



Cour III
C-6867/2016

Arrêt du 25 juin 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Caroline Gehring, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Me Gloria Capt,
Rue de Bourg 20, Case postale 6711, 1002 Lausanne,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; suppression de la rente;
décision du 3 octobre 2016.

Faits :**A.**

A._____ est un ressortissant suisse, né le [...] 1974. Marié en [...] 1997, puis séparé en [...] 2012, il est père de deux enfants, nés en [...] 1997 et en [...] 2000. Après une formation de boulanger-pâtissier de 1990 à 1993, puis de vendeur en bijouterie de 1996 à 1998, il exerce la profession de conducteur de trolleybus-autobus auprès des B._____ à compter du 1^{er} août 2000 (OAIE doc 2, doc 117 p. 3).

B.

B.a A partir du mois de février 2002, l'intéressé se trouve ponctuellement en arrêt de travail, à 50% ou 100%, puis, dès le 23 juin 2003, en incapacité totale de travail, en raison de lombosciatalgies rebelles bilatérales sur discopathie à deux étages L4-L5 et L5-S1, les multiples traitements tentés n'ayant eu aucune répercussion favorable sur son état de santé (voir rapport de la Dre C._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'intéressé, du 2 août 2004 et annexes [OAIE doc 1], questionnaire pour l'employeur du 8 juillet 2004 [OAIE doc 4], rapport du Dr D._____ du 15 juillet 2004 [OAIE doc 8]).

B.b Le 25 mars 2004, A._____ dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI VD ; OAIE docs 2, 6). Sont versés au dossier dans ce cadre un rapport du 25 mars 2004 du Dr E._____, rhumatologue, qui ne retient pas de diagnostic de fibromyalgie (OAIE doc 1 p. 16 et 17), et un rapport du 20 septembre 2004 du Dr F._____, psychiatre traitant, qui note qu'il n'y a ni diagnostic psychiatrique, ni restriction pour des motifs psychiatriques, influençant la capacité de travail (OAIE doc 7).

B.c Le 27 septembre 2004, l'intéressé subit une spondylodèse L4-S1 (voir rapport du Dr G._____ du 3 décembre 2004 à l'OAI VD et les rapports joints [OAIE doc 10]). Le Dr G._____, chirurgien orthopédiste au H._____, qui a réalisé l'opération, conclut qu'il s'agit d'un échec chirurgical et que son patient présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Si dans un premier temps, le Dr G._____ considère que la capacité de travail pourrait être de 50% dans une activité adaptée, permettant des changements fréquents de position, et qu'un stage d'évaluation professionnelle serait judicieux (rapports des 25 février, 26 avril et 11 août 2005 [OAIE docs 12, 14, 23 p. 2]), il estime par la suite, au vu de l'aggravation des lombalgies et de la raideur du rachis, que l'intéressé n'est plus en mesure d'effectuer un tel stage, la position debout

ou assise lui étant impossible pendant plus de quelques minutes (rapports des 6 et 7 octobre 2005 [OAIE doc 27]).

B.d Du 30 janvier au 17 février 2006, l'intéressé bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité du rachis et réhabilitation de I._____. Le Dr J._____, chef de clinique du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de H._____, note que la prise en charge physiothérapeutique a été extrêmement difficile pour le patient, qui reste très limité vu les importantes douleurs, et qu'il n'y a pas d'autres propositions thérapeutiques à ce stade (rapport du 20 mars 2006 [OAIE doc 38 p. 1 à 3]).

B.e Le 1^{er} mai 2006, un examen rhumatologique est réalisé par le Dr K._____, rhumatologue auprès du Service médical régional AI (SMR) Suisse romande. Le Dr K._____ retient le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après spondylodèse antérieure L4-S1 et status après stabilisation par greffe postérieure L4-S1. Il conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 22 mai 2003 et à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles mises en évidence, dès le début du mois d'avril 2005, soit six mois après l'intervention chirurgicale (rapport du 25 juillet 2006 [OAIE doc 43]). Dans son rapport d'examen SMR, daté du 10 août 2006, le Dr L._____, médecin SMR, suit les conclusions du Dr K._____ (OAIE doc 46).

B.f Suite à un entretien avec l'OAI VD en septembre 2006, lors duquel l'intéressé soutient qu'il est totalement incapable de travailler et qu'il s'opposera à l'octroi d'une rente partielle (voir rapport final de l'OAI VD du 11 septembre 2006 [OAIE doc 49]), celui-ci transmet à l'OAI VD de nouveaux documents médicaux (voir notamment rapports du Dr M._____, neurochirurgien, du 22 juin 2006, du Dr N._____, neurochirurgien, des 2 et 23 novembre 2006, du Dr O._____, chirurgien orthopédique au P._____, des 14 décembre 2006 et 11 janvier 2007 [OAIE docs 21, 53, 57, 58, 66]), dont il ressort notamment qu'une chirurgie de révision est envisagée au P._____ par le Dr O._____, en raison d'une pseudarthrose L4-S1. Un nouvel avis médical est sollicité par le SMR (OAIE doc 60), auprès du Dr O._____, lequel, dans un rapport du 20 mars 2007 (OAIE doc 66), considère que tant l'activité habituelle que toute autre activité sont actuellement impossibles vu les douleurs constantes ressenties.

Se fondant sur ce rapport, le Dr L._____ estime qu'il convient d'admettre, contrairement à son avis du 10 août 2006, une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 22 mai 2003 (avis médical du 12 avril 2007 [OAIE doc 69]).

B.g Le 22 juin 2007, l'intéressé subit une cure de chirurgie de pseudarthrose effectuée au P._____ (OAIE doc 83 p. 5 à 7).

B.h Par décision du 19 juillet 2007 (OAIE doc 84), l'OAI VD reconnaît à l'intéressé le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2004, correspondant à un degré d'invalidité de 86%.

C.

En décembre 2008, l'OAI VD entreprend une première procédure de révision d'office de la rente de l'intéressé, qui se conclut par une communication de l'OAI VD du 1^{er} septembre 2009 maintenant la rente entière (OAIE doc 94). Les rapports de la Dre C._____ (du 9 février 2009 [OAIE doc 89 p. 2 à 4]) et du Dr O._____ (post-opératoires, des 8 octobre 2007, 20 décembre 2007 et 10 juillet 2008 [OAIE doc 83 p. 11 à 13]; voir également rapport du 26 juin 2009 [OAIE doc 101 p. 14]) montrent l'échec des thérapies chirurgicales, la présence persistante des lombalgies et l'apparition, suite à la cure de chirurgie de pseudarthrose en juin 2007, de douleurs neurogènes, avec également une éjaculation rétrograde; un traitement médicamenteux lourd (opiacé) est dès lors nécessaire. L'intéressé est limité dans sa vie quotidienne, et on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

D.

Le 2 octobre 2012, l'intéressé se fracture le 5^e métatarsien du pied droit. Cet accident nécessite le port d'un plâtre pendant un mois, suivi d'une thrombose veineuse profonde (TVP) au membre inférieur droit, puis d'une maladie de Sudeck (rapports des 12 novembre 2012, 26 décembre 2012 et 29 janvier 2013 du service d'angiologie ambulatoire de H._____ et résultats d'IRM de la cheville droite du 16 novembre 2012 [OAIE doc 101 p. 17 à 23]; résultats d'IRM du pied droit du 6 mars 2013 [Dr Q._____ ; OAIE doc 101 p. 15 et 16]).

E.

E.a En février 2014, l'OAI VD entreprend une deuxième procédure de révision d'office de la rente AI de l'intéressé (voir notamment questionnaire pour la révision de la rente, du 19 février 2014 [OAIE doc 98]). Interrogée dans ce cadre, la Dre C._____ relève dans son rapport du 21 avril 2014

(OAIE doc 101 p. 1 à 3) qu'il n'y a pas d'évolution notable de l'état de santé, des limitations fonctionnelles et des incapacités de travail de son patient, qui sont toujours totales, ainsi que du traitement appliqué, à base de médicaments. Egalement questionné, le Dr O. _____ répond à l'OAI VD le 23 septembre 2014 qu'il n'a plus revu l'intéressé depuis 2012 (OAIE doc 110).

E.b Le 5 avril 2015, l'intéressé informe l'OAI VD qu'il quittera la Suisse pour le Togo le 31 mai 2015 (OAIE doc 117).

E.c Sur la base des nouveaux éléments au dossier, qui ne permettraient pas d'écarter une amélioration de l'état de santé (avis médical du 16 avril 2015 du Dr R. _____, médecin généraliste SMR [OAIE doc 120]), il est décidé de réaliser un examen de l'intéressé auprès du SMR le 29 mai 2015. Dans son rapport du 4 juin 2015 (OAIE doc 97), le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, retient le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre d'une spondylodèse de L4 à S1 et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de douleurs épitrochléennes bilatérales dans le cadre d'un status après transposition des nerfs cubitiaux aux deux coudes et de status après fracture de la base du 5^e métatarse du pied droit, compliquée d'une TVP du membre inférieur droit et d'une algoneurodystrophie actuellement résolue. Il observe une amélioration sur le plan clinique par rapport à l'examen rhumatologique du Dr K. _____, allant de pair avec une amélioration sur le plan radiologique, suite à la deuxième intervention chirurgicale. Il constate toutefois qu'il subsiste une intolérance mécanique de la colonne lombaire inférieure dans le cadre de la spondylodèse, qui rend l'activité de chauffeur de bus inexigible ; par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il décrit, la capacité de travail de l'intéressé est estimée à 75%, et ce, dès le 23 décembre 2014, date d'un voyage de l'intéressé au Togo.

E.d En juin 2015, le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), en raison du départ de l'intéressé pour le Togo (OAIE docs 82, 126).

E.e Sur la base des conclusions du Dr S. _____, une comparaison des revenus est effectuée en application de la méthode générale, mettant en évidence un taux d'invalidité de 44% dès le 23 décembre 2014 (OAIE doc 132).

