

11.1 L'instruction de la procédure initiale d'octroi de la rente a principalement recueilli la documentation médicale suivante :

- Un rapport d'IRM cérébrale du 8 décembre 2010 des Drs U._____ (chef de clinique auprès du service de radiologie de l'Hôpital G._____) et V._____ (spécialiste en médecine interne auprès du service de radiologie de l'Hôpital G._____) constatant des anomalies de la substance blanche trop nombreuses pour l'âge de l'assuré, aspécifiques, et l'absence d'anomalies des noyaux de la base, dans le contexte d'une intoxication (Dossier LAA doc. 16 p. 1353/1590 ; Dossier AI doc. 62 p. 151/905) ;
- Un rapport neuropsychologique du 10 décembre 2010 des psychologues W._____ (spécialiste FSP en psychologie et neuropsychologie) et X._____ (spécialiste en psychologie) concluant à l'absence de difficultés cognitives chez l'assuré (Dossier LAA doc. 16 pp. 1343-1345/1590 ; Dossier AI doc. 62 pp 141-143/905) ;
- Un rapport d'électroneuromyographie du 10 décembre 2010 des Drs Y._____ (spécialiste en médecine interne) et Z._____ (spécialiste en médecine interne) considérant que l'examen des quatre membres était dans les normes et qu'aucun signe de polyneuropathie n'était apparent (Dossier LAA doc. 16 p. 1348/1590 ; Dossier AI doc. 62 p.146/905) ;
- Un rapport d'électroencéphalogramme (ci-après : EEG) du 13 décembre 2010 des Drs Aa._____ (chef de clinique auprès de l'unité d'EEG et d'exploration de l'épilepsie de l'Hôpital G._____) et Bb._____ (spécialiste en médecine interne) observant une activité de fond peu ample et un trouble de la vigilance sans

signification pathologique (Dossier LAA doc.16 p. 1352/1590 ; Dossier AI doc 62 p.150/905) ;

- Une polysomnographie du 14 janvier 2011 du Dr Cc._____ (médecin auprès du laboratoire du sommeil de l'Hôpital G._____) relevant une macro-structure physiologique et l'existence d'un syndrome d'hypopnées obstructives durant le sommeil modéré, avec un index de 21 apnées / heure. Ces troubles respiratoires entraînent des micro-éveils et des épisodes de désaturation. Un traitement par pression positive continue et, alternativement, par propulseur mandibulaire associé à un traitement positionnel est préconisé. Le praticien relève également la présence d'éléments paroxystiques en temporal gauche à corrélérer avec l'IRM (Dossier LAA doc. 16 p. 1346-1347/1590; Dossier AI doc 62 pp. 144-145/905) ;
- Un rapport d'expertise neurologique établi le 15 février 2011 et complété le 27 juin 2011 par les Drs E._____ et F._____ (spécialistes en neurologie auprès du service de neurologie, département des neurosciences cliniques de l'Hôpital G._____ [ci-après : rapport E._____ / F._____]) diagnostiquant un syndrome psycho-organique des solvants dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène et un syndrome d'apnées du sommeil modéré entraînant une incapacité totale de travail depuis le mois de juillet 2008 jusqu'au mois de décembre 2010, la cinétique de l'amélioration de l'état de santé laissant entrevoir la possibilité d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 50% dès la fin de l'année 2011 (Dossier LAA doc. 16 pp. 1336-1342/1590 et doc. 14 pp. 1327-1328/1590) ;
- Un rapport SMR du 11 août 2011 du Dr D._____ (spécialisation non spécifiée) reprenant les considérations du rapport E._____ / F._____ (Dossier AI doc. 243 pp. 616-617/905).

11.2 La présente procédure de révision du droit à la rente a donné lieu à une instruction ayant porté au dossier les principaux actes médicaux suivants:

- Un rapport d'analyses urinaires du 10 août 2011 du laboratoire Dd._____ (Dossier AI doc. 213 pp. 549-568/905) ;
- Un rapport du 24 novembre 2011 du Dr Ee._____, médecin traitant (spécialiste en médecine générale), indiquant que l'assuré souffre d'une intoxication au trichloréthylène provoquant de l'asthme, des troubles respiratoires, des céphalées, des migraines et une apnée du sommeil depuis le 12 novembre 2008 et subit une incapacité de travail totale depuis le 18 décembre 2008 jusqu'au 31 décembre 2011 (Dossier AI doc. 228 pp. 586-589/905) ;
- Un avis SMR du 12 janvier 2012 dans lequel le Dr D._____ (spécialisation non spécifiée) propose de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel, le rapport d'expertise E._____ / F._____ indiquant que l'assuré peut reprendre une activité professionnelle sans exposition au trichloréthylène à 50%, afin d'atteindre une pleine capacité de travail dans les 6 mois (Dossier AI doc. 223 p. 581/905) ;

