

BVGer C-1835/2016 vom 23. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1835_2016

FR: TAF C-1835/2016 du 23 avril 2020

IT: TAF C-1835/2016 del 23 aprile 2020

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. Le recourant a qualité pour recourir, étant directement touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce que celle-ci soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure fédérale [PA ; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) et dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA), de sorte que le recours est recevable.

E. 2

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où le recourant, ressortissant portugais domicilié au Portugal, a travaillé et a été assuré durant plusieurs années en Suisse (pces AI 7 et 48). La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP [RS 0.142.112.681] ; cf. art. 80a al. 1 LAI). L'ALCP est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1, 128 V 315 consid. 1b/aa). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_870/2012 du 8 juillet 2013, consid. 2.2). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement (CE) n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement (CE) n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF

8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 3.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3). En l'occurrence, la cause doit être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 5 février 2016, date à laquelle la décision querellée a été rendue. Ainsi, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet) entrée en vigueur 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) s'appliquent au cas d'espèce.

E. 3.2

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce jusqu'au 5 février 2016. Les faits qui sont 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 ; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et références citées).

E. 3.2.1

En l'occurrence, le certificat médical du 21 juillet 2016 du Dr B. _____ (médecin traitant [annexe pce TAF 17]), les rapports médicaux des 1er et 15 mars 2019 de la Dresse D. _____ (annexe pce TAF 34), ainsi que l'attestation d'hospitalisation datée du 27 février 2019 (annexe pce TAF 34), bien qu'ils aient été établis après le prononcé de la décision litigieuse, seront pris en considération dans la présente appréciation du degré d'invalidité du recourant, attendu que ces rapports médicaux, en tant qu'ils se bornent à rappeler pour mémoire les troubles oncologiques subis par le recourant, sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision querellée a été rendue.

E. 3.2.2

Par contre, le rapport du 29 mars 2016 du Service de cardiologie de l'hôpital E. _____ (annexe pce TAF 34), celui du 31 octobre 2018 du Dr F. _____ (spécialisation non spécifiée [annexe pce TAF 34]), ainsi que celui du 7 mars 2019 du Dr B. _____ (médecin traitant [annexe pce TAF 34]) font état de troubles qui n'ont pas été constatés avant le prononcé litigieux du 5 février 2016 et qui ne sont pas en lien étroit avec les diagnostics posés jusqu'alors, de sorte qu'ils ne sauraient être pris en considération (cf. consid. 10.2 infra).

E. 4.1

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 de la LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis

et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 4.2

Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le Tribunal jouit donc d'un plein pouvoir d'examen.

E. 4.3

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder, en règle générale, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 5.2

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

E. 5.3

La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse, l'invalidité est de nature juridico-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

E. 5.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement (CE) n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI ; ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1).

E. 5.5

L'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; arrêt du TAF C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1). En l'occurrence, l'assuré a produit au cours de la procédure devant l'instance inférieure (pces AI 4 et 73), puis devant le Tribunal de céans (annexe pce TAF 17), des décisions du ministère portugais de la santé lui reconnaissant une « incapacité permanente » de 88 %, respectivement 78 %, dont il ne saurait se prévaloir avec succès, les prestations d'assurance-invalidité n'étant pas octroyées selon les mêmes critères en Suisse et au Portugal.

E. 6

Le présent litige porte sur la suppression dès le 1er avril 2016 du droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

E. 6.1

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

E. 6.2

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

E. 6.3

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 115 V 308 consid. 4a/bb ; arrêts du TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2, I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et I 574/02 du 25 mars 2003 publié dans SVR 2004 IV n. 5 et références citées). De plus, un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1, I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1, I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et références citées ; Valterio, op. cit., ad art. 31 n° 11, p. 498).

E. 6.4

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

E. 7.1

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

E. 7.2

En l'espèce, l'autorité inférieure a entrepris en mars 2013 une première procédure de révision du droit à la rente du recourant. En particulier, elle a procédé à l'instruction médicale de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, recueillant l'avis du médecin-conseil de l'organisme de liaison (cf. formulaire E213 du 11 juillet 2013 du Dr G. _____ [pce AI 37]), celui de son service médical (ci-après : SM-OAIE ; cf. prise de position du 28 novembre 2013 du Dr H. _____ [médecin FMH en médecine générale ; pce AI 46]), ainsi que celui des médecins du recourant (cf. rapport du 3 juillet 2013 de la Dresse I. _____ [spécialité non spécifiée ; pce AI 34] ; rapport chirurgical du 26 octobre 2009 de la Dresse J. _____ [spécialité non spécifiée ; pce AI 39] ; rapport du 20 juin 2013 de la Dresse D. _____ [spécialiste en chirurgie générale et oncologique ; pce AI 40]). Se fondant en particulier sur l'avis de son service médical, l'OAIE a retenu que l'état de santé respectivement la capacité de gain du recourant n'avait pas été notablement modifiée. Ce faisant, elle a effectué un examen matériel du droit du recourant à la rente d'invalidité, en constatant les faits pertinents et en appréciant les pièces recueillies. Par conséquent, la communication du 5 décembre 2013 - valant décision (cf. consid. 7.1 supra) - constitue la dernière décision entrée en force.

E. 7.3

La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification notable doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à cette date (cf. consid. 8 infra) avec ceux ayant présidé au prononcé de la décision litigieuse du 5 février 2016 (cf. consid. 9 ss infra).

E. 8.1

À l'époque de la communication du 5 décembre 2013, le recourant souffrait d'un adénocarcinome rectosigmoïde grave opéré le 15 octobre 2009. À la suite d'une désunion de l'anastomose, il avait été réopéré le 20 octobre 2009 et, à défaut d'un rétablissement du transit intestinal, une colostomie terminale avait été pratiquée, entraînant la pose d'une poche de stomie (cf. rapports médicaux des 15 et 28 décembre 2009 de la Dresse D._____ [consultante externe en chirurgie générale et oncologique ; pces AI 2 et 3] ; rapport du 26 octobre 2009 de la Dresse J._____ [responsable du service de chirurgie de l'hôpital E._____ ; pce AI 39] ; prise de position SM-OAIE du 23 décembre 2011 de la Dresse K._____ [spécialiste FMH en oncologie et hématologie ; pce AI 15]). L'assuré avait également présenté des métastases péritonéales qui avaient été traitées par chimiothérapie avec protocole FolFox en 12 cycles (cf. rapport du 3 juillet 2013 de la Dresse I._____ [spécialisation non spécifiée ; pce AI 34] ; formulaire E213 établi le 26 mai 2011 par la Dresse L._____ [médecin-conseil auprès de l'organisme de liaison ; pce AI 5]). Une tentative de rétablissement du transit intestinal avait été menée en juin 2011, mais l'assuré avait dû être à nouveau hospitalisé le 15 juillet 2011 en raison d'une infection de la cicatrice abdominale, conduisant à la pose d'une nouvelle poche de colostomie le 22 août 2011 (cf. rapport de la Dresse M._____ du 30 août 2011 [spécialiste en chirurgie générale ; pce AI 11]). En mai 2012, une nouvelle reconstitution du transit intestinal avait été tentée, sans succès, la colostomie terminale devenant alors définitive (cf. rapport du 20 juin 2013 de la Dresse D._____ [spécialiste en chirurgie générale et oncologique ; pce AI 40]). À la suite de ces troubles, l'assuré avait subi une importante augmentation de son poids, passé de 68 à 99 kg., de même qu'il avait signalé une anéjaculation persistante depuis la résection antérieure (cf. formulaires E213 des 26 mai 2011 et 11 juillet 2013 des Drs L._____, respectivement G._____ [médecins-conseils auprès de l'organisme de liaison ; pces AI 5 et 37]).

E. 8.2

Compte tenu de ce qui précède, le service médical de l'OAIE avait considéré que malgré plusieurs tentatives, la colostomie terminale n'avait pas pu être refermée, de sorte que ni l'état de santé ni l'incapacité de travail du recourant ne s'étaient modifiés (cf. prise de position SM-OAIE du 28 novembre 2013 du Dr H._____ [spécialiste FMH en médecine générale ; pce AI 46]). L'incapacité de gain de 100 % résultant de l'adénocarcinome du rectum traité par résection antérieure avec colostomie définitive qui avait initialement fondé le droit du recourant à une rente entière depuis le 1er août 2010 (cf. décision de l'OAIE du 20 mars 2012 [pce AI 23]) perdurait, de sorte que le droit à ladite prestation avait été reconduit par communication de l'OAIE du 5 décembre 2013 (pce AI 47).

E. 9

L'instruction de la présente procédure de révision a porté au dossier la documentation médicale suivante : - un rapport du 13 octobre 2014 du Dr N._____ (spécialiste en chirurgie gastroentérologique) selon lequel un adénocarcinome colorectal avait été diagnostiqué chez l'assuré, qui avait été opéré le 15 octobre 2009 par résection antérieure du rectum. Il avait été réopéré en raison d'une désunion anastomotique ayant conduit à une colostomie définitive du fait de l'impossibilité de reconstituer le transit intestinal. L'assuré avait subi ensuite une chimiothérapie. Son état de santé faisait l'objet d'un suivi et ne présentait aucune récurrence (pce AI 59) ; - un formulaire E213 du 20 novembre 2014 établi par la Dresse L._____ (médecin-conseil auprès de l'organisme de liaison) indiquant que l'assuré affichait un poids normal de 70 kg., qu'il souffrait de cervicalgies et de paresthésies

des membres supérieurs, et qu'il était déprimé. Sa force musculaire et son tonus étaient diminués. Les diagnostics posés faisaient état d'un adénocarcinome rectosigmoïde et d'une colostomie définitive suite à une désunion anastomotique. L'incapacité de l'assuré à exercer son ancien métier était totale et permanente (pce AI 60) ; - une prise de position du SM-OAIE du 19 mai 2015 dans laquelle la Dresse K. _____ (spécialiste FMH en oncologie et hématologie) a retenu que l'assuré avait souffert d'un adénocarcinome du rectum traité par résection antérieure en octobre 2009 avec colostomie définitive suite à plusieurs tentatives de rétablissement de la continuité et 6 [recte : 12] cycles de chimiothérapie. Le rétablissement de la continuité par voie chirurgicale avait encore été tenté à partir de 2011 et le pronostic avait été très réservé. Depuis lors, l'assuré se trouvait en rémission complète et prolongée et pouvait être considéré comme guéri. Partant, son état de santé apparaissait stabilisé et permettait, à partir du 13 octobre 2014, l'exercice à 100% d'activités légères, non stressantes, en position de travail alternée assise/debout, sans déplacement sur de longues distances, sans port de charges lourdes ou/et supérieures à 5 kg., sans exposition aux émanations, à de la poussière, au froid, à la chaleur, à l'humidité et aux intempéries, telles que des activités de surveillance, de conciergerie, de classement ou d'archivage. Par contre, la colostomie définitive interdisait les efforts, de sorte que l'incapacité de travailler comme maçon demeurait totale, de même que des activités impliquant des contacts avec une clientèle en raison des odeurs incommodantes dégagées par certaines poches de stomie. Compte tenu du jeune âge de l'assuré, une reconversion professionnelle était envisageable (pce AI 64) ; - un certificat du 29 juin 2015 du Dr B. _____ (médecin traitant) indiquant que son patient était malade et dans l'impossibilité de travailler en raison de la néoplasie de l'intestin avec colostomie (pce AI 69) ; - un rapport du 30 juin 2015 du Dr N. _____ (spécialiste en chirurgie gastroentérologique) indiquant que l'assuré avait été opéré le 15 octobre 2009 d'un adénocarcinome du rectum par résection antérieure. Une désunion de l'anastomose avait dû être réopérée en urgence, ayant conduit à une colostomie définitive. L'assuré avait également subi une chimiothérapie selon le protocole FolFox. Depuis lors, il était suivi par la consultation chirurgicale et ne présentait aucun signe de récurrence (pce AI 68) ; - une prise de position SM-OAIE du 6 août 2015 dans laquelle la Dresse K. _____ (spécialiste FMH en oncologie et hématologie) a constaté une amélioration de la capacité de travail de l'assuré, puisqu'il pouvait être considéré comme guéri de son affection tumorale. Des activités lucratives simples, sans effort physique, ni contact avec de la clientèle en raison des poches de colostomie qui n'étaient pas systématiquement imperméables et pouvaient laisser échapper des émanations, étaient exigibles à plein temps (pce AI 74) ; - un formulaire E213 du 2 novembre 2015 de la Dresse L. _____ (médecin-conseil auprès de l'organisme de liaison) qui a décrit un assuré de 1 m. 68 pour 73 kg., un Lasègue négatif au niveau de la colonne vertébrale, sans troubles des membres supérieurs et inférieurs, ni atteinte à la capacité de marcher, la force musculaire et le tonus étant conservés, de même que le status mental et émotionnel. Le diagnostic posé était celui de colostomie en raison d'une néoplasie rectale. L'incapacité de l'assuré à exercer son ancien métier était totale et permanente (pce AI 78) ; - une prise de position SM-OAIE du 21 janvier 2016 dans laquelle la Dresse K. _____ (spécialiste FMH en oncologie et hématologie) a indiqué que le formulaire E213 du 2 novembre 2015 ne livrait aucun élément nouveau et que rien ne s'opposait à ce que l'assuré reprenne à plein temps l'exercice d'une activité lucrative de substitution respectant les limitations fonctionnelles décrites dans la prise de position antérieure du 19 mai 2015, l'assuré étant guéri de la pathologie oncologique avec comme unique séquelle une poche de colostomie (pce AI 84) ; - un

rapport du 29 mars 2016 du service cardiologique de l'hôpital E._____ rapportant une consultation de l'assuré en raison de palpitations cardiaques correspondant à une arythmie cardiaque maîtrisée par traitement médicamenteux de bêtabloquants sans nécessité de suivi, à défaut de pathologie cardiaque (annexe pce TAF 34) ; - un certificat de maladie du 21 juillet 2016 du Dr B._____ (médecin traitant) indiquant que l'assuré était malade et incapable de travailler depuis 2009 en raison d'une néoplasie maline du côlon avec colostomie définitive, laquelle restreignait sa capacité de travail dans n'importe quelle profession (annexe pce TAF 17) ; - un rapport du 31 octobre 2018 du Dr F._____ (spécialisation non spécifiée) observant des modifications de la spondylose avec réaction ostéophytique marginale fine, une scoliose lombaire concave droite, une horizontalisation de l'instabilité au niveau de la charnière lombo-sacrée sans signe évident de lésion osseuse du bassin, les articulations sacro-iliaques et les hanches étant préservées (annexe pce TAF 34) ; - une attestation d'hospitalisation datée du 27 février 2019 relative à une intervention chirurgicale subie à l'hôpital C._____ en 2012 (annexe pce TAF 34) ; - un rapport de consultation du 1er mars 2019 de la Dresse D._____ (spécialiste en chirurgie générale et oncologique) selon lequel l'assuré présentait des antécédents d'adénocarcinome rectosigmoïde pour lequel il avait subi une résection rectosigmoïde antérieure le 15 octobre 2009 à l'hôpital E._____. Il avait été réopéré le 20 octobre 2009 en raison d'une désunion de l'anastomose, laquelle avait nécessité une colostomie terminale. Une tentative de rétablissement du transit intestinal avait été pratiquée en vain en juin 2011 à l'hôpital E._____, à la suite d'une nouvelle désunion d'anastomose, entraînant une nouvelle colostomie. Une nouvelle tentative de rétablissement du transit intestinal avait été opérée, en vain, à l'hôpital C._____ en mai 2012, la colostomie terminale étant alors devenue définitive. Depuis la première intervention chirurgicale subie, l'assuré signalait une anéjaculation persistante à ce jour (annexe pce TAF 34) ; - une attestation du 7 mars 2019 du Dr B._____ (médecin traitant) selon laquelle l'assuré souffrait d'un cancer du côlon opéré en 2009 et portait désormais une poche de colostomie qu'il devait changer 2 à 3 fois par jour, à l'issue de plusieurs tentatives infructueuses de rétablissement du fonctionnement intestinal ; l'assuré souffrait également de bronchite, d'obésité, de douleurs rhumatismales au niveau de la colonne vertébrale et des genoux, ainsi que de névrose anxieuse (annexe pce TAF 34) ; - un rapport du 15 mars 2019 de la Dresse D._____ (spécialiste en chirurgie générale et oncologique) indiquant que l'assuré était suivi en consultation chirurgicale générale pour un adénocarcinome colorectal. Le 15 octobre 2009, une résection antérieure avait été réalisée, suivie par une seconde opération d'anastomose, qui avait conduit à une colostomie terminale. La chimiothérapie Folfox s'était terminée en juin 2010. Une tentative de reconstruction du transit intestinal avait été pratiquée sans succès en 2011, puis en 2012, de sorte que la colostomie terminale était devenue définitive. L'assuré, qui faisait l'objet d'un suivi médical, ne présentait pas de signe de récurrence (annexe pce TAF 34).

E. 10

L'instruction médicale de la seconde procédure de révision a mis en évidence de nouveaux diagnostics.

E. 10.1

Dans le formulaire E213 du 20 novembre 2014, la Dresse L._____ (médecin-conseil auprès de l'organisme de liaison [pce AI 60]) a fait état de cervicalgies, de paresthésies des membres supérieurs et indiqué que l'assuré était déprimé. Le Tribunal constate qu'aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle ne sont rattachées à ces diagnostics. Ils ne

sont plus même mentionnés dans le formulaire E213 subséquent établi le 2 novembre 2015 (pce AI 78) par la même Dresse L. _____ qui décrit alors un assuré de 1 m. 68 pour 73 kg., un Lasègue négatif au niveau de la colonne vertébrale, sans troubles des membres supérieurs et inférieurs, ni atteinte à la capacité de marcher, la force musculaire et le tonus étant conservés. En outre, les diagnostics en cause ne figurent dans aucun autre des rapports médicaux au dossier au moment de la décision litigieuse. S'agissant de l'état déprimé, le Tribunal ajoute qu'aucun suivi ni médication psychiatriques correspondants ne sont mentionnés. Les pièces au dossier ne documentent pas de retrait social, ni d'épuisement des ressources personnelles du recourant, ce dernier déclarant au contraire se déplacer en voiture ou en moto et effectuer de menus travaux agricoles (cf. courrier du 31 mai 2016 [pce TAF 12]). Dans ces conditions, l'état déprimé évoqué par la Dresse L. _____ apparaît comme une affection accessoire au diagnostic principal que constitue l'affection tumorale et figure à l'arrière-plan du status médical présenté par l'assuré. Dans ces circonstances, la seule mention d'un diagnostic psychique secondaire, sans description de répercussions fonctionnelles correspondantes, dans un contexte médical prédominé par des affections d'ordre somatique, ne suffit pas à justifier la mise en oeuvre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (cf. notamment ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_341/2018 du 13 août 2018 consid. 6.2, 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1, 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1, 9C_95/2017 du 25 août 2017 consid. 5). Cela étant, c'est à juste titre que l'autorité de première instance n'a pas tenu compte de ces nouveaux diagnostics, dont le recourant ne se prévaut du reste pas.

E. 10.2

Compte tenu de ce qui précède et en particulier du fait que les troubles de cervicalgies, paresthésies des membres supérieurs et état déprimé diagnostiqués en novembre 2014 par la Dresse L. _____ ne l'étaient plus en novembre 2015, force est de constater que les diagnostics de bronchite, obésité, douleurs rhumatismales au niveau de la colonne vertébrale et des genoux ainsi que de névrose anxieuse posés plusieurs années plus tard par le Dr B. _____ (médecin traitant) dans son rapport du 7 mars 2019 (annexe pce TAF 34), ainsi que ceux de modifications de la spondylose avec réaction ostéophytique marginale fine, de scoliose lombaire concave droite et d'horizontalisation de l'instabilité au niveau de la charnière lombo-sacrée rapportés le 31 octobre 2018 par le Dr F. _____ (spécialisation non spécifiée [annexe pce TAF 34]) ne sauraient être considérés comme étroitement liés à l'objet du présent litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, de sorte qu'ils seront écartés de la présente procédure de recours (cf. consid. 3.2.2 supra). Pour les mêmes motifs, il en va également ainsi des palpitations cardiaques correspondant à une arythmie cardiaque mentionnées dans le rapport du 29 mars 2016 du service cardiologique de l'hôpital E. _____, affections dont il a de surcroît été précisé qu'elles avaient été maîtrisée par traitement médicamenteux de bêtabloquants sans nécessité de suivi, à défaut de pathologie cardiaque (annexe pce TAF 34 [cf. consid. 3.2.2 supra]).

E. 11.1

S'agissant du trouble oncologique, le Tribunal constate que les avis médicaux recueillis au cours de la seconde procédure de révision établissent de manière unanime que l'affection tumorale - avec pour unique séquelle une poche de colostomie - ne présente aucun signe de récurrence, que le recourant est en rémission depuis 5 ans et subit une incapacité de travail totale et permanente dans son ancien métier de maçon. Il n'y a par conséquent pas lieu

d'examiner ces points de manière plus approfondie.

E. 11.2

Par contre, le recourant reproche à l'OAIE de lui avoir reconnu une capacité entière de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Se prévalant essentiellement de l'avis de son médecin traitant (cf. rapports des 29 juin 2015, 21 juillet 2016 et 7 mars 2019 du Dr B. _____ [pce AI 69, annexes pce TAF 17 et 34]) et de celui de la Dresse D. _____ (spécialiste en chirurgie générale et oncologique ; rapports des 1er et 15 mars 2019 [annexes pce TAF 34]), il soutient souffrir de la colostomie définitive et de la poche abdominale, lesquels l'empêcheraient d'exercer toute activité lucrative.

E. 11.3

À l'appui de la décision litigieuse, l'OAIE s'est fondé sur l'avis de son service médical, en particulier sur les prises de position médicale établies les 19 mai 2015 et 6 août 2015 par la Dresse K. _____ (spécialiste FMH en oncologie et hématologie [pces AI 64 et 74]).

E. 11.3.1

Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 352 consid. 3a et les références citées). Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). Il faut en outre que le médecin 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, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit., ad art. 57 n° 33).

E. 11.3.2

Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports du service médical interne de l'assureur mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit., p. 774 n° 43). Pour avoir valeur probante, les rapports - établis sur dossier - par le service médical interne de l'assureur présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé, médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17

décembre 2009 consid. 7.2, 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). En effet, les rapports du service médical interne de l'assureur ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, relatif aux services médicaux régionaux [SMR]), mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences avec les expertises et les rapports des SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que ces derniers. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit., p. 774 n° 43 ss). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins du service médical interne de l'OAIE doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3).

E. 11.4.1

Dans ses prises de position médicale SM-OAIE des 19 mai 2015 et 6 août 2015 (pces AI 64 et 74), la Dresse K. _____ (spécialiste FMH en oncologie et hématologie) indique que l'assuré a souffert d'un adénocarcinome du rectum traité par résection antérieure en octobre 2009 avec colostomie définitive suite à plusieurs tentatives de rétablissement de la continuité et par chimiothérapie. Le rétablissement de la continuité par voie chirurgicale avait été tenté à partir de 2011 et le pronostic avait été très réservé. Depuis lors, l'assuré se trouvait en rémission complète prolongée et pouvait être considéré comme guéri. Partant, son état de santé apparaissait stabilisé et permettait, à partir du 13 octobre 2014, l'exercice à 100 % d'activités légères, non stressantes, en position de travail alternée assise/debout, sans déplacement sur de longues distances, sans port de charges lourdes ou/et supérieures à 5 kg., sans exposition aux émanations, à de la poussière, au froid, à la chaleur, à l'humidité et aux intempéries, telles que des activités de surveillance, de conciergerie, de classement ou d'archivage. Par contre, la colostomie définitive interdisait les efforts, de sorte que l'incapacité de travailler comme maçon demeurait totale, de même que des activités impliquant des contacts avec une clientèle en raison des odeurs incommodantes dégagées par certaines poches de stomie.

E. 11.4.2

Ces rapports ont été établis par une spécialiste en oncologie et en hématologie. Etablis sans examen sur le patient, ils reposent en revanche sur un dossier qui contient un établissement non lacunaire de l'état de santé (exposé complet de l'anamnèse, examen de l'évolution de l'état de santé et du status actuel, ainsi que de la capacité de travail dans l'ancien métier et dans une activité raisonnablement exigible). L'ensemble des avis médicaux retenant un status post adénocarcinome du rectum traité par résection antérieure avec colostomie définitive en rémission complète prolongée sans signe de récurrence depuis 5 ans, il s'est ainsi essentiellement agi d'apprécier un état de santé stabilisé, médicalement établi par des

spécialistes et non contesté, ainsi que, en particulier, l'impact de la colostomie terminale et de la poche de stomie sur la capacité résiduelle de travail du recourant, évaluation pour laquelle un examen direct sur la personne de l'assuré ne figurait plus au premier plan.

E. 11.4.3

Dûment motivées, les conclusions de la Dresse K. _____ exposent clairement les raisons pour lesquelles une capacité de travail de 100 % peut être retenue depuis le 13 octobre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par la colostomie terminale et la poche de stomie. Elles décrivent l'impact de ces dernières sur la capacité résiduelle de travail et dressent une liste cohérente des activités professionnelles raisonnablement exigibles dans les secteurs de la surveillance, de la conciergerie, du classement ou de l'archivage. Elles ne sont infirmées par aucun des autres avis médicaux figurant au dossier, certains même exprimés par d'autres spécialistes en oncologie (cf. rapports des 1er et 15 mars 2019 de la Dresse D. _____ [spécialiste en chirurgie générale et oncologique ; annexes pce TAF 34]) et gastro-entérologie (cf. rapports des 13 octobre 2014 et 30 juin 2015 du Dr N. _____ [spécialiste en chirurgie gastroentérologique ; pces AI 59 et 68]). Seul le Dr B. _____ considère que la néoplasie maline du côlon avec colostomie définitive entraîne une incapacité totale de travail de son patient dans n'importe quelle profession depuis 2009 (cf. rapports des 29 juin 2015, 21 juillet 2016 et 7 mars 2019 [pce AI 69, annexes pce TAF 17 et 34]). Ces dernières considérations, isolées et dépourvues de motivation, ne sauraient emporter la conviction de la Cour, cela d'autant moins qu'elles émanent du médecin traitant dont il convient d'apprécier l'avis avec une certaine réserve, les médecins traitant étant généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leurs patients en raison de la relation de confiance qui les unit à ces derniers (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3b/cc). Pour ces mêmes motifs, l'on ne saurait reprocher à la Dresse K. _____ de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles elle s'est écartée des conclusions du Dr B. _____.

E. 11.4.4

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal considère que les prises de position médicale de la Dresse K. _____ sont fondées sur une analyse exhaustive du dossier, en complète connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Les points litigieux ont fait l'objet d'un examen circonstancié et les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Exemptes de contradiction et dûment motivées, ces prises de position ne suscitent aucun doute, de sorte qu'il y a lieu de leur conférer pleine valeur probante. Sur la base de ces dernières, il peut être retenu, sans investigations complémentaires, que le recourant a recouvré, à compter du 13 octobre 2014, une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la Dresse K. _____.

E. 12

Il reste à déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure est conforme au droit et si la capacité de travail totale de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé peut, le cas échéant, fonder la suppression de son droit - et celui de ses enfants - à une rente entière.

E. 12.1

Pour calculer le taux d'invalidité des assurés qui - à l'instar du recourant - ont exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, le revenu que l'intéressé aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait

obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui (revenu d'invalidé), après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGa).

E. 12.1.1

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance (hypothétique) du droit à la rente ; 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). Dans le cas d'une révision, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la révision (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2, 128 V 174 consid. 4a ; arrêt du TF 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). En l'occurrence, il a été statué sur la révision du droit à la rente du recourant par décision du 5 février 2016, de sorte que l'année 2016 constitue l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus.

E. 12.1.2

Les salaires avant et après invalidité doivent être indexés conformément à l'année de référence pour la comparaison des revenus, soit jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente suite au délai d'attente d'une année, soit, par analogie, jusqu'à la décision de révision (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 consid. 4a ; voir également Valterio, op. cit., p. 413 ss n° 35 ss), 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).

E. 12.1.3

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. À défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3, 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5). La comparaison des revenus doit se faire sur le même marché du travail car les salaires et le coût de la vie ne sont pas les mêmes entre deux pays et ne permettent pas une comparaison objective (ATF 110 V 273 consid. 4b). Dès lors, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie existant généralement entre la Suisse et les pays des assurés résidant à l'étranger, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son état de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces cas, les rémunérations retenues par l'ESS peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (Valterio, op. cit.,

n° 45 p. 421 ; ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêts du TF I 215/04 du 4 mai 2005 et I 321/05 du 28 octobre 2005).

E. 12.2

Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'OAIE s'est basé sur les salaires mensuels réalisés au Portugal en 2007 selon le Bulletin des statistiques du travail publié en 2009 par le Bureau International du Travail (ci-après : BIT) sur la base de l'enquête effectuée d'octobre 2007 et 2008. Au titre de salaire sans invalidité, il a considéré comme établi au dossier que l'assuré avait travaillé au Portugal comme maçon / coffreur jusqu'au 31 août 2005 et pris en considération le revenu mensuel d'un briqueteur de 574.84 Euros. Au titre de salaire d'invalidé, l'administration a pris en compte un revenu de 537.10 Euros correspondant à la rémunération moyenne des activités de manoeuvre dans l'imprimerie (585.95 Euros) et de caissier dans le commerce de détail (488.25 Euros). Compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré, notamment de son jeune âge, aucun abattement n'a été opéré sur le salaire d'invalidé. La comparaison des revenus ainsi obtenus laissait subsister une diminution de gain de 7 % dès le 13 octobre 2014, insuffisante pour fonder le maintien du droit à la rente (pce AI 65). Invitée à se déterminer sur les modalités d'évaluation du degré d'invalidité susmentionnées, l'autorité de première instance a expliqué qu'elle avait eu pour pratique jusqu'en 2015 de se référer aux données du BIT. Elle n'avait pas tenu compte de l'activité lucrative prétendument exercée en Espagne en l'absence de pièce justificative au dossier. Elle s'était dès lors référée aux dernières statistiques disponibles pour le Portugal, soit à celles d'octobre 2007 publiées par le BIT en 2009 (pce TAF 31). L'évaluation du degré d'invalidité du recourant ainsi opérée par l'OAIE est discutable à plusieurs égards. En se référant aux salaires statistiques de 2007, sans les indexer de surcroît, l'OAIE ne s'est pas fondé sur des revenus avec et sans invalidité valables pour une comparaison des revenus déterminants en 2016. Les activités de manoeuvre dans l'imprimerie et de caissier dans le commerce de détail retenues à titre de revenu d'invalidé ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles liées au port d'une poche de stomie et ne correspondent pas aux activités raisonnablement exigibles selon le SM-OAIE. En outre, la jurisprudence requiert de se fonder sur la valeur médiane du tableau statistique considéré, à l'exclusion d'une valeur moyenne de plusieurs branches (cf. arrêts du TF 8C_192/2013 du 16 août 2013 consid. 7.2 et 8C_370/2013 du 23 octobre 2013 consid. 4.2.2). Dans ces circonstances et à défaut d'un salaire de référence concret pour l'année 2016, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant en se fondant sur les salaires statistiques ressortant de l'ESS.

E. 12.3

Compte tenu de la date de la décision querellée, il sera fait référence aux salaires statistiques de l'ESS de 2014 publiées en 2016 (ESS 2014 ; cf. arrêt du TAF C-6048/2016 du 21 février 2019 consid. 8.2.1 ; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6286470.html>, consulté le 7 avril 2020).

E. 12.3.1

S'agissant du revenu sans invalidité, les données ESS 2014 pour les branches économiques du secteur privé (tableau TA1_skill-level) indiquent, pour un employé du secteur de la construction (chiffre 41) effectuant des tâches manuelles simples (niveau de compétence : 1), un revenu statistique mensuel médian correspondant à 40 heures hebdomadaires de 5'507.- francs en 2014, soit 5'602.80 francs en 2016 après indexation (2014 = 103.5 ; 2016 =

105.3 ; cf. OFS, Indice suisse des salaires : indice et variation sur la base 2010 = 100 [NOGA08], T2.1.10 Indice des salaires réels, homme, 2011-2018, chiffres 41 - 43). Après adaptation à la durée usuelle de travail hebdomadaire dans la branche concernée de 41.4 heures en 2016 (cf. OFS, Statistiques de la durée normale du travail en entreprises selon la division économique [NOGA 2008] en heures par semaine, chiffres 41 - 43), le Tribunal retient un salaire mensuel médian sans invalidité de 5'799.- francs.

E. 12.3.2

S'agissant du salaire d'invalide, il y a en principe lieu de se fonder sur la valeur médiane du tableau ESS TA1 (secteur privé), ligne « total secteur privé » dont l'utilisation est prescrite par la jurisprudence (ATF 133 V 545 consid. 5.1 et 5.2, 124 V 321 consid. 3b/aa) et non sur un panel de secteurs spécifiques d'activités. Toutefois, la jurisprudence permet, pour des motifs d'opportunité, notamment lorsque certains domaines d'activité sont totalement exclus en raison des limitations, de déroger à la règle générale et de prendre en considération un secteur ou une branche particulière lors du calcul du salaire d'invalide (arrêt du TF 9C_311/2012 du 23 août 2012 consid. 4.1). Au vu des activités professionnelles listées par le service médical de l'OAIE - à savoir les activités de gardiennage / conciergerie / archivage / classement -, l'on peut se fonder sur la catégorie des activités de services administratifs (chiffres 77, 79-82) qui paraît la mieux adaptée - à tout le moins la plus favorable - au recourant. Pour un employé effectuant ainsi des tâches manuelles simples (niveau de compétence : 1), les données ESS 2014 pour les branches économiques du secteur privé (tableau TA1_skill-level) indiquent un revenu statistique mensuel médian correspondant à 40 heures hebdomadaires de 4'443.- francs en 2014, soit 4'511.30 francs en 2016, après indexation (2014 = 104.1 ; 2016 = 105.7 ; cf. OFS, Indice suisse des salaires : indice et variation sur la base 2010 = 100 [NOGA08], T2.1.10 Indice des salaires réels, homme, 2011-2018, chiffres 77-82), respectivement 4'748.10 francs après adaptation à la durée usuelle de travail hebdomadaire dans la branche concernée pour 2016 de 42.1 heures (cf. OFS, Statistiques de la durée normale du travail en entreprises selon la division économique [NOGA 2008] en heures par semaine, chiffres 77-82).

E. 12.4

Cela étant, la comparaison du revenu sans invalidité (5'799.- francs) et du revenu avec invalidité (4'748.10 francs) aboutit à un taux d'invalidité arrondi (cf. ATF 130 V 121) de 18 % ($(5'799 - 4'748.10) \times 100 / 5'799 = 18.12 \%$), ce qui est insuffisant pour maintenir le droit à la rente d'invalidité du recourant et de ses enfants. S'agissant d'un éventuel abattement du revenu d'invalide, le Tribunal observe que les désagréments liés à la colostomie et à la poche de stomie ont été pris en compte par la médecin-conseil du service médical dans son examen d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant, puisqu'elle recommande des activités légères, non stressantes, en position de travail alternée assise/debout, sans déplacement sur de longues distances, sans port de charges lourdes ou/et supérieures à 5 kg., sans exposition aux émanations, à de la poussière, au froid, à la chaleur, à l'humidité et aux intempéries, et exclut toute activité au contact de la clientèle en raison des odeurs incommodantes dégagées par certaines poches. Ces éléments ne sauraient donc être pris en compte une seconde fois dans l'évaluation du revenu d'invalide (cf. arrêts du TF 9C_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2, 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1 et 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). Compte tenu du fait que l'assuré ne dispose que d'une formation scolaire de base et qu'il va devoir intégrer un nouveau milieu professionnel dans lequel il ne pourra pas se prévaloir de l'expérience acquise

précédemment, l'on pourrait procéder au mieux à un abattement de 10 % du revenu d'invalidé (cf. ATF 137 V 71 consid. 5 ; arrêt du TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4 ; arrêt du TAF C-4953/2016 du 13 septembre 2019 consid. 7.2). Cette question peut cependant demeurer indécise dans la mesure où elle est sans incidence sur l'issue du litige. Même en tenant compte d'un tel abattement, la perte de gain en résultant s'élèverait alors tout au plus à 26 % ($[5'799 - (4'748,10 \times 0,9)] \times 100 / 5'799 = 26,31 \%$), ne justifiant pas le maintien de son droit à la rente. Partant, c'est à bon droit que l'OAIE a supprimé leur droit à la rente dès le 1er avril 2016 (cf. art. 88a al. 2 let. a RAI ; cf. consid. 6.4 supra).

E. 13

Il convient enfin d'examiner le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel. La jurisprudence considère en effet qu'avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit en principe examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc. ; arrêt du TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références citées, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). En effet, des mesures d'ordre professionnel s'imposent, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, 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 un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne signifie pas pour autant que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in : SVR 2011 IV n° 73 p. 220). En l'espèce, le recourant était âgé de 40 ans en 2016 et il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité avec effet au 1er août 2010. Compte tenu de son jeune âge et d'une durée du droit à la rente - 6 années - inférieure à 15 ans, il ne saurait prétendre à des mesures d'ordre professionnel.

E. 14

Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé.

E. 15.1

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI), fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 400.- francs. Le recourant, qui succombe, en est toutefois dispensé dans la mesure où il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle par décision incidente du Tribunal du 26 octobre 2016 (pce TAF 35).

E. 15.2

Il n'est alloué de dépens ni au recourant qui succombe (art. 64 al. 1 a contrario PA et art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]) ni à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.