E.f Invité par l'OAIE à évaluer le dossier de l'intéressé (OAIE doc 133), le Dr T. _____, rhumatologue auprès du service médical de l'OAIE, estime,

dans sa prise de position du 2 septembre 2015 (OAIE doc 134), que l'examen mené par le Dr S._____ est de bonne qualité. Il confirme les limitations fonctionnelles mises en évidence par l'examineur et rejoint les conclusions de ce dernier, considérant cependant que l'amélioration de l'état de santé permettant une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée ne débute que le jour de l'examen clinique du Dr S._____, soit le 29 mai 2015 (voir également avis médical du 18 juin 2015 du Dr R._____ et rapport final du 23 juillet 2015 du Dr U._____, médecin généraliste auprès du SMR Rhône : les deux médecins reprennent les conclusions du Dr S._____ [OAIE docs 126, 130]).

E.g Dans son projet de décision du 27 janvier 2016 (OAIE doc 137), l'OAIE signifie à l'intéressé qu'il n'existe plus aucun droit à une rente d'invalidité, les quarts de rente n'étant pas exportables au Togo.

E.h Le 31 mars 2016, l'intéressé, représenté par Me Gloria Capt, conteste le projet de décision du 27 janvier 2016 et requiert le maintien de sa rente entière d'invalidité (OAIE doc 171). Il verse au dossier, outre divers documents médicaux en provenance du Togo (OAIE doc 162 p. 2 à 8 et p. 24 à 26, doc 183 p. 4 à 24), les réponses des 18 et 29 mars 2016 de la Dre C._____ et du Dr O._____ aux questions posées par sa représentante dans le cadre de la procédure d'audition (OAIE doc 166). Si la Dre C._____ estime qu'un taux d'activité de 75% est illusoire dans les activités de substitution proposées par les médecins AI, le Dr O._____ note que ces activités paraissent raisonnables, mais qu'il faudrait effectuer une expertise médicale pour tester l'endurance professionnelle du patient et mieux déterminer l'influence de ses problèmes médicaux sur ses capacités professionnelles (OAIE docs 167 et 170).

E.i Invités à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, la Dre V._____, spécialiste en médecine interne et néphrologie auprès du service médical de l'OAIE, et le Dr T._____ concluent tous deux que cette documentation ne contient pas d'éléments justifiant une modification des conclusions précédentes des Drs T._____ et S._____, les courriers des Drs C._____ et O._____ constituant des appréciations personnelles de la situation et non pas des rapports médicaux (prises de position des 1^{er} et 11 août 2016 [OAIE docs 186 et 188]).

E.j Dans un document du 5 septembre 2016 (OAIE doc 190), les spécialistes du marché du travail de l'OAIE, en charge de l'évaluation de l'invalidité, confirment l'abattement de 10% retenu dans le calcul du taux d'invalidité de l'intéressé.

E.k Par décision du 3 octobre 2016 (OAIE doc 192), l'OAIE confirme son projet de décision du 27 janvier 2016 et supprime la rente d'invalidité de l'intéressé à partir du 1^{er} décembre 2016.

F.

F.a Le 7 novembre 2016, l'intéressé interjette recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Il conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif du recours, principalement à l'annulation de la décision contestée et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision. Il requiert, à titre de preuves complémentaires, une expertise, l'audition des parties, l'audition de témoins et la production de pièces, ainsi que la fixation de débats. Il sollicite enfin l'assistance judiciaire totale (TAF pces 1, 2).

Le recourant allègue, à l'appui de ses conclusions, que le calcul du taux d'invalidité est arbitraire, la réduction de 10% du salaire d'invalidité n'étant ni motivée, ni réaliste ; il soutient en outre qu'il n'y a aucune amélioration de son état de santé ; enfin, il fait valoir qu'il lui est impossible d'effectuer les activités de substitution proposées par l'OAIE, incompatibles avec les limitations dont il souffre. Il considère par ailleurs qu'il y a excès du pouvoir d'appréciation de l'autorité, voire abus, du fait que la décision litigieuse se fonde sur les conclusions du rapport du Dr S. _____, lequel aurait basé son appréciation sur le voyage en avion effectué pour se rendre au Togo ; il estime qu'il aurait dû être examiné par un rhumatologue, ce que n'est pas le Dr S. _____, et que l'autorité inférieure s'est basée sur une constatation incomplète des faits ; il invoque enfin la violation de son droit d'être entendu puisqu'il n'aurait pas été interrogé par le Dr S. _____ sur sa propre estimation de sa capacité de travail (TAF pce 1).

F.b Le 13 décembre 2016, le Tribunal administratif fédéral rejette la requête du recourant tendant à la restitution de l'effet suspensif du recours (TAF pce 5 ; voir également réponse de l'OAIE du 28 novembre 2016 [TAF pce 4]).

Le 20 mars 2017, le Tribunal octroie au recourant l'assistance judiciaire totale et nomme Me Capt avocate d'office dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 8).

F.c Par réponse du 23 janvier 2017 (TAF pce 7), l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il soutient notamment que l'examen mené par le Dr S. _____ remplit les conditions pour se voir accorder une pleine valeur probante, et que c'est à juste titre que l'Office a

retenu un abattement de 10% du salaire d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas.

F.d Les parties persistent dans leurs conclusions par réplique du 4 mai 2017 (TAF pce 10) et duplique du 29 mai 2017 (TAF pce 12).

F.e Sollicité par le Tribunal de céans (TA pce 14), le recourant, par écriture du 14 janvier 2019 (TAF pce 15), déclare maintenir sa requête tendant à sa propre audition et à l'audition de témoin en la personne de la Dre C._____, ainsi que ses réquisitions en expertise et en production de pièces pour autant que de besoin. Il renonce à la fixation de débats publics.

Droit :

1.

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32) en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (RS 172.021 ; art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 3 octobre 2016 par laquelle l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité du recourant par voie de révision.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^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). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE 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 ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ 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) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 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 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

4.2 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 3 octobre 2016). 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).

5.

5.1 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 (art. 8 LPGa et 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée 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. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). Ainsi, l'objet assuré par l'AI suisse n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e phrase LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière si elle est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit en outre que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, cette restriction n'étant toutefois pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou de l'Union européenne (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 [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]). En l'espèce, dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse, réside depuis juin 2015 au Togo, il ne pourra se voir allouer une rente correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50%.

6.

6.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale.

Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

6.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

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

6.2.2 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 43 ad art. 57).

6.2.2.1 Les SMR peuvent procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. L'expert doit 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 ; arrêt du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; RCC 1987 p. 36 ; SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 11 ad art. 31).

6.2.2.2 Quant aux prises de position des SMR et du service médical de l'OAIE, elles doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR : arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 7 et 42 ss ad art. 57 et n. 2 ad art. 59). Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3).

6.2.3 S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patient-e-s, avec lequel-le-s ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son ou sa patient-e, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Cela étant, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007 publié *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié *in* SVR 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; MICHEL VALTERIO, *op. cit.*, n. 48 et 49 ad art. 57).

7.

7.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du ou de la bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, tout changement notable de l'état de fait apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a), en ce sens qu'elles

entraînent une modification du droit à la rente (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 11 ss ad art. 31).

7.2 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt du TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 4.2 ; ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., n. 19 ad art. 31).

7.3 En l'espèce, la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 19 juillet 2007 octroyant à l'intéressé, à partir du 1^{er} mai 2004, une rente entière d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 86% (OAIE doc 84) et ceux qui ont existé jusqu'au 3 octobre 2016, date de la décision litigieuse supprimant la rente (OAIE doc 192), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal.

En effet, la décision d'octroi de rente du 19 juillet 2007 a été le résultat d'une procédure d'instruction, au cours de laquelle l'OAI VD, après avoir examiné les rapports médicaux des médecins traitants de l'intéressé, a requis un examen médical approfondi sous la forme d'un examen rhumatologique réalisé auprès du SMR en mai 2006 (rapport du 25 juillet 2006 [OAIE doc 43]), puis l'avis du chirurgien orthopédique traitant le recourant (rapport du 20 mars 2007 [OAIE doc 66] ; voir également avis médical du SMR du 25 janvier 2007 [OAIE doc 60]), afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée. L'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle, auxquelles le recourant s'est opposé, s'estimant totalement incapable de travailler, a également été discutée dans ce cadre (rapport du 12 juillet 2005, note d'entretien du 16 septembre 2005, rapport du 11 septembre 2006 [OAIE docs 22, 26, 49]). Sur la base des conclusions des médecins et compte tenu de l'impossibilité de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle, l'OAI VD a alors déterminé le degré d'invalidité du recourant, s'élevant à 86% (OAIE doc 72, doc 74 p. 7), et alloué à celui-ci une rente entière d'invalidité.

La communication ultérieure, du 1^{er} septembre 2009 (OAIE doc 94), rendue suite à une première révision de rente, s'avère par contre n'être

qu'une confirmation formelle du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, suite au constat, par l'OAI VD, d'une situation demeurée inchangée (fiche d'examen du 1^{er} septembre 2009 [OAIE doc 93]), constat basé sur des rapports du médecin traitant et du chirurgien traitant (OAIE doc 83) requis par l'Office AI.

8.

Il ressort du dossier que pour rendre sa décision du 19 juillet 2007 allouant au recourant une rente entière d'invalidité (OAIE doc 84), l'OAI VD s'est fondé sur les avis du Dr L. _____, médecin du SMR, lesquels reposaient avant tout sur le rapport du 25 juillet 2006 établi par le Dr K. _____, rhumatologue auprès du SMR, suite à l'examen de l'intéressé le 1^{er} mai 2006, rapport complété ensuite, au vu de l'évolution de l'état de santé du recourant, par le Dr O. _____, chirurgien orthopédiste, dans un rapport du 20 mars 2007.

8.1 Dans son rapport (OAIE doc 43), le Dr K. _____ indiquait notamment que le recourant se plaignait essentiellement de lombalgies, et accessoirement de douleurs intermittentes de la face postérieure du membre inférieur gauche irradiant habituellement jusqu'au genou et rarement jusqu'à mi-mollet, de douleurs des deux épitrochlées ayant fait suite à une transposition des nerfs cubitiaux aux deux coudes, et d'une hypoesthésie de la face radiale des deux dernières phalanges du quatrième doigt droit, suite à une réparation chirurgicale de ce doigt. Le rhumatologue notait des douleurs à la palpation des apophyses épineuses de L3 au sacrum, de la crête iliaque gauche ainsi que des masses musculaires fessières gauches, des troubles statiques du rachis, une mobilité cervicale un peu diminuée en flexion, et une mobilité lombaire très diminuée, des lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, et des troubles de la sensibilité algique de la face interne de la jambe gauche et de la face externe du pied gauche. Il observait en particulier une déambulation normale dans la salle d'examen, un accroupissement rapide et complet, le relèvement se faisant sans aide extérieure, et une marche sur la pointe du pied et sur le talon possible des deux côtés ; la distance doigts-sol était de 69 cm. A propos du dossier radiologique, le Dr K. _____ faisait état en particulier d'un déplacement antérieur du greffon intervertébral L4-L5 suite à l'intervention chirurgicale réalisée le 27 septembre 2004.

Sur cette base, le Dr K. _____ retenait le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après spondylodèse antérieure L4-S1 et status après stabilisation par greffe postérieure L4-S1,

et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de douleurs épitrochléennes bilatérales dans le cadre d'un status après transposition des nerfs cubitaux aux deux coudes, de cervico-scapulalgies gauches dans le cadre de troubles statiques du rachis et de status après réparation chirurgicale d'une lésion nerveuse du quatrième doigt droit. Il relevait le résultat mitigé de la spondylodèse, pouvant expliquer un certain nombre des douleurs de l'intéressé. Il concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 22 mai 2003, puis, dès début avril 2005, soit six mois après l'intervention chirurgicale, à une capacité de travail de 50%, dans une activité adaptée, permettant d'alterner trois fois par heure la position assise et la position debout, et évitant le soulèvement régulier de charges supérieures à cinq kilos, le port régulier de charges supérieures à dix kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; l'incapacité demeurait totale dans l'activité habituelle de conducteur de bus. Le Dr K. _____ expliquait à cet égard que la capacité dans une activité adaptée était limitée à 50% en raison du résultat mitigé de l'intervention chirurgicale et de la présence de troubles neurologiques, notamment sous forme de troubles sensitifs de la face externe du pied gauche et de la face interne de la jambe gauche.

8.2 Dans son rapport du 20 mars 2007 (OAIE doc 66 p. 4 et 5), établi à la demande du Dr L. _____, en accord avec le Dr K. _____ (voir avis médical du 25 janvier 2007 [OAIE doc 60]), compte tenu de l'évolution des atteintes dont souffrait l'intéressé (pseudarthrose), le Dr O. _____ notait plus particulièrement des douleurs compatibles avec une instabilité lombaire, une distance doigt/sol à plus de 50cm, des difficultés importantes au redressement, des rotations possibles sans trop de douleur, mais des mouvements de flexion-extension et bending latéraux de la colonne vertébrale lombaire impossibles à exécuter. Il relevait en outre, cliniquement, une attitude de raideur lombaire basse avec, très certainement, une appréhension importante, et indiquait que les positions prolongées debout et, en particulier, assises de plus de 15 à 30 minutes étaient très mal supportées par le patient. Le Dr O. _____ estimait que la profession habituelle de conducteur de transports publics était impossible, comme l'était à son avis toute autre activité manuelle ou administrative, même avec possibilité de changer régulièrement de position, au vu de l'influence des douleurs constantes ressenties par l'intéressé sur sa capacité physique et de concentration. Le chirurgien signalait enfin qu'une option thérapeutique chirurgicale était discutée, pour améliorer éventuellement la symptomatologie douloureuse.

8.3 Dans son rapport d'examen du 10 août 2006 (OAIE doc 46), le Dr L. _____ reprenait les diagnostics avec et sans répercussion sur la

capacité de travail retenus par le Dr K._____, et dans son avis du 12 avril 2007 (OAIE doc 69), il concluait, suivant le Dr O._____, à une capacité de travail nulle de l'intéressé dans toute activité dès le 22 mai 2003, à tout le moins jusqu'au résultat de l'opération envisagée par le chirurgien afin de traiter la pseudarthrose, diagnostic déterminé après l'examen du Dr K._____.

9.

Par la suite, lors de la première révision de la rente, entreprise en décembre 2008 afin de déterminer, en particulier, les effets de la chirurgie de cure de pseudarthrose L4-L5 et L5-S1 réalisée en juin 2007 par le Dr O._____ (voir OAIE doc 83 p. 5 à 7), l'OAI VD a constaté que l'invalidité du recourant ne s'était pas modifiée et a maintenu la rente entière d'invalidité de l'intéressé (fiche d'examen AI et communication du 1^{er} septembre 2009 [OAIE docs 93, 94]). L'Office AI s'est fondé, pour ce faire, sur un rapport du Dr O._____ du 10 juillet 2008, soit environ un an après l'intervention chirurgicale, et un rapport du 9 février 2009 de la Dre C._____. Dans son rapport, le Dr O._____ indiquait que son patient présentait toujours des lombalgies et que l'évolution post-opératoire avait été marquée par l'apparition de douleurs neurogènes au niveau du plexus lombo-sacré et à l'abord chirurgical, avec également une éjaculation rétrograde, toujours existantes à ce jour ; le traitement médicamenteux à base d'opiacé devait être poursuivi quotidiennement (OAIE doc 83 p. 11). Quant à la Dre C._____, elle faisait état de lombalgies permanentes, de douleurs neurogènes au niveau du plexus lombo-sacré, de claudication neurogène, de dysesthésies au niveau des membres inférieurs et d'éjaculation rétrograde. Elle relevait que l'intéressé devait changer constamment de position et se coucher pour diminuer les douleurs, qu'il était limité dans sa vie quotidienne, et concluait à une incapacité totale de travailler. Elle notait enfin l'échec des thérapies chirurgicales et la nécessité d'un traitement médicamenteux lourd pour l'intéressé (OAIE doc 89 p. 2 à 4).

10.

La décision litigieuse supprimant la rente du recourant se base quant à elle essentiellement sur le rapport du 4 juin 2015 établi par le Dr S._____ suite à l'examen clinique réalisé le 29 mai 2015 auprès du SMR (OAIE doc 97), ainsi que sur les prises de position du service médical de l'OAIE, soit avant tout sur celles du Dr T._____ (prises de position des 2 septembre 2015 et 11 août 2016 [OAIE docs 134, 188]). Or, à la lecture de ce rapport et de ces prises de position, le Tribunal de céans constate qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions du Dr S._____.

confirmées par le Dr T._____, lesquels mettent en évidence une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant.

11.

Le rapport du 4 juin 2015 du Dr S._____ (OAIE doc 97) satisfait en effet aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux (voir *supra* consid. 6.2.1 et 6.2.2).

11.1 Tout d'abord, ledit rapport tient compte des éléments au dossier à disposition de l'examineur (OAIE doc 97 p. 1 à 3, p. 7, p. 8), lequel s'est fondé sur les documents médicaux versés aux actes au moment de l'octroi initial de la rente et lors de la première révision de celle-ci, ainsi que sur les nouvelles pièces ajoutées au dossier, datant de 2013 et 2014, dont le rapport de la Dre C._____ du 21 avril 2014 (OAIE doc 101 p. 1 à 3) et une radiographie de la colonne vertébrale du 11 mai 2015. Celle-ci est venue compléter le dossier radiologique et montre que le matériel de la spondylodèse, effectuée en septembre 2004 et ayant nécessité une chirurgie de reprise en juin 2007, est maintenant en place. A cet égard, le Dr T._____, dans sa prise de position du 2 septembre 2015, note qu'il s'agit là d'un des éléments d'amélioration de l'état de santé du recourant mis en évidence par le Dr S._____, les radiographies actuelles ne présentant pas de dégradation radiologique ni de signes d'instabilité des greffons (OAIE doc 134 p. 3). Le Dr S._____ était donc en pleine connaissance du dossier médical déterminant au moment de son examen.

11.2 Le Dr S._____ a ensuite procédé à une anamnèse familiale, professionnelle, personnelle, actuelle, par système, médicamenteuse et psychosociale du recourant (OAIE doc 97 p. 3 en bas à p. 6 en haut) et dûment noté les plaintes de ce dernier (OAIE doc 97 p. 4 et 5). A cet égard, on peut relever en particulier que l'intéressé signale principalement une douleur lombaire constante, forte en position assise, lors d'activités de ménage, des emplettes ou lors de ramassage d'objets au sol, avec parfois une douleur de la cuisse et du mollet gauches mais beaucoup moins forte qu'au niveau lombaire. Lorsque la douleur est forte, l'intéressé dit qu'il doit se coucher, la forte douleur pouvant durer d'un jour à une semaine. Lorsqu'il est assis, le recourant indique ressentir une chaleur du pied gauche et une douleur du mollet jusqu'à la partie postérieure de la cuisse. L'intéressé déclare en outre qu'il passe environ dix bonnes nuits par mois, durant lesquelles il n'est pas réveillé par la douleur lombaire, et qu'au lever, il n'y a pas de dérouillage matinal. Il ne mentionne pas d'autres douleurs ostéoarticulaires. S'agissant du traitement médicamenteux, seul traitement encore suivi par l'intéressé, le Dr S._____ note 7 à 10 gouttes de Morphine, de 0 à 7 fois par jour, le recourant lui signalant qu'il n'en a pas

besoin 5 à 6 jours par mois, et de l'Aspegic 1000 mg, en moyenne deux sachets par mois.

11.3 Le Dr S. _____ a par ailleurs mené un examen clinique détaillé (OAIE doc 97 p. 6 et 7). Celui-ci a conduit l'examineur à constater, notamment, une marche sans boiterie, une marche sur les talons et la pointe des pieds réussie, la montée d'un étage d'escaliers d'un pas rapide, sans appui, un accroupissement profond, le redressement ne nécessitant pas d'appui. Il observe par ailleurs des changements de position assis/debout/coucher rapides et relève que la position assise est maintenue pendant 25 minutes avant que l'intéressé ne se lève un moment ; le déshabillage et l'habillage s'effectuent de manière fluide. Au niveau du rachis, le Dr S. _____ relève notamment que la palpation de la colonne vertébrale et de la musculature par rachidienne est indolore, que la distance doigts-sol est de 27 cm, le Schober lombaire étant de 10-13 cm, la mobilité cervicale est ample et indolore, la mobilité lombaire étant légèrement diminuée dans tous les axes, la trophicité musculaire est bonne et la force conservée. Au niveau des coudes, le Dr S. _____ signale qu'il subsiste des paresthésies, qui ne gênent toutefois par l'intéressé. Enfin, concernant la fracture du 5^e métatarsien du pied droit en octobre 2012, suivie d'une TVP et d'une algoneurodystrophie, le Dr S. _____ signale que les atteintes sont maintenant résolues.

11.4 Sur cette base, le Dr S. _____, dans son rapport du 4 juin 2015, a mené une discussion convaincante sur la situation médicale et les points litigieux, de même que sur les modifications survenues de l'état de santé depuis l'octroi, puis le maintien de la rente entière d'invalidité (OAIE doc 97 p. 8 à 10). Ainsi, l'examineur, reprenant ses observations cliniques et les résultats des radiographies à sa disposition, et les comparant à l'examen du Dr K. _____ en particulier, conclut à une amélioration des douleurs et de la clinique, allant de pair avec une amélioration sur le plan radiologique (OAIE doc 97 p. 9), conclusion à laquelle le Tribunal adhère.

11.4.1 En effet, le Dr S. _____ note l'absence de douleurs à la palpation de la colonne vertébrale et de la musculature par rachidienne, alors que le Dr K. _____ constatait des douleurs à la palpation des apophyses épineuses lombaires et de la musculature fessière gauche (OAIE doc 43 p. 4) ; le Dr S. _____ observe une progression de la mobilité lombaire avec un Schober passé de 11.5 (OAIE doc 43 p. 4) à 13 cm, la distance doigts-sol ayant diminué de 69 cm (OAIE doc 43 p. 4) – plus de 50 cm selon le rapport du Dr O. _____ du 20 mars 2007 (OAIE doc 66 p. 4) – à 27 cm ; le Dr K. _____ notait d'ailleurs une mobilité lombaire très diminuée (OAIE doc 43 p. 6) et signalait de fortes douleurs lombaires qui

irradiaient parfois à la face postérieure de la cuisse gauche jusqu'au genou et plus rarement jusqu'à mi-mollet (OAIE doc 43 p. 2 et 5), tandis que le rapport du Dr S. _____ indique que l'intéressé se plaint principalement d'une douleur lombaire avec parfois une douleur de la cuisse et du mollet gauche, mais beaucoup moins forte qu'au niveau lombaire. S'agissant du traitement médicamenteux, il ressort du rapport du Dr S. _____ une diminution de la consommation d'opiacé, l'intéressé passant environ 5 à 6 jours par mois sans antalgiques, alors qu'au moment de l'examen du Dr K. _____, le recourant prenait quotidiennement du Temgésic (OAIE doc 43 p. 3), que selon le rapport de la Dre C. _____ du 9 février 2009, le traitement consistait alors en du Durogésic patch 25 mgr tous les trois jours et 0.7 ml de Morphine quatre à cinq fois par jour (OAIE doc 89 p. 3) et qu'en avril 2014 encore, du Targin était prescrit deux fois par jour (OAIE doc 101 p. 2). On peut également relever que l'intéressé déclare au Dr S. _____ passer environ dix bonnes nuits par mois, durant lesquelles il n'est pas réveillé par la douleur lombaire, et qu'au lever, il n'y a pas de dérouillage matinal alors que selon le rapport du Dr K. _____, le recourant signalait à l'époque un à deux réveils nocturnes par nuit en raison des douleurs, ainsi qu'une raideur matinale lombaire de dix minutes (OAIE doc 43 p. 2). Par ailleurs, si, comme le Dr K. _____ (OAIE doc 43 p. 4), le Dr S. _____ note une marche sans boiterie, une marche sur les talons et la pointe des pieds réussie, la montée d'un étage d'escaliers d'un pas rapide, sans appui, et un accroupissement profond, le redressement ne nécessitant pas d'appui, il observe pour sa part des changements de position assis/debout/coucher rapides et relève que la position assise est maintenue pendant 25 minutes avant que l'intéressé ne se lève, tandis que le Dr K. _____ notait que le recourant restait peu assis durant l'entretien, passant la plupart du temps debout ; de même, le déshabillage et l'habillage s'effectuent de manière fluide selon le Dr S. _____, tandis que le Dr K. _____ observait un évitement d'antéflexion du tronc (OAIE doc 43 p. 3).

11.4.2 Cette amélioration, constatée par rapport à l'examen du Dr K. _____ du 1^{er} mai 2006, lequel s'avère le plus détaillé parmi les documents figurant au dossier au moment de l'octroi de la rente au recourant, apparaît d'autant plus franche si on la compare aux observations du Dr O. _____ faites dans ses rapports du 14 décembre 2006 et 20 mars 2007 (OAIE doc 57, doc 66 p. 4 et 5), dans lesquels il est fait état de lombalgies quotidiennes et continues, irradiant dans les fesses des deux côtés et parfois jusqu'au genou gauche, une distance doigts/sol de plus de 50 cm avec des douleurs immédiates au niveau lombaire et un redressement douloureux et difficile, les mouvements de flexion-extension et bending latéraux de la colonne lombaire étant

impossibles à exécuter. Dans son rapport du 10 juillet 2008, soit à un an de la reprise chirurgicale pour pseudarthrose, le Dr O. _____ note que son patient présente toujours des lombalgies et que le traitement médicamenteux consiste encore en du Durogésic patch tous les trois jours et de la Morphine 1% une fois par jour (OAIE doc 83 p. 11).

11.5 Sur la base de ces constats, le Dr S. _____ a retenu de façon convaincante le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre d'une spondylodèse de L4 à S1, diagnostic reflétant l'amélioration constatée de l'état de santé puisqu'au moment de l'octroi de la rente entière, le diagnostic principal retenu était celui de lombosciatalgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis (voir rapport d'examen SMR du Dr L. _____ du 10 août 2006 [OAIE doc 46]) et que dans le cadre de la première révision de la rente, il était fait état de lombalgies persistantes et claudication neurogène après double chirurgie lombaire et pseudarthrose L4-S1 (voir rapport du 9 février 2009 de la Dre C. _____ et fiche d'examen du 1^{er} septembre 2009 [OAIE doc 89 p. 2, doc 93]). Le diagnostic de douleurs épitrochléennes bilatérales dans le cadre d'un status après transposition des nerfs cubitiaux aux deux coudes est, quant à lui, comme auparavant, sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr S. _____ expliquant que s'il existe des paresthésies aux niveau des coudes, la gestuelle spontanée est libre, la mobilité des coudes complète, la force et la sensibilité des membres supérieurs conservées et que le status après opération du canal cubital en 2003 ne justifie donc pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur. Quant à la fracture du 5^e métatarsien du pied droit en octobre 2012, suivie d'une TVP et d'une algoneurodystrophie, le Dr S. _____ retient qu'elle justifiait une incapacité de travail totale depuis la date de la fracture jusqu'à la résolution de l'algoneurodystrophie, soit durant sept à neuf mois après la fracture, mais qu'il s'agit dès lors d'un diagnostic sans effet sur la capacité de travail, l'algoneurodystrophie étant dorénavant résolue (OAIE doc 97 p. 8, p. 9 en bas, p. 10 en haut ; voir à cet égard, notamment, le rapport du 29 janvier 2013 du Dr W. _____ [OAIE doc 101 p. 17 et 18]).

11.6 Pour finir, le rapport du 4 juin 2015 contient des conclusions motivées sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'intéressé (OAIE doc 97 p. 9 et 10). Le Dr S. _____ indique à cet égard que malgré l'amélioration de l'état de santé, il subsiste une intolérance mécanique de la colonne lombaire inférieure dans le cadre de la spondylodèse, faisant de la position assise prolongée une contrainte excessive pour la colonne lombaire. Cela a pour conséquence que l'activité habituelle de chauffeur de bus demeure inexigible, mais que dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles de la colonne lombaire, se déroulant en position debout, avec possibilité de s'asseoir par moment sans excéder 25 minutes, sans port de charges répétitif au-delà de 5 kg, sans posture en porte-à-faux lombaire, ni mouvement répétitif de flexion-extension ou rotation lombaire, une capacité de travail de 75% dès le 23 décembre 2014 peut désormais être retenue au vu de l'amélioration des douleurs, quand le Dr K._____ retenait à l'époque une capacité de travail de 50%. Le Dr S._____, tenant compte de l'importance des douleurs mécaniques, impliquant des changements fréquents de position et des pauses supplémentaires, explique de façon convaincante que ces douleurs justifient une diminution de cette capacité de 25%.

Le Tribunal de céans ajoute à ce propos que si les limitations fonctionnelles exprimées par le Dr S._____ divergent peu de celles retenues par le Dr K._____, ce qui s'explique par la nature inchangée des atteintes, l'amélioration clairement observée au niveau des douleurs ressenties, de la mobilité du rachis et au niveau radiologique suffit à rendre tout à fait plausible une amélioration de la capacité de travail de 50% à 75%. C'était d'ailleurs également en raison de l'intensité des douleurs et de leur influence sur la capacité physique et de concentration de l'intéressé que le Dr O._____ estimait à l'époque que toute activité était impossible (rapport du 20 mars 2007 [OAIE doc 66 p. 4 et 5]).

11.7 Le recourant fait valoir un certain nombre de critiques à l'encontre du rapport du Dr S._____, et en premier lieu, que ce dernier aurait fondé son appréciation sur le fait que l'intéressé a pu faire un long voyage en avion ; puis, en se fondant sur une telle appréciation pour rendre la décision litigieuse, l'autorité aurait excédé, voire abusé, de son pouvoir d'appréciation (TAF pce 1 p. 11 ; voir également à cet égard, document de la Dre C._____ du 18 mars 2016 [OAIE doc 167]).

Certes, dans son appréciation du cas, le Dr S._____ note que le recourant a effectué un voyage au Togo le 23 décembre 2014 et que le long trajet en avion témoigne de l'amélioration de l'état de santé, de sorte que c'est à partir de cette date qu'il convient de retenir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée (OAIE doc 97 p. 9). Cela étant, il ressort clairement de la lecture du rapport et des considérants qui précèdent que ce n'est pas sur le seul fait d'un long voyage en avion que le Dr S._____ base le constat d'une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, mais bien sur des observations médicales, cliniques et radiologiques. Ainsi qu'il le dit lui-même, le Dr S._____ considère le fait que le recourant puisse effectuer un tel voyage comme un signe de cette amélioration, pouvant constituer le moment à partir duquel l'amélioration

de la capacité résiduelle de travail, par ailleurs fondée sur des considérations médicales, peut être retenue. Ce seul point ne saurait, quoiqu'il en soit, remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr S._____, d'autant que, comme cela ressort de la décision litigieuse, l'OAIE n'a pas considéré que l'état de santé s'était amélioré dès la date du voyage au Togo, mais dès la date de l'examen même du Dr S._____, soit le 29 mai 2015, se fondant à cet égard sur l'observation faite par le Dr T._____ dans sa prise de position du 2 septembre 2015. Celui-ci y déclare en effet que ses conclusions rejoignent celles du Dr S._____, la seule différence étant qu'il considère que l'amélioration de l'état de santé permettant une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée ne débute que le jour de l'évaluation clinique du Dr S._____, soit le 29 mai 2015, et non à la date du long voyage en avion, celui-ci constituant néanmoins un bon indice de cette amélioration (OAIE doc 134 p. 5). Dans la mesure où c'est effectivement au cours de son examen médical, et sur la base de radiographies du mois de mai 2015, que le Dr S._____ constate ladite amélioration, le Tribunal de céans se rallie à l'avis du Dr T._____.

11.8 Le requérant, reprenant une observation du Dr T._____ faite dans sa prise de position du 2 septembre 2015 à propos du rapport du Dr S._____ (OAIE doc 134 p. 5), fait valoir également que ce dernier ne mentionne pas, dans ledit rapport, l'évaluation de la situation par le patient – l'évaluation de sa propre capacité de travail notamment –, et que cela constituerait une violation de son droit d'être entendu ; il s'appuie, pour fonder son allégation, sur l'ATF 134 V 64 (TAF pce 1 p. 6 en bas et p. 5 en haut).

11.8.1 Le Tribunal de céans relève à cet égard que le « droit d'être entendu de l'assuré en lien avec les circonstances personnelles et liées au marché du travail entrant en considération », dont il est question dans la jurisprudence citée par le requérant, a trait à la prévoyance professionnelle. Le Tribunal fédéral y explique en effet que malgré le lien fonctionnel existant entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle), et le principe de la congruence entre le revenu d'invalidité et le revenu que l'intéressé pourrait encore raisonnablement réaliser au sens de l'art. 24 al. 2 *in fine* de l'ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2 ; RS 831.441.1, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), le revenu d'invalidité fixé par les organes de l'assurance-invalidité est déterminé compte tenu d'un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA) ; ainsi il n'y a pas lieu d'examiner, lors de la fixation de ce revenu d'invalidité, la question de savoir si cet invalide peut être placé

eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. En revanche, le revenu que l'assuré invalide pourrait encore raisonnablement réaliser au sens de l'art. 24 al. 2 *in fine* OPP 2 est fondé sur le principe de l'exigibilité, qui requiert que soit pris en considération l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas particulier, y compris au niveau du marché du travail. En conséquence, l'institution de prévoyance qui entend réduire les prestations d'invalidité relevant du régime obligatoire doit préalablement entendre l'assuré sur les circonstances personnelles et liées au marché du travail qui le limiteraient ou l'empêcheraient de réaliser un revenu résiduel aussi élevé que celui fixé par les organes de l'assurance-invalidité (ATF 140 V 399 consid. 5.2).

11.8.2 Dès lors, l'absence d'une évaluation, par le recourant, de sa propre capacité de travail dans le rapport du Dr S._____ ne constitue pas une violation du droit d'être entendu de l'intéressé, d'autant que celui-ci a pu, au demeurant, s'exprimer sur la capacité de travail retenue par l'Office AI et sur les activités adaptées proposées par les médecins, sur le revenu d'invalide déterminé ainsi que sur la comparaison des revenus effectuée par l'administration (OAIE doc 132), tant au cours de la procédure d'audition (voir l'opposition du 31 mars 2016 [OAIE doc 171]) qu'à l'occasion de son recours (TAF pce 1). Par ailleurs, cette absence d'évaluation de sa propre capacité par le recourant ne saurait remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr S._____, dans la mesure en particulier où celle-ci exige que les plaintes de l'intéressé soient considérées, ce qui a été le cas en l'espèce (voir *supra* consid. 6.2.1 et 11.2).

11.9 Le recourant fait valoir enfin que l'examen du 29 mai 2015 a été réalisé par un médecin qui n'est pas spécialiste en rhumatologie et que dans la mesure où l'autorité inférieure n'a pas ordonné un tel examen rhumatologique, elle s'est basée sur une constatation incomplète des faits.

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est également liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (voir *supra* consid. 6.2.1 et 6.2.2.1). Or, si le Dr S._____ n'est pas rhumatologue, il est spécialiste en médecine physique et réadaptation, à savoir une discipline médicale dont l'action cible les fonctions physiques et cognitives, l'activité (y compris le comportement) et la participation (y compris la qualité de vie), ainsi que l'amélioration des facteurs personnels et environnementaux ; elle est

responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la gestion de la réadaptation des personnes souffrant d'atteintes à la santé handicapantes et de comorbidités ; les spécialistes en médecine physique et réadaptation sont aptes à investiguer et traiter tout l'éventail des affections de la médecine musculo-squelettique conservatrice (site de l'ISFM, <https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/medecine-physique-et-readapta.cfm>, consulté le 27 avril 2020). Au vu de cette description de la spécialisation du Dr S._____, le Tribunal ne saurait considérer que celui-ci n'a pas la formation et les compétences requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressé et, en particulier, des limitations que subit ce dernier en raison de ses atteintes à la santé, notamment dans l'exercice d'une activité professionnelle.

Au surplus, le rapport d'examen du Dr S._____, de même que le dossier médical du recourant, ont été appréciés et discutés en détail par le Dr T._____ (prise de position du 2 septembre 2015 [OAIE doc 134]), dont la spécialisation est précisément la rhumatologie et qui, à propos de l'évaluation du Dr S._____, dit qu'elle respecte, d'un point de vue rhumatologique, les lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales. On peut relever par ailleurs que ni la Dre C._____, ni le Dr O._____, médecins traitants du recourant, dont des rapports ont été versés aux actes à l'appui des allégations de celui-ci, ne sont rhumatologues.

La formation et les compétences du Dr S._____ ne sont donc pas de nature à remettre en cause la valeur probante de son rapport.

12.

S'agissant précisément de la prise de position du 2 septembre 2015 du Dr T._____, médecin auprès du service médical de l'OAIE, il convient de rappeler que de telles prises de position ont pour but, en particulier, de résumer et porter une appréciation sur la situation médicale de la personne assurée, ainsi que sur la documentation médicale au dossier, et de dire de façon motivée la suite à donner à la demande de prestations, quelles sont les conclusions médicales à suivre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Elles doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (voir *supra* consid. 6.2.2.2). Il appert qu'en l'espèce, la tâche qui incombait au Dr T._____ a été bien comprise de ce dernier, qui a rendu une prise de position de qualité, complète et détaillée, critique des éléments à apprécier, motivée et cohérente.

12.1 Ainsi, après un résumé de l'histoire médicale de l'intéressé (OAIE doc 134 p. 1 et 2), où sont discutés différents documents médicaux du

dossier (des Drs O._____, M._____, N._____, W._____), le Dr T._____ analyse le contenu du rapport du Dr S._____ et en reprend les divers éléments, en particulier la comparaison effectuée par le Dr S._____ entre ses propres observations et celles du Dr K._____, ayant conduit l'examineur à constater une amélioration chez le recourant. A cet égard, le Dr T._____ relève trois points : au niveau de l'anamnèse, les douleurs lombaires sont actuellement moins fortes, les douleurs au membre inférieur sont occasionnelles et la consommation d'opiacés a diminué ; au niveau de l'examen clinique, la colonne vertébrale est devenue indolore, l'indice de Schober s'est amélioré, ainsi que la distance doigts-sol, ce à quoi le Dr T._____ ajoute une amélioration (récupération) de la force musculaire du membre inférieur gauche ; enfin, au niveau radiographique, les radiographies actuelles ne montrent pas de dégradation ni de signes d'instabilité des greffons (OAIE doc 134 p. 3).

12.2 Sur la base de son analyse, et mentionnant notamment les rapports de 2004 des Dr F._____ et E._____, le premier certifiant qu'il n'y a pas de diagnostic psychiatrique influençant la capacité de travail et le second, qu'il n'y a pas de fibromyalgie, le Dr T._____ retient, comme le Dr S._____, le diagnostic principal de lombalgies chroniques et les diagnostics associés, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état après spondylodèse 360° ou spondylodèse antérieure L4-S1 et stabilisation postérieure (27.09.2004), et d'état après mise en place d'une cage intersomatique et greffe osseuse L4-L5 et L5-S1 (22.06.2007 ; OAIE doc 134 p. 4) ; s'agissant des diagnostics tels que les douleurs épitrochléennes, la fracture du 5^e métatarsien, sans séquelles, et la polyallergie, le Dr T._____ considère, comme le Dr S._____, et les médecins traitants du recourant d'ailleurs (voir *infra* consid. 14.1), qu'ils sont sans répercussion sur la capacité de travail (OAIE doc 134 p. 4, également p. 5 en bas et p. 6 en haut).

12.3 Puis le Dr T._____ procède à une appréciation du cas et du rapport du Dr S._____, dont il dit en particulier que l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires sont détaillés, que les diagnostics sont clairs et les répercussions sur la capacité de travail, motivées ; il s'agit selon lui de la première évaluation spécialisée et détaillée depuis les rapports du Dr O._____ en 2007 et 2009. Il ajoute qu'il n'a trouvé aucun élément pouvant laisser suspecter que l'évaluation du Dr S._____ n'ait pas été impartiale et objective. Il estime que cette évaluation est de bonne qualité et permet de répondre à la question de l'évolution de la situation (OAIE doc 134 p. 5).

12.4 Dès lors, il conclut, comme le Dr S._____, à la persistance d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais à une capacité de travail améliorée, de 75%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence par l'examineur (voir *supra* consid. 11.6), activité dont il propose quelques exemples non exhaustifs (OAIE doc 134 p. 4, 5, 8). La seule différence, par rapport au Dr S._____, est que le Dr T._____ considère que l'amélioration de l'état de santé permettant une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée ne débute que le jour de l'évaluation clinique du Dr S._____, soit le 29 mai 2015, et non pas le 27 décembre 2014, date du voyage du recourant au Togo, critique que le Tribunal juge pertinente, l'amélioration de l'état de santé ayant été constatée cliniquement et radiologiquement lors de l'examen du 29 mai 2015 et non pas au moment du voyage au Togo (voir *supra* consid. 11.7).

13.

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal constate que le rapport du 4 juin 2015 du Dr S._____, confirmé par la prise de position du Dr T._____, remplit les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante d'une expertise médicale et permet une appréciation convaincante de la situation, que les critiques de l'intéressé ne sont pas de nature à remettre en cause. Il en va de même de la documentation médicale versée au dossier par le recourant.

14.

Dans ce contexte, le recourant soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré et que l'analyse du Dr S._____ doit être relativisée au regard de celles de son médecin traitant, la Dre C._____, et du spécialiste l'ayant opéré en 2007, soit le Dr O._____ (TAF pce 1 p. 8, 9 et 10 en bas).

14.1 En premier lieu, se trouve au dossier, à cet égard, un rapport pour la révision du droit à la rente, du 21 avril 2014, établi par la Dre C._____ (OAIE doc 101 p. 1 à 3). Celle-ci y relève qu'il n'y a pas d'évolution notable de l'état de santé ni des incapacités de travail de son patient, qui sont toujours totales, ni du traitement appliqué, à base de médicaments, notamment d'opiacés ; elle précise que les douleurs lombaires restent présentes, obligeant son patient à changer fréquemment de position et à s'étendre, la position assise étant très difficile, et qu'il ne peut porter des poids. La Dre C._____ note les diagnostics de status après chirurgies majeures du rachis (L4-S1), de douleurs neurogènes au niveau du plexus lombo-sacré et de probable intolérance au titane (voir OAIE doc 101 p. 5 à 12). Elle signale en 2012 la fracture du 5^e métatarsien du pied droit, suivie

d'une TVP, puis d'une maladie de Sudeck, joignant à son rapport ceux du service d'angiologie de H._____ concernant cette fracture (OAIE doc 101 p. 15 à 23).

Ce rapport n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport du Dr S._____. Tout d'abord, il n'est pas en contradiction avec ce dernier rapport puisqu'il a été rédigé en avril 2014, soit plus d'une année avant l'examen du Dr S._____, à une époque où, notamment, la prise quotidienne d'opiacés pour lutter contre les douleurs était toujours nécessaire, ce qui s'avère ne plus être le cas au moment de l'examen du SMR. On peut donc admettre qu'en avril 2014, les limitations fonctionnelles étaient plus importantes qu'en mai 2015. S'agissant des diagnostics posés, ils sont identiques à ceux retenus par le Dr S._____ et le Dr T._____ – en particulier, le status après fracture du 5^e métatarsien n'est, pour aucun médecin, un diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail –, à l'exception des douleurs neurogènes au niveau du plexus lombo-sacré qui justifieraient, selon la Dre C._____, que son patient doive s'étendre fréquemment ; le Dr S._____ ne retient pas ce diagnostic comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, expliquant dans son rapport qu'il s'agit plutôt de douleurs mécaniques, qui, elles, au contraire de douleurs neurogènes, peuvent être influencées par la position couchée (OAIE doc 97 p. 9). Quant à la probable allergie au titane, métal dont est composé la prothèse implantée au recourant (voir TAF pce 1 p. 8 en bas), le Dr T._____ la mentionne parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce qu'on ne saurait critiquer dans la mesure où, selon la Dre C._____ elle-même, cette intolérance n'est pas certaine et n'a pas, pour l'instant, de conséquence sur la santé de l'intéressé. Il faut également tenir compte du fait que la Dre C._____ est généraliste et, de surcroît, le médecin traitant de l'intéressé ; elle peut donc être encline, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (voir *supra* consid. 6.2.3). Enfin, ce rapport s'avère sommaire et peu motivé en regard de celui du Dr S._____.

14.2 Puis le recourant verse aux actes divers documents médicaux de septembre 2015, novembre 2015 et février 2016. Il s'agit là principalement de factures pour soins, ordonnances médicales, demande d'examen radiologique, etc., notamment du Centre hospitalier X._____, au Togo, relatifs, vraisemblablement, aux soins d'une plaie et d'un traumatisme fermé d'un pied, ainsi que d'une infection des voies respiratoires, et au résultat négatif de recherche d'hématozoaires du paludisme (OAIE doc 162 p. 2 à 8 et p. 24 à 26, doc 183 p. 4 à 24). Ces documents ne contiennent aucune analyse relative à l'éventuelle influence des atteintes qu'ils concernent sur la capacité de travail du recourant et le Tribunal s'en

remet à leur égard aux remarques du 11 août 2016 du Dr T._____, invité en procédure d'audition à donner son avis sur les nouveaux documents produits. Le Dr T._____ relève qu'il s'agit là de pathologies intercurrentes qui n'ont pas engendré d'incapacité de travail certifiée ni prolongée, aucun parmi ces documents ne correspondant à la pathologie rachidienne de base. Il ajoute, avec pertinence, que les ordonnances versées en cause ne comprennent pas de médicament morphinique ni même de Lyrica, ce qui tend à confirmer l'amélioration des douleurs mise en évidence par le Dr S._____ (OAIE doc 188).

14.3 Enfin, en procédure d'audition, le recourant a posé une série de questions à la Dre C._____ et au Dr O._____ (OAIE doc 166 p. 1 à 4).

14.3.1 Dans sa réponse du 18 mars 2016 (OAIE doc 167), la Dre C._____ relève que selon elle, la situation s'est légèrement améliorée vu la diminution progressive de la médication morphinique, que sur le plan fonctionnel, elle n'a en revanche pas constaté de modification notable, son patient ayant conservé un rythme de vie lui permettant de s'allonger et de changer fréquemment de position, qu'un taux d'activité de 75% lui paraît illusoire dans les activités de substitution proposées par les médecins AI, dont aucune ne serait réellement compatible avec les limitations fonctionnelles établies par le Dr S._____, et qu'il y a une forte suspicion que le patient soit allergique au titane, ce qui impliquerait une discussion sur une éventuelle nouvelle opération. Invitée à faire des observations sur les rapports médicaux et prises de positions récentes au dossier, la Dre C._____ indique, s'agissant des douleurs neurogènes au plexus lombo-sacré, que le Dr O._____ les avait diagnostiquées dans un rapport de 2008, qu'elles sont rarement réversibles, mais qu'il n'y a effectivement pas de grosse limitation motrice en lien avec cette affection. Enfin, elle relève qu'il serait délicat de modifier l'équilibre auquel est arrivé l'intéressé en adaptant son mode de vie et qui lui permettrait de diminuer sa médication.

14.3.2 Dans sa réponse du 29 mars 2016 (OAIE doc 170), le Dr O._____ note que la situation médicale de l'intéressé ne s'est pas améliorée et qu'elle est stabilisée ; le patient n'aurait pas ressenti d'amélioration significative. Il relève par ailleurs qu'il n'y a pas de perte de force handicapante du membre inférieur gauche, que radiologiquement, le but chirurgical a été atteint, que le recourant prend occasionnellement des gouttes de morphine pour diminuer la douleur et qu'il a adapté son mode de vie de manière à mieux supporter les symptômes. Le Dr O._____ indique en outre que les activités décrites par les médecins AI lui paraissent

raisonnables, toute la problématique étant selon lui de savoir quelle serait l'endurance professionnelle de l'intéressé, qu'il estime limitée en raison des lombalgies importantes que le recourant présente toujours et de la sensation de chaleur du membre inférieur gauche dont il souffre, résultant d'une complication lors de la dernière intervention (lésion nerveuse du système sympathique); la prise occasionnelle de morphine serait également à considérer. Cette endurance ne pourrait, selon le chirurgien, être testée que lors d'une expertise, lui-même n'ayant vu l'intéressé que lors d'un contrôle rapide avant son départ définitif pour l'Afrique (OAIE doc 170).

14.3.3 Là encore, ces deux documents médicaux ne sauraient semer le doute sur la fiabilité et la pertinence des conclusions des Drs S. _____ et T. _____.