- Un rapport du 16 février 2012 du Dr Ee._____ indiquant que l'état de santé de son patient rend ce dernier particulièrement sensible au grand froid et à l'humidité, ce qui entraîne une détérioration des fonctions pulmonaires et ventilatoires, un climat sec et plus chaud étant mieux indiqué (Dossier AI doc. 214 p. 569/905) ;
- Un rapport d'analyses sanguines effectuées par le laboratoire de biologie médicale Ff._____ le 20 mars 2012 (Dossier AI doc. 200 pp. 525-530/905) ;
- Un rapport du 8 juin 2012 du Dr Ee._____ qui retient le diagnostic d'intoxication au trichloréthylène depuis le 12 novembre 2008 entraînant une incapacité de travail totale depuis le 5 janvier 2009 (Dossier AI doc. 195 pp. 512-515/905) ;
- Un rapport du 13 novembre 2012 du Dr Ee._____ diagnostiquant un torticolis congénital du côté droit depuis la naissance sans influence sur la capacité de travail (Dossier AI doc. 160 pp. 450-451/905) ;
- Un rapport du 22 novembre 2012 du Dr Gg._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique) diagnostiquant, comme troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil existant depuis 2008 et un torticolis droit existant depuis 2009 (Dossier AI doc. 157 pp. 443-444/905) ;
- Un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 juin 2013 du Dr H._____ (spécialiste FMH en neurologie) – établi sur la base d'une évaluation psychiatrique du 13 juin 2013 du Dr I._____ (spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie, et psychothérapie [Dossier LAA doc. 7 pp. 926-944/1590]) et d'une évaluation neuropsychologique du 13 juin 2013 de Hh._____ (psychologue FSP spécialisée en neuropsychologie et pathologie du langage [Dossier LAA doc. 7 pp. 946-950/1590]) – retenant les diagnostics d'intoxications ponctuelles au trichloréthylène entre 1991 et 2008 sans séquelles au long cours et de trouble somatoforme douloureux sans répercussion sur la capacité de travail (Dossier LAA doc. 8 pp. 1048-1083/1590)
- Un rapport d'analyses urinaires du 24 juillet 2013 du laboratoire de biologie médicale li._____ (Dossier AI doc. 62 pp. 203-208/905) ;
- Un rapport du 25 septembre 2013 du Dr Jj._____ (spécialisation non spécifiée) indiquant que l'assuré présente un syndrome d'hypersensibilité chimique multiple dont le déclencheur a été l'exposition au trichloréthylène. Ce trouble entraîne une éviction la plus complète possible, afin d'écartier toute aggravation par exposition répétée, la reprise de son activité professionnelle par l'intéressé se révélant difficile à ce stade. En outre, les coproporphyrines urinaires élevées démontrent une certaine charge en plomb (saturnisme) et/ou une porphyrie héréditaire, affection touchant la fabrication de l'hème (globule rouge) par déficit enzymatique (Dossier AI doc. 62 p. 210/905 ; TAF pce 1 annexe 18) ;
- Un rapport du 7 octobre 2013 du Dr Kk._____ (spécialiste en psychiatrie) indiquant que le recourant a été exposé pendant 17 ans au trichloréthylène et qu'il présente depuis juin 2008 une asthénie, une fatigabilité associée à des myalgies, à des sensations d'instabilité et à des vertiges. Les symptômes de fatigue

chronique sont compatibles avec une atteinte organique liée à l'exposition au trichloréthylène. Le patient ne présente pas de troubles de nature psychotique. La relation de l'assuré avec son employeur n'a pas posé de problème jusqu'à son arrêt de travail. Les tendances revendicatives décrites par l'un des experts sont clairement réactionnelles à une situation de conflit avec l'employeur (AI dossier doc. 62 p. 211/905 ; TAF pce 1 annexe 19) ;

- Un avis SMR du 5 novembre 2013 du Dr J._____ (spécialiste en médecine interne) retenant les diagnostics – sans relation causale avec l'exposition au trichloréthylène – de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'accentuation de certains traits de la personnalité (narcissique, immature émotionnellement, impulsif, manipulateur), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et concluant à une capacité entière de travail depuis le 13 juin 2013 (Dossier AI doc. 119 pp. 378-379/905) ;
- Un rapport du 10 novembre 2013 du Dr Jj._____ (spécialisation non spécifiée) indiquant que le recourant est suivi pour un syndrome d'hypersensibilité chimique multiple dont l'une des conséquences répertoriées en fonction des mécanismes physiopathologiques proposés est un déficit en adénosine triphosphate, molécule nécessaire au maintien des fonctions métaboliques. Ce déficit, non corrigé peut être responsable d'une fatigue permanente, imposant du repos et un traitement médical continu en parallèle d'une éviction des éléments toxiques environnementaux (Dossier AI doc. 62 p. 212/905 ; TAF pce 1 annexe 20) ;
- Un rapport du 20 novembre 2013 du Dr Ee._____, médecin traitant (spécialiste en médecine générale), indiquant que l'assuré souffre de douleurs musculaires diffuses, de céphalées, de troubles respiratoires restrictifs et d'asthénie intense. Ces symptômes peuvent être rapportés à une intoxication chronique par le trichloréthylène. Ces anomalies sont présentes depuis 2008 sans diminution, voire même avec une évolution défavorable incluant l'augmentation des symptômes et une dégradation des bilans enzymatiques. Il ne s'agit en aucun cas d'une accumulation de maladies aiguës, mais d'une maladie chronique (Dossier AI doc. 62 p. 213/905) ;
- Un rapport du 3 février 2014 du Dr Ee._____ indiquant que l'état de santé du recourant s'est dégradé durant l'année 2014. Sur le plan clinique, l'assuré souffre de dyspnée de stade II, de structures bronchiques abondantes, d'asthémie profonde, d'essoufflement à l'effort, de céphalées et de myalgies pouvant avoir une influence sur la capacité de travail en fonction des efforts physiques exigés. Sur le plan biologique, il est observé une majoration des anomalies enzymatiques avec des atteintes mitochondriales. Ces complications justifient un prolongement de l'incapacité de travail au-delà du 31 octobre 2013. Hormis l'intoxication au trichloréthylène, le patient ne présente pas d'autre pathologie justifiant une prolongation de l'incapacité de travail (Dossier AI doc. 101 p. 357/905) ;
- Un avis SMR du 10 mars 2014 du Dr J._____ (spécialiste en médecine interne) retenant une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 2014 en raison d'une probable intervention chirurgicale pour une maladie de Haglund (Dossier AI doc. 96 p. 353/905) ;

- Un rapport du 17 juin 2014 du Dr Ee._____ diagnostiquant une intoxication au trichloréthylène existant depuis le 19 novembre 2008 et entraînant une incapacité de travail totale depuis le 23 décembre 2008 jusqu'à fin septembre 2014 (Dossier AI doc. 91 pp. 343-345/905) ;
- Un rapport du 27 juin 2014 de la Dresse LI._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique) indiquant que le recourant a subi une cure chirurgicale pour maladie de Haglund le 5 décembre 2013, une cure chirurgicale d'hallux rigidus du premier orteil droit le 5 novembre 2013 et une ablation du matériel d'ostéosynthèse du 1^{er} orteil le 13 mars 2014, avant de constater une diminution des douleurs (Dossier AI doc. 89 pp. 337-339/905) ;
- Un avis SMR du 14 juillet 2014 du Dr K._____ (spécialisation non spécifiée) retenant une incapacité totale de travail perdurant au plus tard jusqu'à mi-juin 2014 à la suite de l'intervention chirurgicale pour une maladie de Haglund ainsi que pour un hallux valgus (Dossier AI doc. 84 p. 330/905) ;
- Un rapport d'expertise neurologique du 17 juin 2016 des Drs L._____ et M._____ (spécialistes auprès du service de neurologie du Centre hospitalier N._____) considérant que la symptomatologie en cause n'est pas due de manière prépondérante à une exposition continue au trichloréthylène et que l'expertisé présente une capacité totale de travail dans une activité adaptée à son état de santé (Dossier LAA doc. 3 pp. 560-567/1590) ;
- Un rapport du 1^{er} août 2016 du Dr S._____ (spécialiste en chronobiologie et détoxification environnementale) selon lequel le profil des porphyrines urinaires indique une intoxication aux métaux lourds et aux toxines environnementales, laquelle peut expliquer la symptomatologie décrite par le patient. Un déficit énergétique de la fibre musculaire est en outre mis en évidence par l'élévation de l'hypoxanthine (Dossier LAA doc. 3 p. 394/1590) ;
- Un rapport du 19 août 2016 du laboratoire Nn._____ indiquant que le test LTT-MELISA met en évidence un résultat positif au tungstène, mais négatif pour tous les autres allergènes testés, à savoir l'aluminium, l'arsenic, le méthylmercure et le béryllium (Dossier LAA doc. 3 pp. 404-408/1590) ;
- Un rapport du 15 septembre 2016 du Dr S._____ qui indique avoir pris connaissance des résultats du test LTT-MELISA mettant en évidence une réactivité immunologique de l'organisme du recourant au tungstène considéré comme fortement toxique et contrariant l'action d'un oligo-élément essentiel, le molybdène, et assure que toute réactivité au test LTT-MELISA corrobore la présence d'un stress oxydatif important (Dossier LAA doc. 3 p. 396/1590) ;
- Un rapport d'expertise en médecine du travail des 7 mars 2018 et 23 août 2018 des Drs O._____, P._____, Q._____ et R._____ (médecins spécialisés dans la santé au travail) indiquant que le test LTT-MELISA n'est pas validé comme test diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative étant discutable, et considérant que les différents symptômes décrits par le recourant depuis la fin de son activité professionnelle ne correspondent à aucun syndrome ni aucune maladie clairement établis ou reconnus et ne peuvent être mis en lien de causalité

avec une exposition professionnelle (Dossier LAA doc. 3 pp. 216-266/1590 et doc. 3 pp. 180-183/1590).

12.

12.1 Dans la décision d'octroi de la rente prononcée le 21 octobre 2011, l'OAIE a retenu que le recourant subissait une perte de gain totale depuis le 19 décembre 2008 à la suite d'un syndrome psycho-organique des solvants dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène et lui a alloué une rente entière dès le 1^{er} décembre 2009, une amélioration de la capacité de travail à hauteur de 50% étant attendue pour la fin 2011.

12.1.1 A l'appui de ces considérations, il a fait sien l'avis du SMR (cf. rapport SMR du 11 août 2011 du Dr D. _____ [spécialisation non spécifiée] Dossier AI doc. 243 pp. 616-617/905), lui-même fondé sur le rapport d'expertise établi le 15 février 2011 et complété le 27 juin 2011 par les Drs E. _____ et F. _____ (spécialistes en neurologie auprès du service de neurologie de l'Hôpital G. _____ [Dossier LAA doc. 16 pp. 1336-1342/1590 et doc. 14 pp. 1330-1331/1590]).

12.2 Selon le rapport E. _____ / F. _____, l'assuré souffrait alors de fatigue physique, de troubles attentionnels, de céphalées, ainsi que de douleurs musculaires intenses et épuisantes – s'apparentant parfois à des décharges électriques – au niveau des cuisses et de l'hallux. Apparue durant l'été 2008, la fatigue avait été constante et considérablement augmentée à l'effort physique, limitant peu à peu le patient dans ses activités de loisirs. En outre, elle était caractérisée par des endormissements diurnes à prédominance postprandiale consécutifs à un sommeil non réparateur. Le traitement par ventilation non invasive du syndrome d'apnées du sommeil avait remédié à ces dernières, sans toutefois améliorer l'appréciation subjective relative à la qualité du sommeil. L'assuré décrivait également des palpitations à l'effort ou lors de bains chauds. Au printemps 2009, une fatigue psychique associée à des accès d'irritabilité et à des troubles de l'attention s'était ajoutée à la fatigue physique. Depuis 2010, des céphalées d'allure tensionnelle avaient aggravé les migraines habituelles, alors que les douleurs musculaires qui avaient été intenses et épuisantes en 2008, ne l'avaient plus été désormais qu'à l'effort.

Les diagnostics retenus avaient été ceux de syndrome psycho-organique des solvants dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène et de syndrome d'apnées du sommeil modéré. Susceptible d'aggraver la fatigabilité, ce dernier trouble n'exerçait qu'une incidence mineure sur la symptomatologie (avec un impact maximum de 20%) et ne présentait

aucun lien de causalité avec l'exposition professionnelle. Le syndrome psycho-organique des solvants avait été causé directement par une exposition professionnelle au trichloréthylène durant 17 ans. La fatigue physique et psychique, les troubles attentionnels, les céphalées et l'intolérance à l'effort décrits depuis l'été 2008 jusqu'à la fin de l'année 2009 correspondaient au tableau d'encéphalopathie modérée d'un syndrome psycho-organique des solvants après plus de 10 ans d'exposition. Pareille intoxication pouvait être observée même sans polyneuropathie associée, ni atteinte des nerfs crâniens. Aucune autre pathologie (problèmes endocriniens ou cardiaques, syndrome d'apnées du sommeil, troubles psychiques, consommation de drogue, etc.) n'était susceptible d'expliquer les symptômes en cause. Le seul traitement à préconiser en présence d'une forme légère à modérée du syndrome psycho-organique des solvants ne pouvait être que l'éviction absolue de toute nouvelle exposition au trichloréthylène. Le syndrome psycho-organique des solvants, dans sa forme modérée, était ordinairement réversible à l'issue d'une période – difficile à définir avec précision – de 6 mois à 2 ans. Dans le cadre de la présente expertise effectuée deux ans après la fin de l'exposition au trichloréthylène, aucune constatation clinique ou paraclinique positive n'avait pu être objectivée, en particulier pas sur le plan neuropsychologique (électroneuromyographie, électroencéphalographie), seule une IRM cérébrale pratiquée en octobre 2010 ayant démontré de trop nombreuses anomalies de la substance blanche pour l'âge du patient, mais aspécifiques et sans anomalie des noyaux de la base. La notion de réversibilité pouvait être mise en relation avec la normalité des examens cliniques et paracliniques pratiqués et avec la stabilité clinique constatée depuis le début de l'année 2010. Après corrélation de l'une avec l'autre, il y avait lieu d'admettre que l'expertisé avait subi une incapacité totale de travail de juillet 2008 à décembre 2010. La cinétique de l'amélioration de l'état de santé laissait entrevoir la possibilité d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 50% dès la fin de l'année 2011, à réévaluer l'année suivante. Même si certains symptômes pouvaient perdurer durant de nombreuses années, il convenait de réévaluer le sujet dans les 3 ans, car il n'était pas exclu d'observer un amendement partiel ou total de la symptomatologie, favorable à une reprise professionnelle – à tout le moins partielle – si les consignes d'une éviction stricte de toute exposition aux solvants étaient respectées et si un traitement efficace du syndrome d'apnées du sommeil, susceptible de réduire la fatigue, était mis en place.

13.

La suppression litigieuse du droit à la rente est fondée sur l'expertise neuropsychiatrique des Drs H. _____ (spécialiste FMH en neurologie [cf.

rapport du 18 juin 2013, Dossier LAA doc. 8 pp. 1048-1083/1590]) et I. _____ (spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie [rapport du 13 juin 2013 ; en français, Dossier LAA doc. 7 pp. 926-944/1590 ; en allemand, Dossier LAA doc. 9 pp. 1128-1149/1590]).

13.1

13.1.1 Selon le rapport du 18 juin 2013 du Dr H. _____, l'assuré rapporte une asthénie, une fatigue chronique, une incapacité à faire face aux activités quotidiennes, des douleurs affectant l'ensemble du rachis, des céphalées constrictives, des douleurs musculaires au niveau des cuisses, des nausées, des diarrhées, des vomissements, des migraines caractérisées par des hémicrâniées gauches associées à une sono- et photophobie, des scotomes scintillants caractérisés par des éclairs lumineux en particulier à gauche, des troubles de la concentration inhérents aux difficultés à se tenir éveillé, une labilité émotionnelle, une tendance à s'emporter facilement, une sensation d'instabilité, de vertiges et de perte imminente de connaissance. De manière générale, il constate la persistance d'une intolérance à l'effort, avec des manifestations de type « antabuse » s'il boit trop.

13.1.2 Les examens neurologiques (cf. rapport du 18 juin 2013 du Dr H. _____ p. 23-25 [Dossier LAA doc. 8 pp. 1070-1072/1590]) et neuropsychologiques (cf. rapport du 13 juin 2013 de Hh. _____ [psychologue FSP spécialisée en neuropsychologie et pathologie du langage] Dossier LAA doc. 7 pp. 946-950/1590) affichent des résultats dans les limites de la norme, hormis une légère fatigabilité sur le plan cognitif et des difficultés lors d'une épreuve d'attention soutenue observées après plusieurs heures d'investigations neuropsychologiques. Aucun déficit objectif ni aucune limitation fonctionnelle ne sont observés, l'intéressé disposant de facultés d'apprentissage et d'attention suffisantes pour accomplir un travail compatible avec ses capacités physiques. Les multiples investigations effectuées ne permettent pas de corroborer une atteinte objective, indiscutable, imputable à une intoxication chronique au trichloréthylène. Il n'y a ni aggravation ni amélioration sur le plan neuropsychologique, ce qui permet d'écarter certaines anomalies subtiles qui auraient été mal interprétées par les experts E. _____ / F. _____ à propos de l'amélioration dans le cadre d'une intoxication aux solvants évoquée par ces derniers. L'examen neurologique ne met en évidence aucun stigmate révélateur d'une polyneuropathie, d'une affection musculaire ou d'une souffrance cardiaque. Sur la base de ces constatations et au vu du tableau demeuré fluctuant, avec même une

aggravation décrite en 2011 alors que l'expertisé n'était plus exposé au trichloréthylène depuis 2008, le Dr H._____ conclut à l'absence de stigmate évocateur d'une intoxication chronique ou de séquelles correspondantes. Par contre, il observe qu'entre 1991 et 2008, en fin de semaine, l'expertisé a présenté des stigmates évocateurs de surdosages ponctuels à la suite du récurage du sol de l'atelier effectué généralement les vendredis et lors desquels il déversait des bidons de 50 litres de trichloréthylène et était exposé à d'importantes vapeurs (cf. rapport H._____ p. 20 § 4 [Dossier LAA doc. 8 p. 1067/1590]), en sus des doses quotidiennes émanant du dégraissage des pièces et de l'essorage des copeaux. Ces stigmates n'avaient pas laissé de séquelles objectives à l'aune des observations effectuées dans le cadre de la présente évaluation, autant que lors de celle des experts E._____ / F._____. Enfin, l'effet « antabuse » n'était corrélé par aucune dysfonction hépatique objective biologique ou clinique.

13.1.3 Sur le plan psychiatrique, le Dr I._____ (spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie ; cf. rapport du 13 juin 2013 [Dossier LAA doc. 7 pp. 926-944/1590]) pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant apparu à la fin de l'année 2010 au plus tard (F45.4), d'accentuation de certains traits de la personnalité – narcissique, immature émotionnellement, impulsif, manipulateur – existant probablement depuis l'adolescence (Z73.1) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques existant depuis au moins trois ans (F68.0). L'expert précise que les conclusions du rapport E._____ / F._____ sont peu convaincantes, le diagnostic de syndrome psycho-organique secondaire à une exposition au trichloréthylène étant peu spécifique et incompatible avec les résultats recueillis durant l'expertise, ainsi qu'avec les résultats de l'examen neuropsychologique (Dossier LAA doc. 7 p. 938 § 7 et p. 939 § 1).

A l'appui de son appréciation, le Dr I._____ expose que l'assuré évoque un vaste spectre de douleurs et de troubles neuropsychologiques, psychosomatiques et psychiques depuis le printemps 2008, avec une tendance à l'aggravation claire et répétée de ses descriptions, de ses mimiques et de sa gestuelle. L'on assiste à une amplification des symptômes avec d'autres somatisations et une autolimitation considérable. L'expertisé présente également une tendance franche à la suggestibilité, confirmant, à la demande, quelques douleurs et troubles nouvellement apparus (Dossier LAA doc. 7 p. 939 § 2). Il existe un profond ressentiment et une demande de reconnaissance de ses droits énoncés de manière flagrante, l'assuré ayant exprimé constamment son intention de faire valoir

ses droits jusqu'à épuisement de tous les moyens légaux (Dossier LAA doc. 7 p. 940 § 1).

Concernant un éventuel bénéfice primaire et secondaire tirée de la maladie, l'expertisé profite sans l'ombre d'un doute de la symptomatique avancée jusqu'ici, en se déchargeant largement et en requérant de façon accentuée l'attention et l'affection de ses enfants, de sa famille et de tout l'entourage, ce qui semble très important pour lui et caractérise le syndrome douloureux somatoforme persistant (Dossier LAA doc. 7 p. 941 § 4). Le tableau clinique est influencé très largement et de façon décisive par des facteurs étrangers à la maladie ainsi que par le désir flagrant de percevoir une rente. L'octroi d'une rente présenterait un bénéfice secondaire considérable de la maladie et favoriserait encore la conscience de la maladie et la chronicisation des troubles. La symptomatique se trouve en partie aux limites de la conscience et pourrait être surmontée en faisant preuve de bonne volonté et d'une intention sincère de coopération. Il convient de recommander un suivi psychothérapeutique et psychiatrique de soutien orienté vers les troubles psychosomatiques (Dossier doc. 7 p. 942 § 6).

Aucun des examens pratiqués n'explique les importants troubles décrits par l'assuré, de sorte que le tableau correspond à l'ensemble des symptômes caractéristiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Celui-ci ne peut toutefois pas être considéré comme invalidant, les autres critères déterminants – comorbidité psychiatrique sévère, évolution pathologique chronique, repli social dans tous les aspects de la vie – n'étant pas réunis. L'expertisé est à même de surmonter cette symptomatologie en faisant preuve de bonne volonté et d'une motivation sincère, de sorte qu'elle n'exerce aucune incidence sur la capacité de travail. L'assuré dispose par conséquent d'une capacité de travail à plein temps et sans réduction des performances dans toute activité lucrative correspondant à son âge et à son niveau de formation (Dossier LAA doc. 7 p. 950).

13.1.4 En conclusion, l'évaluation pluridisciplinaire des experts H. _____ et I. _____ retient que les diverses investigations menées dans le cadre de la présente expertise ainsi que dans celui de l'expertise E. _____ / F. _____ de 2011 n'ont mis en évidence aucun substrat objectif aux plaintes alléguées. L'expertisé a souffert de fatigue, de vertiges, d'irritations oto-rhino-laryngologiques durant la semaine et les week-ends entre 1991 et 2008, ces troubles s'étant atténués durant les vacances. Les nouvelles évaluations neurologiques et neuropsychologiques infirment l'existence de

troubles imputables à une intoxication ou aux suites d'une intoxication chronique au trichloréthylène. En outre, les plaintes de l'assuré ne correspondent pas à celles retrouvées dans la littérature. Partant, les diagnostics retenus sont ceux de trouble somatoforme douloureux persistant et d'intoxications ponctuelles au trichloréthylène entre 1991 et 2008 – week-ends notamment – sans séquelles au long cours, celui de syndrome psycho-organique post-exposition au trichloréthylène étant exclu. L'évaluation dénie toute incapacité de travail pour des motifs neurologiques ou neuropsychologiques et reconnaît l'assuré apte à exercer toute activité professionnelle en rapport avec son niveau de formation (Dossier LAA doc. 8 pp. 1082-1083/1590).

13.2 Ainsi, le rapport d'expertise H. _____ / I. _____ retient les diagnostics de trouble somatoforme douloureux non invalidant et d'intoxications ponctuelles au trichloréthylène entre 1991 et 2008 – week-ends notamment – sans séquelles au long cours. Il dénie le diagnostic de syndrome psycho-organique post-exposition au trichloréthylène et l'incapacité totale de travail correspondante pour la période de juillet 2008 à décembre 2010 retenus par le rapport E. _____ / F. _____, dont il met de surcroît en doute la valeur probante. Ce faisant, il rediscute l'évaluation médicale de l'état de santé du recourant à laquelle les experts E. _____ / F. _____ ont procédé, substituant au diagnostic de syndrome psycho-organique post-exposition au trichloréthylène retenu dans la décision initiale d'octroi de la rente, ceux d'intoxications ponctuelles au trichloréthylène entre 1991 et 2008 – week-ends notamment – sans séquelles au long cours et de trouble somatoforme douloureux non invalidant. Il procède à une nouvelle appréciation de l'état de santé du recourant, période 2008-2011 incluse. Il ne démontre pas s'il se serait depuis lors produit une modification sensible de l'état de santé du recourant et, le cas échéant, si celle-ci permettrait à ce dernier d'exercer désormais une activité lucrative, dans quel type de secteur économique et à quel taux d'occupation.

En particulier, le rapport d'expertise H. _____ / I. _____ ne s'exprime pas sur le caractère réversible de la forme modérée du syndrome psycho-organique d'intoxication aux solvants évoquée par les experts E. _____ / F. _____. Il ne donne aucune suite à leurs considérations selon lesquelles l'assuré avait certes subi une incapacité totale de travail de juillet 2008 à décembre 2010, mais la stabilité clinique constatée depuis le début de l'année 2010 et la normalité des examens cliniques et paracliniques pratiqués deux ans après la fin de l'exposition au solvant attestaient d'une amélioration de l'état de santé, dont la cinétique laissait entrevoir la

possibilité d'une capacité de travail recouvrée à hauteur de 50% dès la fin de l'année 2011 (rapport E. _____ / F. _____ du 27 juin 2011 p. 2 [Dossier LAA doc. 15 pp. 1330-1331/1590]). En outre, les experts H. _____ / I. _____ considèrent qu'il n'y a eu ni aggravation ni amélioration sur le plan neuropsychologique, ce qui permet d'écarter certaines anomalies subtiles qui auraient été mal interprétées par les experts E. _____ / F. _____ à propos de l'amélioration dans le cadre d'une intoxication aux solvants. Ainsi, les experts H. _____ / I. _____ se bornent à mettre en cause l'appréciation médicale E. _____ / F. _____ plutôt que d'examiner l'état de santé de l'assuré au jour de l'expertise. En outre, ils dénie toute amélioration neuropsychologique, alors même que l'assuré leur a fait part d'une discrète amélioration de ses capacités dans le cadre de la mesure d'ordre professionnel qu'il a accomplie à 50% de mars 2012 à août 2013 (cf. rapport H. _____ du 18 juin 2013 p. 22 § 3 [Dossier LAA doc. 8 p. 1069/1590]).

En infirmant ainsi le diagnostic de syndrome psycho-organique d'intoxication aux solvants comme seule réponse à une évolution atypique de celui-ci, plutôt que de démontrer en quoi ce trouble aurait évolué favorablement et, le cas échéant, se serait amendé, avant de poser un nouveau diagnostic de trouble somatoforme douloureux sur les plaintes persistantes du recourant, le rapport d'expertise H. _____ / I. _____ ne démontre pas de manière convaincante en quoi une modification sensible de l'état de santé respectivement de la capacité de travail de l'assuré susceptible d'influencer de manière décisive son degré d'invalidité serait survenue depuis la décision initiale d'octroi de la rente. Faute de répondre aux réquisits jurisprudentiels prévalant en cas de révision du droit à la rente, le rapport précité ne saurait fonder la suppression du droit à la rente du recourant prononcée par la décision litigieuse du 7 octobre 2014.

14.

14.1 Aucune des autres pièces médicales au dossier, en particulier ni l'expertise Mm. _____ ni celle des Drs L. _____ et M. _____, ne saurait d'avantage fonder, à ce stade, la suppression du droit à la rente du recourant. A l'instar du rapport d'expertise H. _____ / I. _____, celles-ci se limitent à livrer une nouvelle appréciation globale de l'état de santé du recourant et à examiner s'il existe ou non un lien de causalité entre, d'une part les symptômes exprimés et les troubles diagnostiqués, d'autre part l'exposition professionnelle du recourant au trichloréthylène. Pour autant, elles n'examinent nullement pas plus qu'elles n'établissent une

éventuelle amélioration notable de l'état de santé respectivement de la capacité de gain du recourant.

14.2 Selon le rapport d'expertise du 17 juin 2016 des Drs L. _____ et M. _____ (médecins auprès du service de neurologie du Centre hospitalier N. _____ [Dossier LAA doc. 3 pp. 560-567/1590]), l'assuré rapporte une discrète amélioration sur le plan de la fatigue et des diarrhées, avec une stabilité de la situation. Il décrit un besoin de dormir onze à douze heures par nuit. En cas d'heures de sommeil inférieures à huit ou neuf, il souffre de nausées, diarrhées, céphalées et a besoin d'une sieste d'une à une heure et demie l'après-midi. La fatigue est accrue par les changements de température chaud/froid. L'expertisé se plaint de la persistance de glaires importantes le matin au réveil, associées à des expectorations jaunâtres. Il se dit rapidement irritable lorsqu'il est fatigué, mais nie des troubles de l'humeur, de la tristesse ou une perte d'intérêts dans ses loisirs. Il est capable de poursuivre durant environ quatre heures/jour, une activité de travail à domicile, en faisant le ménage.

A l'anamnèse et à l'évaluation neurologique, les experts ne détectent pas d'élément pathologique objectif et confirment l'absence d'atteinte neurologique objectivable. Ils ne retirent de la littérature aucune indication d'encéphalopathie ou de syndrome psycho-organique lié au trichloréthylène sans trouble neuropsychologique objectivable ou atteinte des nerfs crâniens associés. La symptomatologie en cause n'est pas due de manière prépondérante à une exposition continue aux solvants, en particulier au trichloréthylène, de sorte qu'une atteinte neurologique liée à l'exposition à cette substance est exclue.

Les experts en concluent que d'un point de vue strictement neurologique, l'assuré dispose d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Un probable syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré et la sinusite chronique peuvent contribuer à la fatigue diurne et à l'hypersomnie, de sorte qu'ils retiennent un syndrome d'apnées obstructives du sommeil comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Au chapitre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils désignent ceux d'hypercholestérolémie, de possible accident ischémique transitoire rétinien en 2015 sans spécification de latéralisation, de possible sinusite chronique (sinusites récidivantes entre 2006 et 2007, turbinectomie), d'hernie inguinale en 2010, de lobectomie thyroïdienne droite pour nodule chaud en 2009, de cholécystectomie en 2009, d'hallux valgus avec ostéosynthèse à droite, de diarrhées chroniques et de migraines sans aura.

14.3

14.3.1 Selon le rapport d'expertise des 7 mars 2018 et 23 août 2018 des Drs O._____, P._____, Q._____ et R._____ (médecins spécialisés dans la santé au travail [Dossier LAA doc. 3 pp. 216-266/1590 et doc. 3 pp. 180-183/1590]), l'anamnèse professionnelle du recourant évoque une exposition répétée et probablement intense au trichloréthylène, sans équipement de protection individuelle, durant la période de travail allant de 1991 à décembre 2008. Depuis le 19 décembre 2008, soit depuis neuf ans, l'expertisé n'est plus exposé à cette substance ou à un quelconque autre solvant, dans une activité professionnelle ou dans sa sphère privée. Ce nonobstant, il se plaint d'une fatigue persistante et de céphalées provoquées notamment par les fortes odeurs chimiques.

Selon les experts, les différents symptômes que l'assuré décrit depuis la fin de son activité professionnelle ne correspondent à aucun syndrome ni à aucune maladie clairement établis ou reconnus susceptibles d'être corrélés avec une exposition professionnelle. La persistance d'une fatigue et de céphalées presque neuf ans après la fin de l'exposition au trichloréthylène, en présence d'exams neurologiques et neuropsychologiques parfaitement normaux, ne corrobore pas le diagnostic de syndrome psycho-organique. La lithiase vésiculaire et le nodule thyroïdien n'entrent pas dans le cadre d'une maladie professionnelle. La stéatose hépatique diagnostiquée en 2017 n'est pas secondaire à l'exposition aux solvants subie par l'expertisé lors de son activité professionnelle, une biopsie hépatique réalisée en 2009 s'étant révélée normale. Il existe potentiellement une atteinte oto-rhino-laryngologique en 2009, mais un examen radiologique de 2010 décrivant des cavités sinusales normales ne permet pas de mettre ce diagnostic en lien avec une activité professionnelle précédant 2010. Le syndrome d'apnées du sommeil n'entre pas dans le cadre d'une maladie professionnelle, mais peut expliquer la fatigue présentée par l'assuré et nécessite la mise en place d'un traitement adapté. Le bilan pulmonaire se révèle dans les limites de la norme. L'assuré ne présente aucun syndrome typique d'intoxication aux métaux lourds. Le syndrome somatoforme douloureux et les migraines sans aura n'entrent pas dans le cadre de maladies professionnelles.

Ainsi, les experts ne retiennent aucun diagnostic consécutif à une exposition professionnelle antérieure et excluent toute incapacité de travail en rapport avec une maladie professionnelle. Au regard des données de la littérature et de l'expérience dans le domaine de la médecine du travail et

de la toxicologie professionnelle, les différentes plaintes, l'évolution et la présentation clinique de l'assuré ne peuvent être considérées à ce jour comme des séquelles d'une maladie professionnelle consécutive à une exposition chronique à des substances nocives durant la période de 1991 à 2008. La capacité de travail dans la profession habituelle de décolleteur est entière, sans baisse de rendement ni limitation horaire, étant précisé que cette activité devra être effectuée dans des conditions optimales et dans le respect des recommandations en termes de sécurité et de protection de la santé au travail. Faute de maladie professionnelle, toutes les fonctions et activités correspondant à l'âge et aux qualifications du recourant sont exigibles sans limitations horaires ou de rendement. Concernant le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyen, un traitement par pression positive continue est indiqué. Un éventuel diagnostic d'atteinte oto-rhino-laryngologique doit être clarifié et traité, le cas échéant.

14.3.2 Même s'ils ne procèdent pas à un examen de l'état de santé du recourant rétroagissant jusqu'à l'époque de la décision d'octroi de la rente du 21 octobre 2011, les experts circonscrivent leur examen à l'identification d'un diagnostic compatible avec les symptômes persistants du recourant et l'exposition professionnelle de ce dernier. Ils excluent le diagnostic de syndrome psycho-organique d'intoxication aux solvants dans le cadre d'une exposition chronique au trichloréthylène sans se déterminer sur le caractère réversible de ce trouble initialement considéré comme invalidant par décision du 21 octobre 2011. Dès lors qu'ils ne démontrent pas d'amélioration sensible de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, leur rapport d'expertise ne se révèle pas suffisamment probant dans le cadre d'une procédure de révision du droit à une rente d'assurance-invalidité.

14.3.3 Sous un autre angle, le recourant critique également la valeur probante du rapport IST, faisant valoir que les experts n'ont pas eu accès à l'intégralité du dossier SUVA, malgré leur demande. Des documents importants de ce dossier, des informations nécessaires, ainsi que la liste des métaux, des huiles et des produits chimiques auxquels le recourant avait été exposé, n'avaient pas été livrés aux experts, sans qu'il ne soit établi que ces documents et informations n'étaient pas accessibles (réplique ch. 5 [TAF pce 35]).

En réponse à ces critiques, les experts indiquent que le manque d'information concerne uniquement l'accès aux renseignements permettant de déterminer le niveau d'exposition aux substances chimiques

et la nature de celles-ci. Ce manque d'information avait été compensé par une démarche scientifique rigoureuse par laquelle avaient été évaluées toutes les substances auxquelles l'expertisé aurait potentiellement pu être exposé durant l'activité professionnelle mise en cause et qui avaient été détaillées dans le chapitre 6 intitulé « *Recherche de littérature et données disponibles concernant les différentes expositions professionnelles* ». Ils avaient ainsi pris en considération plus de substances que celles auxquelles l'assuré avait été réellement exposé. S'agissant du trichloréthylène, l'extrapolation des informations à disposition pour estimer le niveau d'exposition sur le milieu professionnel avait permis de conclure qu'une exposition au trichloréthylène au-delà des valeurs limites ne faisait aucun doute. Selon les experts, un accès à toutes les informations n'aurait probablement pas changé cette conclusion intermédiaire, mais juste pu la renforcer. Dans tous les cas, cela n'aurait pas changé leur conclusion finale portant sur l'absence de maladie professionnelle. En effet, malgré une exposition avérée au trichloréthylène et potentielle à des poudres de métaux et huiles de coupe, le problème principal du cas d'espèce résidait essentiellement en l'absence d'un diagnostic susceptible d'entrer en ligne de compte comme maladie professionnelle. Ainsi, leurs conclusions concernant la présence d'une maladie professionnelle auraient été identiques, même s'ils avaient eu accès au dossier complet (rapport Mm. _____ du 23 août 2018 [Dossier LAA doc. 3 pp. 180-183/1590]).

Attendu que ces considérations – décisives en matière d'assurance-accidents – ne le sont pas dans le cadre d'une procédure d'assurance-invalidité et qu'en tout état de cause, le rapport Mm. _____ ne permet pas de statuer sur la présente procédure de révision du droit à la rente (cf. consid. 14.1 et 14.3.2 supra), il n'y a pas lieu de traiter plus avant le présent grief du recourant.

15.

Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'en supprimant le droit à la rente du recourant sur la base de rapports d'expertise n'expliquant pas de manière convaincante (cf. consid. 8.3 supra) en quoi une modification sensible de l'état de santé respectivement de la capacité de travail serait survenue en faveur du recourant, l'OAIE a statué sur la base d'investigations incomplètes et n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur une éventuelle révision du droit à la rente, cela au mépris de son devoir d'instruction prévu à l'art. 43 LPGa. A défaut de se fonder sur des rapports d'expertise établissant une amélioration

sensible de l'état de santé respectivement de la capacité de travail du recourant, l'OAIE échoue à rapporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une diminution notable du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 7 ss supra). Il en supporte les conséquences. Dès lors que c'est à tort qu'il a supprimé le droit à la rente du recourant, il y a lieu d'annuler la décision entreprise du 7 octobre 2014 et de réintégrer le recourant dans son droit à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2014.

16.

Ainsi, le recours se révèle bien fondé.

16.1 Le recourant, qui obtient gain de cause, ne supporte pas de frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). Aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase PA).

16.2 Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause, une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Lorsque le Tribunal n'a pas reçu de décomptes (art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du Tribunal fédéral 2C_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), il fixe l'indemnité d'office, en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. En l'occurrence, il convient d'allouer au recourant une indemnité de dépens de 2'800 francs à charge de l'OAIE (frais compris; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF).

(le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision de l'OAIE du 7 octobre 2014 est annulée.

2.

Le recourant est rétabli dans son droit à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2014.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

4.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de 2'800.- francs à charge de l'autorité inférieure.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- 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 :

La greffière :

Caroline Gehring

Thiviya Asaipillai

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 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :