

BVGer C-3949/2021 vom 7. Februar 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3949_2021

FR: TAF C-3949/2021 du 7 février 2025

IT: TAF C-3949/2021 del 7 febbraio 2025

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA ; RS 172.021] ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.1

Sous réserve d'exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32), le Tribunal de ceans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale

C-3949/2021 Page 10 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE (ATF 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références).

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce, le recourant ayant un intérêt à la continuation de la perception d'une rente d'invalidité entière et donc à la modification de la décision at-taquée.

E. 1.4

Interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA ; art. 21a PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de la procédure ayant au demeurant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA) (TAF pces 1, 2, 9, 6).

E. 2

L'objet du litige porte sur la diminution à une demi-rente du droit de l'assuré à une rente entière.

E. 3

Le recourant étant un ressortissant espagnol, domicilié en Espagne, ayant cotisé en Suisse et en Espagne, l'affaire présente un aspect transnational (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1 ; 141 V 521 consid. 4.3.2). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence de- puis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement

C-3949/2021 Page 11 européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parle- ment européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'Annexe II en relation avec la section A de l'Annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont éga- lement applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au rè- glement 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). Toute- fois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coor- dination, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se dé- termine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'Annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tri- bunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administra- tif, vol. II, 3ème éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ail- leurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumen- tation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op.cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure ad- ministrative, 2013, no 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bun- desverwaltungsgericht, 3e éd., 2022, no 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF

C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA). Conformément à l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation

C-3949/2021 Page 12 inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

E. 5.1

Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 5.2

Pour sa part, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait devant être apprécié juridiquement ou ayant des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1, 144 V 210 consid. 4.3.1, 143 V 446 consid. 3.3, 136 V 24 consid. 4.3, 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'occurrence, le présent litige porte sur la décision du 30 juin 2021 de l'OAIE de réduire à une demi-rente, le droit du recourant à une rente entière, compte tenu d'une éventuelle amélioration de sa capacité de travail à partir du 19 janvier 2021 (cf. supra let. B.b.d). Cela étant, la cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) qui seront seules citées dans la présente affaire. Entrées en vigueur le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA adoptées le 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celles du 3 novembre 2021 apportées au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706) ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

E. 5.3

Sur le plan factuel, 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 30 juin 2021). Les faits nouveaux qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision litigieuse mais qui n'étaient pas connus de l'instance inférieure peuvent être invoqués dans la procédure devant le tribunal des assurances sociales. Il en va de même des nouveaux moyens de preuve (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, op.cit. § 2.204, p. 132; voir également arrêt du TAF C-2077/2020 du 22 novembre 2022 consid. 3.4). Les faits survenus postérieurement, aussi appelés vrais novas, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer

C-3949/2021 Page 13 l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.) respectivement s'il permet de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1,

121 V 362 consid. 1b).

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré 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). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA). S'agissant des maladies psychiques, tels les syndromes somatoformes douloureux sans substrat organique objectivable, autrement appelés « troubles somatoformes douloureux », les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3), ou encore les troubles dépressifs, y compris de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la

C-3949/2021 Page 14 lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss). Le point de départ de cet examen, et donc sa condition première, nécessaire à la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, est la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Puis, afin d'évaluer la capacité de travail et le caractère invalidant des affections susmentionnées, le Tribunal fédéral a conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3) : la catégorie « degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3), comprenant le complexe « atteinte à la santé » (consid. 4.3.1 : expression des éléments pertinents pour le diagnostic, succès du traitement ou résistance à cet égard, succès de la réadaptation ou résistance à cet égard, comorbidités), le complexe « personnalité » (consid. 4.3.2 : structure et développement de la personnalité, ressources personnelles) et le complexe « contexte social » (consid. 4.3.3) ; ainsi que la catégorie « cohérence » (consid. 4.4 : point de vue du comportement), relative à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et au

poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 6.2

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 (arrêts 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.).

C-3949/2021 Page 15

E. 6.2.1

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 et 9C_59/2010 du

E. 6.2.2

S'agissant 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 raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patiente (ATF 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) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 22 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [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 ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

E. 6.2.3

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

C-3949/2021 Page 16 pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 43). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE 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 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. 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). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op.cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d).

E. 6.3

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

C-3949/2021 Page 17

E. 6.3.1

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse avec 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 fondé sur une constatation des faits pertinents, une

appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, en présence d'indices laissant entrevoir une modification des facteurs économiques (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; MARGIT MO-SER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 20 ; VALTERIO, op.cit., art. 31 n. 19). Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, 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. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 11 ss, et les réf. cit.).

E. 6.3.2

Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; VALTERIO, op.cit., art. 31 n° 11 ss). L'établissement d'un motif de révision s'effectue par la comparaison de l'état antérieur et l'état actuel. La constatation de l'état de santé actuel et des répercussions fonctionnelles qui en découlent constitue certes le point de départ de l'évaluation ; elle ne doit toutefois pas avoir lieu de manière indépendante, mais au contraire refléter une différence concrète avec l'état antérieur pour devenir pertinente dans le cadre de la décision de révision de rente. Les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée. La valeur probante d'une évaluation médicale complète, cohérente et concluante, qui

C-3949/2021 Page 18 satisfait en soi les exigences posées par la jurisprudence en vue d'une première évaluation du droit à la rente, fait donc en général défaut lorsque celle-ci diffère d'une évaluation précédente sans se prononcer suffisamment sur la mesure dans laquelle une modification effective de l'état de santé s'est produite. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêts du TF 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 ; 8C_170/2017 du 13 octobre 2017 consid. 5.2).

E. 6.3.3

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. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision

(arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2). Une évaluation médicale ré-pondant aux réquisits jurisprudentiels posés dans le cadre d'une évaluation initiale du droit à la rente ne saurait se voir conférer pleine valeur probante dans le cadre d'une procédure de révision si elle ne démontre pas suffisamment une modification notable de l'état de santé et de la capacité de travail. Un tel rapport d'expertise doit établir clairement que les faits cons- titutifs de la modification sont nouveaux et/ou que les faits préexistants se sont substantiellement modifiés dans leur nature et/ou leur étendue. Tel sera le cas si les experts décrivent les aspects spécifiques de l'évolution de l'état de santé et leur impact sur le développement de la capacité de travail de l'assuré. Ces exigences doivent se refléter dans le contenu des questions posées à l'expert (arrêt du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 ; ar- rêt du TAF C-2687/2017 du 3 février 2022 consid. 9.2.1 ; MOSER-SZELESS, op.cit., art. 17 n. 12).

E. 6.3.4

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux pres- tations 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 (art. 88a al. 1 RAI).

C-3949/2021 Page 19 7. En l'espèce, afin d'examiner le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 30 juin 2021 réduisant à une demi-rente le droit du recourant à une rente entière (cf. infra consid. 7.2-7.3), il convient de comparer les faits ayant pré- sidé à ce prononcé avec ceux ayant fondé l'octroi d'une rente entière à partir du 1er août 2019 par décision du 9 octobre 2019 (cf. infra consid. 7.1), correspondant au dernier examen matériel du droit à la rente. 7.1 Par décisions du 9 octobre 2019 et 12 novembre 2019, l'OAIE a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière à partir du 1er août 2019 compte tenu d'une incapacité de travail de 20% dès le 18 avril 2018 et de 100% dès le 20 septembre 2018 dans toute activité lucrative. Cette décision a été fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE établie le 5 juillet 2019 et complétée le 22 juillet 2019 par la Dre D. _____ (spécialiste en méde- cine interne et intensive) qui a posé le diagnostic principal d'adénocarci- nome prostatique Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, ainsi que le diagnostic as- socié avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sur sténose distale de l'urètre pénien. Elle a expliqué que le patient souffrait d'un adénocarcinome prostatique avec métastatisation hilair bilatérale et osseuse (symphyse pubienne droite) malgré une prostatectomie radicale suivie d'une hormonothérapie. Lors du bilan, une néoplasie vésicale papil- laire de bas grade avait également été mise en évidence, nécessitant (dans le même temps opératoire) une résection transurétrale de la vessie. L'inter- vention avait été compliquée en raison de rétentions urinaires récidivantes sur sténose méatale. L'intervention chirurgicale subie en septembre 2018 avait entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. En revanche, les symptômes urinaires (pollakiurie) présentés dès le 13 avril 2018 n'avaient pas été au sens strict invalidants, mais la pathologie tumorale pouvait être considérée comme partiellement invalidante de sorte qu'une incapacité de travail de 20% pouvait être retenue

dès le 13 avril 2018. Le traitement prescrit à l'assuré consistait en la prise d'Eligard semestriel (OAIE pces 42-45). 7.2 Pour réduire à une demi-rente le droit de l'assuré à une rente entière par la décision litigieuse prononcée le 30 juin 2021, l'autorité inférieure a considéré que celui-ci présentait une amélioration de son état de santé lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans une activité lucrative de substitution depuis le 19 janvier 2021 (OAIE pces 109, 111, 124, 127). A l'appui de son prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de

C-3949/2021 Page 20 position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____ (médecin généraliste) aux termes de laquelle l'assuré présente le diagnostic principal d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, sans signes d'activité tumorale, et les diagnostics associés avec répercussions sur la capacité de travail de 1° carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien, 2° de cervicarthrose et 3° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire entraînant une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne profession de maçon mais permettant depuis le 19 janvier 2021 – date correspondant à la date du rapport médical détaillé « E 213 » du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) – l'exercice à 50 % d'une activité lucrative respectant une limitation fonctionnelle générale due à l'asthénie ainsi que les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes : travail s'exerçant en position assise, sans activités nécessitant de se pencher, sans port de charge de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance. Le médecin SM/OAIE a précisé que l'état de santé clinique s'était stabilisé et que les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituaient pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps, l'état de santé de l'assuré n'étant au demeurant pas stabilisé (OAIE pce 123). 7.2.1 Le recourant – qui conteste toute amélioration de son état de santé, en particulier l'absence de récurrence et de métastases – soutient que l'augmentation de l'activité pathologique dans la lésion osseuse démontrerait au contraire une aggravation de son état de santé clinique. A cet égard, il se prévaut en particulier d'une augmentation de la captation de choline au niveau osseux qui confirmerait l'aggravation de la situation clinique. Il ajoute que ses pathologies ainsi que le traitement à base d'enzalutamide – lequel impliquerait d'être surveillé par un tiers pour chaque prise de médicament et de se tenir à proximité d'un centre médical ou d'un hôpital – administré dès le 21 juin 2021 lui causeraient des éruptions de la peau, des difficultés respiratoires, un gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge, des bouffées de chaleur, des rougeurs au visage, une défiguration faciale, des pertes urinaires, des œdèmes, de l'hypertension artérielle et une humeur déprimée. Ces effets secondaires, qui entraveraient gravement ses contacts et rapports sociaux, ainsi que la nécessité de se trouver près d'un hôpital pour chaque prise du médicament seraient incompatibles avec l'exercice de quelque activité lucrative que ce soit.

C-3949/2021 Page 21 7.2.2 L'OAIE, qui conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, retient que les pièces produites en procédure de recours seraient identiques à celles produites précédemment. Sur le fond, l'autorité inférieure fait valoir que selon son service médical, l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et en particulier le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) établiraient que l'état de santé de l'assuré se serait notablement amélioré depuis le 19 janvier 2021 à la

faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique grâce au traitement contre le cancer, l'assuré ne présentant pas de complications ultérieures et n'étant pas soumis à un traitement lourd. Même si une fatigue due au traitement hormonal persistait, l'assuré était médicalement apte à exercer à 50% une activité lucrative légère depuis le 19 janvier 2021 (TAF pce 10). 7.3 Pour réduire le droit à la rente du recourant, l'OAIE, reprenant l'avis du Dr L. _____ (médecin-conseil SM/OAIE), considère que l'assuré présente une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de la situation clinique avec confirmation d'un bon état général sans autres complications, ni signes de récurrence ni de métastases ni de thérapies lourdes. Nonobstant la persistance d'une fatigue marquée résultant du traitement continu d'hormonothérapie, l'assuré aurait ainsi récupéré depuis le 19 janvier 2021 une capacité de travail de 50% dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenues. 7.3.1 Or, le rapport du 9 décembre 2020 du Dr I. _____ (spécialiste au- près de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) et le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil – dont la spécialisation n'est pas spécifiée – auprès de K.) indiquent que l'assuré présente les symptômes d'un éventuel CPRC, des analyses médicales ayant été demandées afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic (OAIE pces 103, 97). Les 2 et 30 juin 2021, le Dr I. _____ confirme le diagnostic de CPRC, ce dernier étant alors de stade M1b, constate la prise d'enzalutamide pour le traiter, et en outre constate un bon état général du patient dans un contexte de tumeur vésicale superficielle de bas grade et d'adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1 traitée par thérapie de déprivation androgénique (TAF pce 1, annexe). Les rapports précités établissent ainsi que contrairement aux constatations de l'OAIE et du Dr L. _____, l'assuré présente depuis la décision d'octroi de rente prononcée le 9 octobre 2019 le nouveau diagnostic de CPRC M1b

C-3949/2021 Page 22 traité par voie d'enzalutamide depuis juin 2021. Aussi la pathologie d'adénocarcinome prostatique de score Gleason 8 (4 + 4) sur métastases dans la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales ainsi que de carcinome vésical avec sténose de l'urètre pénien ne s'est-elle pas stabilisée, mais semble-t-il péjorée. Cela étant, force est de constater que l'OAIE, suivant en cela l'avis du Dr L. _____, a considéré à tort que les pièces médicales produites par l'assuré en procédure de recours étaient identiques à celles transmises auparavant et ce faisant, a retenu de manière erronée que l'assuré présentait une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique, sans autres complications, ni signes de récurrence, ni métastases. Il apparaît ainsi que la capacité résiduelle de travail prétendument recouvrée par l'assuré à hauteur de 50% dans une activité lucrative de substitution à compter du 19 janvier 2021 a été retenue en méconnaissance du CPRC et du traitement d'enzalutamide en résultant (OAIE pces 42, 55, 54, 61, 69, 97 p. 7 et p. 8, 103 p. 4, 124, 116 ; TAF pces 1, 10, annexe). 7.3.2 A cela s'ajoute que dans ses prises de position médicales des 22 février 2021 et 17 mars 2021, le Dr L. _____ retient le diagnostic principal d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales et le diagnostic associé avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien entraînant les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes: travail s'exerçant à mi-temps en position assise, sans activité nécessitant de se pencher, ni port de charges de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance (OAIE pces 106, 109 ;

cf. supra lettre B.b.a p. 4 s.). Dans sa prise de position du 15 juin 2021, le Dr L._____ retient les deux nouveaux diagnostics de 1° cervicarthrose et 2° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire qu'il considère comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, en même temps qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues pour les seuls adénocarcinome prostatique et carcinome vésical. Compte tenu de la nature oncologique d'une part et orthopédique d'autre part des atteintes diagnostiquées, l'explication du Dr L._____ selon laquelle les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituent pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps (cf. prise de position médicale du Dr L._____ du

E. 7

En l'espèce, afin d'examiner le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 30 juin 2021 réduisant à une demi-rente le droit du recourant à une rente entière (cf. infra consid. 7.2-7.3), il convient de comparer les faits ayant présidé à ce prononcé avec ceux ayant fondé l'octroi d'une rente entière à partir du 1er août 2019 par décision du 9 octobre 2019 (cf. infra consid. 7.1), correspondant au dernier examen matériel du droit à la rente.

E. 7.1

Par décisions du 9 octobre 2019 et 12 novembre 2019, l'OAIE a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière à partir du 1er août 2019 compte tenu d'une incapacité de travail de 20% dès le 18 avril 2018 et de 100% dès le 20 septembre 2018 dans toute activité lucrative. Cette décision a été fondée sur la prise de position médicale SM/OAIE établie le 5 juillet 2019 et complétée le 22 juillet 2019 par la Dre D._____ (spécialiste en médecine interne et intensive) qui a posé le diagnostic principal d'adénocarcinome prostatique Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, ainsi que le diagnostic associé avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur résection transurétrale de la vessie pratiquée le 20 septembre 2018 et sur sténose distale de l'urètre pénien. Elle a expliqué que le patient souffrait d'un adénocarcinome prostatique avec métastatisation hilair bilatérale et osseuse (symphyse pubienne droite) malgré une prostatectomie radicale suivie d'une hormonothérapie. Lors du bilan, une néoplasie vésicale papillaire de bas grade avait également été mise en évidence, nécessitant (dans le même temps opératoire) une résection transurétrale de la vessie. L'intervention avait été compliquée en raison de rétentions urinaires récidivantes sur sténose méatale. L'intervention chirurgicale subie en septembre 2018 avait entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. En revanche, les symptômes urinaires (pollakiurie) présentés dès le 13 avril 2018 n'avaient pas été au sens strict invalidants, mais la pathologie tumorale pouvait être considérée comme partiellement invalidante de sorte qu'une incapacité de travail de 20% pouvait être retenue dès le 13 avril 2018. Le traitement prescrit à l'assuré consistait en la prise d'Eligard semestriel (OAIE pces 42-45).

E. 7.2

Pour réduire à une demi-rente le droit de l'assuré à une rente entière par la décision litigieuse prononcée le 30 juin 2021, l'autorité inférieure a considéré que celui-ci présentait une amélioration de son état de santé lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail de 50% dans une activité lucrative de substitution depuis le 19 janvier 2021 (OAIE pces 109, 111, 124, 127). A l'appui de son prononcé, l'OAIE s'est fondé sur la prise de position

médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____ (médecin généraliste) aux termes de laquelle l'assuré présente le diagnostic principal d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales, sans signes d'activité tumorale, et les diagnostics associés avec répercussions sur la capacité de travail de 1° carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien, 2° de cervicarthrose et 3° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire entraînant une incapacité de travail de 100% dans l'ancienne profession de maçon mais permettant depuis le 19 janvier 2021 date correspondant à la date du rapport médical détaillé « E 213 » du Dr J. _____ (médecin-conseil - dont la spécialisation n'est pas spécifiée - auprès de K.) - l'exercice à 50 % d'une activité lucrative respectant une limitation fonctionnelle générale due à l'asthénie ainsi que les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes : travail s'exerçant en position assise, sans activités nécessitant de se pencher, sans port de charge de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance. Le médecin SM/OAIE a précisé que l'état de santé clinique s'était stabilisé et que les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituaient pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps, l'état de santé de l'assuré n'étant au demeurant pas stabilisé (OAIE pce 123).

E. 7.2.1

Le recourant qui conteste toute amélioration de son état de santé, en particulier l'absence de récurrence et de métastases soutient que l'augmentation de l'activité pathologique dans la lésion osseuse démontrerait au contraire une aggravation de son état de santé clinique. A cet égard, il se prévaut en particulier d'une augmentation de la captation de choline au niveau osseux qui confirmerait l'aggravation de la situation clinique. Il ajoute que ses pathologies ainsi que le traitement à base d'enzalutamide - lequel impliquerait d'être surveillé par un tiers pour chaque prise de médicament et de se tenir à proximité d'un centre médical ou d'un hôpital administré dès le 21 juin 2021 lui causeraient des éruptions de la peau, des difficultés respiratoires, un gonflement du visage, des lèvres, de la langue et de la gorge, des bouffées de chaleur, des rougeurs au visage, une défiguration faciale, des pertes urinaires, des oedèmes, de l'hypertension artérielle et une humeur déprimée. Ces effets secondaires, qui entraveraient gravement ses contacts et rapports sociaux, ainsi que la nécessité de se trouver près d'un hôpital pour chaque prise du médicament seraient incompatibles avec l'exercice de quelque activité lucrative que ce soit.

E. 7.2.2

L'OAIE, qui conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, retient que les pièces produites en procédure de recours seraient identiques à celles produites précédemment. Sur le fond, l'autorité inférieure fait valoir que selon son service médical, l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et en particulier le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil - dont la spécialisation n'est pas spécifiée - auprès de K.) établiraient que l'état de santé de l'assuré se serait notablement amélioré depuis le 19 janvier 2021 à la faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique grâce au traitement contre le cancer, l'assuré ne présentant pas de complications ultérieures et n'étant pas soumis à un traitement lourd. Même si une fatigue due au traitement hormonal persistait, l'assuré était médicalement apte à exercer à 50% une activité lucrative légère depuis le 19 janvier 2021 (TAF pce 10).

E. 7.3

Pour réduire le droit à la rente du recourant, l'OAIE, reprenant l'avis du Dr L. _____ (médecin-conseil SM/OAIE), considère que l'assuré présente une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de la situation clinique avec confirmation d'un bon état général sans autres complications, ni signes de récurrence ni de métastases ni de thérapies lourdes. Nonobstant la persistance d'une fatigue marquée résultant du traitement continu d'hormonothérapie, l'assuré aurait ainsi récupéré depuis le 19 janvier 2021 une capacité de travail de 50% dans l'exercice d'une activité lucrative de substitution respectueuse des limitations fonctionnelles médicalement retenues.

E. 7.3.1

Or, le rapport du 9 décembre 2020 du Dr I. _____ (spécialiste auprès de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____) et le rapport médical détaillé « E 213 » du 19 janvier 2021 du Dr J. _____ (médecin-conseil - dont la spécialisation n'est pas spécifiée - auprès de K.) indiquent que l'assuré présente les symptômes d'un éventuel CPRC, des analyses médicales ayant été demandées afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic (OAIE pces 103, 97). Les 2 et 30 juin 2021, le Dr I. _____ confirme le diagnostic de CPRC, ce dernier étant alors de stade M1b, constate la prise d'enzalutamide pour le traiter, et en outre constate un bon état général du patient dans un contexte de tumeur vésicale superficielle de bas grade et d'adénocarcinome de grade 5 pT3b pN1 traitée par thérapie de déprivation androgénique (TAF pce 1, annexe). Les rapports précités établissent ainsi que contrairement aux constatations de l'OAIE et du Dr L. _____, l'assuré présente depuis la décision d'octroi de rente prononcée le 9 octobre 2019 le nouveau diagnostic de CPRC M1b traité par voie d'enzalutamide depuis juin 2021. Aussi la pathologie d'adénocarcinome prostatique de score Gleason 8 (4 + 4) sur métastases dans la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales ainsi que de carcinome vésical avec sténose de l'urètre pénien ne s'est-elle pas stabilisée, mais semble-t-il péjorée. Cela étant, force est de constater que l'OAIE, suivant en cela l'avis du Dr L. _____, a considéré à tort que les pièces médicales produites par l'assuré en procédure de recours étaient identiques à celles transmises auparavant et ce faisant, a retenu de manière erronée que l'assuré présentait une amélioration de son état de santé à la faveur d'une stabilisation de l'état de santé clinique, sans autres complications, ni signes de récurrence, ni métastases. Il apparaît ainsi que la capacité résiduelle de travail prétendument recouvrée par l'assuré à hauteur de 50% dans une activité lucrative de substitution à compter du 19 janvier 2021 a été retenue en méconnaissance du CPRC et du traitement d'enzalutamide en résultant (OAIE pces 42, 55, 54, 61, 69, 97 p. 7 et p. 8, 103 p. 4, 124, 116 ; TAF pces 1, 10, annexe).

E. 7.3.2

A cela s'ajoute que dans ses prises de position médicales des 22 février 2021 et 17 mars 2021, le Dr L. _____ retient le diagnostic principal d'adénocarcinome prostatique avec score de Gleason 8 (4 + 4) sur prostatectomie radicale pratiquée le 20 septembre 2018 et sur métastases de la symphyse pubienne droite et adénopathies hilo-médiastinales bilatérales et le diagnostic associé avec répercussions sur la capacité de travail de carcinome vésical sur sténose distale de l'urètre pénien entraînant les limitations fonctionnelles spécifiques suivantes: travail s'exerçant à mi-temps en position assise, sans activité nécessitant de se pencher, ni port de charges de plus de 5 kilos, évitant le froid, les intempéries, le travail de nuit, sans stress, ni rapidité, ni endurance (OAIE pces 106, 109 ; cf. supra lettre B.b.a p. 4

s.). Dans sa prise de position du 15 juin 2021, le Dr L. _____ retient les deux nouveaux diagnostics de 1° cervicarthrose et 2° d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire qu'il considère comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, en même temps qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues pour les seuls adénocarcinome prostatique et carcinome vésical. Compte tenu de la nature oncologique d'une part et orthopédique d'autre part des atteintes diagnostiquées, l'explication du Dr L. _____ selon laquelle les modifications dégénératives de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire ne constituent pas des arguments cliniques objectifs s'opposant à un travail sédentaire à mi-temps (cf. prise de position médicale du Dr L. _____ du 15 juin 2021 [OAIE pce 123]) n'emportent pas la conviction de la Cour de céans, à défaut de décrire en quoi la cervicarthrose et l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire interfèrent, concomitamment avec l'adénocarcinome prostatique et le carcinome vésical, concrètement sur la capacité de travail de l'assuré.

E. 7.3.3

De surcroît, le Dr L. _____ est un généraliste qui ne dispose des connaissances requises ni en oncologie ou/et urologie ni en orthopédie.

E. 7.3.4

Au vu des développements précités, force est de constater qu'il subsiste des doutes décisifs sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles en résultant respectivement sur la capacité résiduelle de travail et de gain de l'assuré. Partant, l'OAIE ne pouvait valablement fonder la décision litigieuse sur la prise de position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021 du Dr L. _____. Aussi le Tribunal de céans considère-t-il que l'instruction de la présente procédure de révision ne permet pas en l'état de statuer en connaissance de cause sur une éventuelle amélioration de l'état de santé et de la capacité résiduelle de travail respectivement de gain de l'assuré. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle diminution du droit à la rente de l'assuré, cela en violation de l'art. 43 LPGA. A cet égard, le rapport du 10 mai 2021 du Dr M. _____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) selon lequel l'existence des lésions présentées par l'assuré ainsi que les séquelles fonctionnelles du processus néoplasique et de l'hormonothérapie substitutive s'opposeraient à toute amélioration de la capacité fonctionnelle du patient - ne saurait suffire pour statuer in casu en connaissance de cause, ces constats étant établis par un médecin traitant (cf. supra consid, 6.2.2) ne disposant de surcroît pas des connaissances spécialisées en urologie et/ou oncologie.

E. 7.3.5

Par conséquent, il convient de renvoyer le dossier à l'OAIE en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'il complète l'instruction de la cause en ordonnant la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le cas échéant d'une procédure probatoire structurée (cf. supra consid. 6.1, 2ème§) dans les disciplines de l'oncologie, de l'urologie, de l'orthopédie, ainsi que, le cas échéant, de la psychiatrie - l'assuré évoquant une humeur déprimée (cf. écriture de recours du 27 août 2021 [TAF pce 1] ; voir également le rapport médical du 10 mai 2021 du Dr M. _____ [OAIE pce 117 ; cf. supra lettre B.b.c] auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P

au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'évolution de l'état de santé, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans toute activité lucrative, cela depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. En particulier, ce dernier devra répondre aux réquisits jurisprudentiels en matière d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3) et établir si l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont modifiés de manière notable durant la période courant depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'à la date d'établissement du rapport d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3; TAF, arrêt C-1336/2021 du 21 décembre 2023 consid. 6.10 et 6.11). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; Anne-Sylvie Dupont, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGa, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Si des évaluations médicales autres que celles des disciplines précitées se révèlent nécessaires, les experts en ordonneront la mise en oeuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3 avec renvois). Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst.), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit des questions déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du F 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en Espagne, il n'y a pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

E. 7.3.6

Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète l'instruction médicale dans le sens des considérants et qu'elle rende une nouvelle décision, le cursus clinique de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F. _____ pour la période courant du 13 avril 2018 au 30 juin 2021 lui étant transféré à cette fin.

E. 8

Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans rappelle que lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du TF, 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid.3.3 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

E. 9

Le Tribunal ajoute que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente couvre également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal pour

instruction complémentaire (ATF 129 V 370 consid. 4), pour autant que la procédure de révision n'ait pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également les arrêts du TF 9C_567/2017 du 21 novembre 2017 consid. 2.2, 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4 et 9C_207/2014 du 1er mai 2014 consid. 5.3). Tel n'est en l'occurrence pas le cas, la présente procédure de révision ayant été initiée sur la base de la prise de position médicale SM/OAIE du 5 juillet 2019 de la Dre D._____ (OAIE pce 42), de sorte que le retrait de l'effet suspensif prononcé par la décision litigieuse du 30 juin 2021 sera maintenu durant le complément d'instruction jusqu'au prononcé de la nouvelle décision de l'OAIE.

E. 10

Il reste à statuer sur les frais de la cause.

E. 10.1

Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA).

E. 10.2

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 22 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Dans la mesure où le recourant n'est pas représenté, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

E. 11

juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

E. 15

juin 2021 [OAIE pce 123]) n'emportent pas la conviction de la Cour de céans, à défaut de décrire en quoi la cervicarthrose et l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire interfèrent, concomitamment avec

C-3949/2021 Page 23 l'adénocarcinome prostatique et le carcinome vésical, concrètement sur la capacité de travail de l'assuré. 7.3.3 De surcroît, le Dr L._____ est un généraliste qui ne dispose des connaissances requises ni en oncologie ou/et urologie ni en orthopédie. 7.3.4 Au vu des développements précités, force est de constater qu'il subsiste des doutes décisifs sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles en résultant respectivement sur la capacité résiduelle de travail et de gain de l'assuré. Partant, l'OAIE ne pouvait valablement fonder la décision litigieuse sur la prise de position médicale SM/OAIE du 15 juin 2021

du Dr L._____. Aussi le Tribunal de céans considère-t-il que l'instruction de la présente procédure de révision ne permet pas en l'état de statuer en connaissance de cause sur une éventuelle amélioration de l'état de santé et de la capacité résiduelle de travail respectivement de gain de l'assuré. A ce défaut, l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur l'éventuelle diminution du droit à la rente de l'assuré, cela en violation de l'art. 43 LPGA. A cet égard, le rapport du 10 mai 2021 du Dr M.____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) – selon lequel l'existence des lésions présentées par l'assuré ainsi que les séquelles fonctionnelles du processus néoplasique et de l'hormonothérapie substitutive s'opposeraient à toute amélioration de la capacité fonctionnelle du patient – ne saurait suffire pour statuer in casu en connaissance de cause, ces constats étant établis par un médecin traitant (cf. supra consid, 6.2.2) ne disposant de surcroît pas des connaissances spécialisées en urologie et/ou oncologie. 7.3.5 Par conséquent, il convient de renvoyer le dossier à l'OAIE en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'il complète l'instruction de la cause en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le cas échéant d'une procédure probatoire structurée (cf. supra consid. 6.1, 2ème§) dans les disciplines de l'oncologie, de l'urologie, de l'orthopédie, ainsi que, le cas échéant, de la psychiatrie – l'assuré évoquant une humeur déprimée (cf. écriture de recours du 27 août 2021 [TAF pce 1] ; voir également le rapport médical du 10 mai 2021 du Dr M.____ [OAIE pce 117 ; cf. supra lettre B.b.c] – auprès d'experts indépendants (cf. art. 44 LPGA), désignés dans le respect des droits de participation de l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée

C-3949/2021 Page 24 sur l'évolution de l'état de santé, du traitement et de la capacité résiduelle de travail du recourant dans toute activité lucrative, cela depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'au moment de l'établissement du rapport d'expertise. En particulier, ce dernier devra répondre aux requis juridiques en matière d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3) et établir si l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont modifiés de manière notable durant la période courant depuis la décision d'octroi de rente du 9 octobre 2019 jusqu'à la date d'établissement du rapport d'expertise (cf. supra consid. 6.3.3; TAF, arrêt C-1336/2021 du 21 décembre 2023 consid. 6.10 et 6.11). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; ANNE-SYLVE DU PONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Si des évaluations médicales autres que celles des disciplines précitées se révèlent nécessaires, les experts en ordonneront la mise en œuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3 avec renvois). Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst.), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit des questions déterminantes pour la révision du droit à la rente du recourant (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du F

8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). Le recourant étant domicilié en Espagne, il n'y a pas de motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. 7.3.6 Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète l'instruction médicale dans le sens des considérants et qu'elle rende une nouvelle décision, le cursus clinique de l'Unité d'urologie du Complexe hospitalier universitaire F._____ pour la période courant du 13 avril 2018 au 30 juin 2021 lui étant transféré à cette fin.

C-3949/2021 Page 25 8. Par souci d'exhaustivité, la Cour de céans rappelle que lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du TF, 8C_173/2023 du 23 novembre 2023 consid.3.3 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références). 9. Le Tribunal ajoute que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente couvre également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal pour instruction complémentaire (ATF 129 V 370 consid. 4), pour autant que la procédure de révision n'ait pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également les arrêts du TF 9C_567/2017 du 21 novembre 2017 consid. 2.2, 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4 et 9C_207/2014 du 1er mai 2014 consid. 5.3). Tel n'est en l'occurrence pas le cas, la présente procédure de révision ayant été initiée sur la base de la prise de position médicale SM/OAIE du 5 juillet 2019 de la Dre D._____ (OAIE pce 42), de sorte que le retrait de l'effet suspensif prononcé par la décision litigieuse du 30 juin 2021 sera maintenu durant le complément d'instruction jusqu'au prononcé de la nouvelle décision de l'OAIE. 10. Il reste à statuer sur les frais de la cause. 10.1 Vu l'issue du litige, le recourant ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 132 V 215 consid. 6). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de CHF 800.- (TAF pce 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase PA). 10.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 22 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le

C-3949/2021 Page 26 Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Dans la mesure où le recourant n'est pas représenté, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante.)

C-3949/2021 Page 27

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