14.3.3.1 En effet, comme le relèvent les Drs V. _____ et T. _____ dans leurs prises de position des 1^{er} et 11 août 2016 (OAIE docs 186, 188), les réponses des Drs C. _____ et O. _____, au demeurant médecins traitants du recourant, consultés par ce dernier en procédure d'audition à l'appui de ses allégations (voir *supra* consid. 6.2.3), ne constituent pas des rapports médicaux, fondés sur un examen médical approfondi de l'intéressé, mais des appréciations personnelles de la situation, que ne motive aucune donnée clinique objective et qui, au surplus, ne sont pas tout à fait concordantes. Ainsi, les réponses de la Dre C. _____ ne font état d'aucune date de consultation ou de traitement, tandis que le Dr O. _____ indique qu'il n'a vu le recourant que lors d'un contrôle rapide avant son départ pour l'Afrique; il ressort d'ailleurs du dossier qu'interrogé par l'Office AI au début de la procédure de révision, le Dr O. _____ a alors renvoyé un questionnaire vide, mentionnant ne pas avoir revu ce patient depuis 2012 (rapport de révision du 23 septembre 2014 [OAIE doc 110]). En outre, la Dre C. _____ se contente d'affirmer qu'« un taux d'activité de 75% [lui] paraît illusoire dans les activités de substitution exigibles notifiées » par les médecins AI et que « compte tenu des limitations fonctionnelles qui ont été établies [...], [elle] ne voit aucune activité [proposée par les médecins AI] réellement compatible avec ces limitations », sans en expliquer les raisons; le Dr O. _____ note en revanche que les activités décrites par les médecins AI lui paraissent raisonnables, mais sans plus de motivation cependant que la Dre C. _____. Cette dernière mentionne également l'éventualité d'une nouvelle intervention en raison, notamment, de la probable allergie de l'intéressé au titane, tandis qu'à la question de nouvelles opérations, le chirurgien répond qu'il pense l'état médical du patient stabilisé.

14.3.3.2 A propos des douleurs neurogènes, dont reparle la Dre C. _____ et que le Dr S. _____ qualifiait plutôt de douleurs mécaniques, on peut relever que la Dre C. _____ reconnaît qu'elles ne sont pas la cause d'une grosse limitation motrice. Elles ne sauraient donc mettre le doute sur la pertinence des limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. _____, lequel ne les nie pas et en a tenu compte, tout en les considérant comme des douleurs mécaniques. S'agissant encore du membre inférieur gauche et de la sensation de chaleur que ressent l'intéressé dans ce membre, résultant selon le Dr O. _____ d'une complication lors de la dernière intervention (lésion nerveuse du système sympathique), éléments qui, d'après le recourant, n'auraient pas été considérés dans le cadre de l'examen du Dr S. _____, il convient de souligner que ce dernier en a au contraire tenu compte dans son rapport du 4 juin 2015 (OAIE doc 97), en exposant les plaintes de l'intéressé (p. 4), puis dans son appréciation du cas (p. 8, 9). Comme le Dr O. _____, il note toutefois qu'il n'y a pas de perte de force handicapante (OAIE doc 97 p. 6) et qu'il existe toujours des douleurs, nécessitant une prise occasionnelle de morphine (OAIE doc 97 p. 9), laquelle était quotidienne auparavant (voir également à ce propos prise de position du Dr T. _____ du 2 septembre 2015 [OAIE doc 134 p. 3 et 5]).

14.3.3.3 Pour finir, il y a lieu de noter que tant la Dre C. _____ que le Dr O. _____ relèvent que l'intéressé a su adapter son mode de vie à ses limitations fonctionnelles, de sorte à mieux supporter les symptômes et à diminuer sa consommation de dérivés morphiniques. Or, c'est précisément ce que propose le Dr S. _____, à savoir une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, exercée à 75%, afin de tenir compte des atteintes à la santé dont il souffre. D'ailleurs, il est utile de rappeler qu'en droit de l'assurance-invalidité, la personne qui entend se prévaloir d'un droit à une rente d'invalidité doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé d'elle pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 7 al. 1 LAI). Quant à l'expertise dont la tenue est recommandée par le Dr O. _____ pour évaluer l'endurance professionnelle de l'intéressé, dont le chirurgien estime qu'elle est limitée, il sied de noter, comme le fait le Dr T. _____ (OAIE doc 188 p. 3), qu'elle a été effectuée le 29 mai 2015 par le Dr S. _____, compétent pour réaliser ce type d'évaluation, et que le Dr O. _____ n'en questionne pas la fiabilité. D'ailleurs, il en ressort que le Dr S. _____ estime lui aussi l'endurance professionnelle de l'intéressé comme étant limitée, puisqu'il conclut à une capacité de travail limitée à 75%, dans une activité adaptée.

14.3.4 Dès lors, il n'y a dans les réponses des Drs C._____ et O._____ aucun élément objectif et pertinent ayant été ignoré dans le cadre de l'examen du Dr S._____ et propre à semer le doute sur les conclusions de l'examineur ; le seul fait que les médecins traitants du recourant aient une opinion divergente ne peut suffire à remettre en cause l'examen mené auprès du SMR (voir *supra* consid. 6.2.3).

15.

Au vu de tout ce qui précède, et dans la mesure où il n'existe aucun indice concret permettant au Tribunal de douter du bien-fondé des résultats auxquels aboutit l'examen du Dr S._____, l'autorité de céans peut se rallier à l'appréciation de l'examineur, qui est celle de l'administration et de son service médical, et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que, par rapport à la situation donnée le 19 juillet 2007, la capacité de travail du recourant s'est améliorée, cette capacité s'élevant dès le 29 mai 2015, date de l'examen réalisé par le Dr S._____, à 75% dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles mises en évidence par l'examineur. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de conducteur de transports publics reste totale.

Autrement dit, les éléments au dossier permettent à l'autorité de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, de requérir la production d'autres documents ou d'auditionner les parties ou des témoins (notamment TAF pce 15). En particulier, le Tribunal estime que le recourant s'est suffisamment exprimé sur sa situation, ses capacités et les restrictions qu'il subit, dans le recours et la réplique, mais également lors de l'examen du Dr S._____ notamment, et que l'évolution de la situation médicale de l'intéressé a été suffisamment bien décrite dans la documentation au dossier pour qu'il puisse statuer en pleine connaissance de cause. La jurisprudence admet d'ailleurs un tel procédé. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich 2015, art. 42 n° 30 p. 561 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

Les requêtes du recourant tendant à sa propre audition et à l'audition de témoin en la personne de la Dre C. _____, ainsi que ses réquisitions en expertise et en production de pièces sont par conséquent rejetées.

16.

Il reste à examiner l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'OAIE (OAIE doc 132) et de déterminer si celle-ci est conforme au droit.

16.1 Le degré d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative doit être déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGA, en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI : le revenu que la personne concernée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé au moment déterminant avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d'invalidité (méthode générale ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un-e invalide peut être placé-e eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il ou elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêts du TF 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les réf. cit. ; 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 6.2). Dans le cas d'une révision, les salaires avant et après invalidité doivent être indexés, par analogie, jusqu'à la décision de révision (ATF 128 V 174 ; 129 V 222 consid. 4.1), en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). En outre, lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'invalidité d'une personne résidant à l'étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en

question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2, ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1).

16.2 Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu gagner au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que la personne concernée a obtenu avant l'atteinte à la santé et de tenir compte de l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (Office fédéral de la statistique [OFS], Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 », « Salaires nominaux », « Hommes » ; arrêts du TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 ; 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3 ; ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

16.3 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé-e. Toutefois, lorsque la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'OFS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3), relativement aux activités lucratives médicalement exigibles. Dans ce cas, conformément à la jurisprudence, il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1 de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total » (Tableau TA1_skill_level, Branches économiques [NOGA08], intitulé « Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe – Secteur privé » ; ATF 143 V 295 consid. 4.2.2 ; 142 V 178 consid. 2.5 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa).

Dans la mesure par ailleurs où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine » ; ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). En outre, si cela s'avère nécessaire, il y a lieu là également

d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes et aux femmes et par branche (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

16.4 Selon la jurisprudence, dans certains cas, le revenu d'invalidé déterminé d'après les données statistiques doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de la personne assurée (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) susceptibles de diminuer ses possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne, applicable aux employé-e-s ne souffrant pas d'invalidité, sur le marché ordinaire de l'emploi. La hauteur de l'abattement dépend de chaque cas d'espèce, une réduction automatique n'étant pas admissible, et ne peut dépasser 25% du salaire statistique (ATF 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). L'abattement résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivé par l'administration. Le juge des assurances sociales, pour sa part, ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

17.

En l'occurrence, l'OAIE a effectué le calcul du taux d'invalidité du recourant en août 2015, en tenant compte, comme revenu sans invalidité, du salaire annuel 2007 retenu par l'OAI VD dans la motivation de sa décision d'octroi de rente du 19 juillet 2007 (OAIE doc 84), indexé à l'année 2012, et d'un salaire d'invalidé fondé sur les données de l'ESS 2012 (OAIE doc 132).

17.1 Concernant le revenu sans invalidité, il convient de suivre l'OAIE et de retenir le salaire annuel 2007 déterminé par l'OAI VD dans la motivation de sa décision d'octroi de rente du 19 juillet 2007 (OAIE doc 84 ; également OAIE doc 72). En effet, ce salaire se fondait sur les données fournies, dans le questionnaire pour l'employeur du 8 juillet 2004 (OAIE doc 4), par B._____, employeur du recourant au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, données relatives, donc, à la dernière activité lucrative exercée par l'intéressé avant son atteinte à la santé. Ce salaire annuel sans invalidité n'avait pas été critiqué en son temps et ne l'est toujours pas dans la présente procédure. Celui-ci, qui se monte à CHF 67'070.-, a été indexé à l'année 2012 par l'OAIE. Toutefois, étant donné que la décision de suppression de la rente a été rendue en octobre 2016 et que la

modification de cette rente a donc lieu en 2016 également, c'est à cette année-là qu'il s'agit, dans le présent calcul, d'indexer les salaires. Ainsi, en indexant le salaire annuel de CHF 67'070.- à l'année 2016 ($[67'070 \times 2'239 \{\text{année 2016}\}] : 2'047 \{\text{année 2007}\}$), on obtient un montant de CHF 73'360.88, qu'il convient de diviser ensuite par 12, soit un salaire mensuel moyen de CHF 6'113.41.

17.2

17.2.1 S'agissant du salaire après invalidité, l'autorité inférieure s'est fondée à juste titre sur les données statistiques de l'ESS, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. Elle a retenu une moyenne de salaires bruts correspondant à différentes activités légères et adaptées qui sont celles d'un salarié de niveau de compétence 1, dans trois secteurs différents, soit dans l'industrie alimentaire, dans le commerce de détail et dans d'autres activités de services (CHF 4'985.58 [ESS 2012] ; CHF 5'140.91 [ESS 2016]). Cette solution est favorable au recourant. Toutefois, conformément à la jurisprudence précitée (voir *supra* consid. 16.3), il est usuel de se baser, lors de la comparaison des revenus, sur le marché du travail entier, lequel recouvre les salaires des secteurs de production et de services et contient un large éventail d'activités simples (arrêts du TAF C-991/2018 du 13 février 2010 consid. 13.5.3 ; C-3714/2017 du 27 mai 2019 consid. 9.5.3).

17.2.2 Ceci est d'autant plus pertinent lorsque, comme en l'espèce, les limitations fonctionnelles que subit la personne concernée permettent l'exercice d'une activité dans de nombreux secteurs, pour autant qu'elle soit adaptée, légère, simple, avec des changements de positions possibles. Ce sont les éléments d'information qui ressortent de la liste des activités de substitution énoncée par le Dr T._____ dans sa prise de position du 2 septembre 2015 (surveillance de parking, vente par correspondance, réparation de petits appareils/articles domestiques, vendeur de billets, distribution de courrier interne, commissionnaire, accueil/réceptionniste, saisie de données/scannage ; OAIE doc 134), et les critiques du recourant à l'égard de ces activités s'avèrent sans fondement.

L'intéressé soutient en effet qu'il est impossible de concilier les activités de substitution énumérées par le Dr T._____ avec les limitations fonctionnelles retenues par le médecin AI et avec la nécessité dans laquelle il se trouve de s'allonger régulièrement. Il se réfère à ce propos aux réponses de la Dre C._____ du 18 mars 2016, pour qui aucune de ces activités ne serait réellement compatible avec les limitations fonctionnelles (OAIE doc 167). Il considère que ces activités ont été

énumérées de manière hasardeuse et irréaliste, sans que leur application concrète n'ait été étudiée ; dès lors, elles ne sauraient être retenues afin de légitimer l'annulation de sa rente d'invalidité. Or, comme cela est mentionné en titre de la liste d'activités retenues par le Dr T._____, il s'agit là d'exemples non exhaustifs d'activités, que le médecin AI propose afin d'informer l'Office AI sur le genre d'activités que pourrait exercer la personne concernée, et non pas d'une liste des seules activités exigibles de l'intéressé. Ainsi, ce sont avant tout des activités légères à moyennement lourdes, permettant des changements de positions, ne nécessitant selon toute vraisemblance aucun port de charges lourdes, que retient le Dr T._____ dans sa prise de position, et il ne fait pas de doute que de telles activités correspondent aux limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr S._____ (OAIE doc 97 p. 9), dont ne fait pas partie, il y a lieu de le souligner, la possibilité de s'allonger. La nécessité de changements fréquents de position et de pauses supplémentaires, en raison de l'importance des douleurs, a également été prise en compte par le biais de la diminution de la capacité de travail de 25%, qui permet en particulier au recourant, par rapport à un 100% d'activité, de ménager des moments de repos, pendant lesquels il peut, notamment, s'étendre. On peut encore relever que si la Dre C._____ considère les activités énumérées par le Dr T._____ incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues, le Dr O._____ note pour sa part que ces activités lui paraissent raisonnables (réponse du 29 mars 2016 [OAIE doc 170]).

17.2.3 Ainsi, selon le « Total » du tableau TA1, le salaire mensuel brut d'un salarié exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1 ; arrêt du TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1), tous secteurs confondus, pour un homme, s'élève en 2016 à CHF 5'340.-. Une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2016, tous secteurs confondus, soit 41.7 heures, ce salaire se monte à CHF 5'566.95.

17.2.4 Enfin, ce montant doit subir un abattement, que l'OAIE a fixé à 10% compte tenu en particulier du taux d'exigibilité des activités de substitution (75%), des limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes à la santé du recourant, de son âge (42 ans en 2016) et de la longue période d'inactivité ayant éloigné l'intéressé du marché du travail (13 ans en 2016).

Le recourant critique cette réduction. Il fait valoir qu'elle n'est ni motivée, ni commentée. En outre, il estime qu'il lui est impossible de retrouver un emploi quelconque, encore moins un emploi lui permettant de réaliser le revenu d'invalidité retenu par l'Office AI, dans la mesure notamment où il n'a plus travaillé depuis ses 28 ans et qu'il subit des limitations physiques. La

réduction de 10% serait dès lors beaucoup trop faible compte tenu des éléments défavorables auxquels il devrait faire face ; c'est un abattement de 25% qui devrait être retenu (TAF pce 1 p. 5 et 6 ; TAF pce 10 p. 5 et 6).

Le Tribunal rappelle à l'égard de ces critiques que l'abattement ne doit être que brièvement motivé par l'administration (voir *supra* consid. 16.4) ; en outre, en procédure d'audition, l'OAIE a développé les motifs l'ayant conduit à retenir une réduction de 10% du salaire d'invalide (voir document du 6 septembre 2016 [OAIE doc 190]), motifs repris ensuite dans la décision litigieuse. Ainsi, l'autorité inférieure explique que son service médical a déjà tenu compte des atteintes et des limitations fonctionnelles en proposant, d'une part, des activités légères et adaptées, et d'autre part, un taux d'activité réduit à 75%, que l'éventail des activités exigibles est vaste et que la durée de l'éloignement de l'intéressé du marché du travail a été prise en compte, une réduction supplémentaire de 5% ayant été ajoutée pour cela ; enfin, le recourant est encore relativement jeune. Cette argumentation n'est certes pas insoutenable, et le Tribunal, qui ne peut sans motif pertinent substituer son appréciation à celle de l'administration, ne voit pas en l'espèce de raisons de s'écarter de celle-ci. En particulier, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler, mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement ; par ailleurs, le recourant était âgé de 42 ans en 2016, soit un âge éloigné de celui de la retraite, qui a priori ne saurait être la cause d'une réduction concrète des perspectives salariales de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (arrêt du TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.2 et 4.3.2) ; quant à la longue absence du marché du travail, l'OAIE en a tenu compte. Enfin, il s'avère que même avec une réduction maximale de 25% du salaire d'invalide déterminé ci-dessus, le taux d'invalidité ne serait pas suffisant pour maintenir le droit du recourant à une rente AI.

Dès lors, après l'abattement de 10%, le revenu d'invalide correspond à un montant de CHF 5'010.25 (CHF 4'175.21 avec 25% d'abattement), qu'il convient encore de réduire à un taux de 75%, soit CHF 3'757.69 (CHF 3'131.41 avec 25% d'abattement).

17.3 La comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité ainsi obtenus aboutit à un taux d'invalidité de 38.53% ($[(6'113.41 - 3'757.69) \times 100 : 6'113.41]$; 48.78% avec un revenu d'invalide de CHF 3'131.41), arrondi à 39% selon les règles jurisprudentielles (ATF 130 V 121

consid. 3.2), n'ouvrant plus droit à un rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI ; voir *supra* consid. 5.2).

18.

Par souci de complétude, et dans la mesure où le recourant indique dans sa réplique (TAF pce 10 p. 6) qu'il présente 14 ans d'inactivité, il convient de relever que dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel (arrêts du TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). La jurisprudence considère ainsi que lorsque la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), du droit à la rente concerne une personne qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins, il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique (arrêts du TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2 ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les réf. cit.). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, le recourant, âgé de 42 ans en 2016, ayant bénéficié d'une rente d'invalidité durant un peu plus de 12 ans, du 1^{er} mai 2004 au 1^{er} décembre 2016 (ATF 141 V 5 consid. 4).

19.

Au vu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a supprimé la rente du recourant à partir du 1^{er} décembre 2016 (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI [RS 831.201]), considérant que ce dernier a retrouvé une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il ne présente plus qu'une perte de gain de 39%.

En conséquence, le recours est rejeté et la décision du 3 octobre 2016 confirmée.

20.

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} et 2 LAI). La partie recourante, qui succombe, en est toutefois dispensée dans la mesure où elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite par décision incidente du Tribunal du 20 mars 2017 (TAF pce 8 ; art. 63 al. 1 et 65 PA).

Il sied par ailleurs d'allouer à Me Capt, en sa qualité de mandataire d'office, une indemnité à titre de frais et honoraires (art. 65 al. 2 PA, en relation avec les art. 8 à 11 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2], applicables par renvoi de l'art. 12 FITAF), étant précisé que seuls les frais nécessaires à la défense des intérêts du recourant sont indemnisés à ce titre (art. 8 al. 2 FITAF *a contrario*). Compte tenu du travail effectué par la représentante du recourant, consistant en un recours de 14 pages, en une réplique de 7 pages et en trois courriers, il se justifie d'allouer une indemnité de CHF 2'500.-, à la charge de la caisse du Tribunal de céans. Conformément à l'art. 65 al. 4 PA, le recourant sera tenu de rembourser au Tribunal les honoraires et frais d'avocat versés à sa représentante, s'il revient à meilleure fortune.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les demandes d'audition tant du recourant que d'un témoin, ainsi que les réquisitions en expertise et en production de pièces sont rejetées.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

4.

Une indemnité de dépens de CHF 2'500.- à titre d'assistance judiciaire est allouée à Me Gloria Capt, à charge de la caisse du Tribunal de céans.

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 :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :