

# **BVGer C-5421/2023 vom 25. August 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5421\\_2023\\_d20230825](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5421_2023_d20230825)

FR: TAF C-5421/2023 du 25 août 2023

IT: TAF C-5421/2023 del 25 agosto 2023

## **Regeste**

Révision de la rente | Assurance-invalidité, suppression de la rente (décision du 25 août 2023)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

### **E. 1.2**

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal 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 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.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

En l'espèce, le recours, ayant été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et régularisé dans le délai imparti (cf. art. 52 PA ; TAF pces 1 à 5), est recevable.

## **E. 2**

Le présent litige porte sur la suppression, par décision de l'autorité inférieure du 25 août 2023, du droit à la rente entière perçue par le recourant depuis le 1er février 2013 compte tenu du degré d'invalidité passé de 100% à 20% dès le 13 décembre 2022. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure a considéré qu'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré s'était produite de manière déterminante.

### **E. 3.1**

Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n°

987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

### **E. 3.2**

Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif*, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser et al., *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

### **E. 3.3**

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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). En l'espèce, la présente cause doit être examinée à l'aune des modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363) en vigueur depuis le 1er janvier 2022 dès lors que la procédure de révision d'office a été entamée en novembre 2022 et que la décision litigieuse date du 25 août 2023.

### **E. 3.4**

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 25 août 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; ATF 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 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 les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

### **E. 4.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à

40% au moins (let. c).

#### **E. 4.2**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

#### **E. 4.3**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

#### **E. 4.4.1**

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

#### **E. 4.4.2**

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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 145 V 141 consid. 7.3.1 ; 133 V 545 consid. 6.1 ; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 nos 11 ss). En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2 ; 115 V 308 consid. 4a/bb ; TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les 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 les références citées ; Valterio, op. cit., art. 31 n° 11).

#### **E. 4.4.3**

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

#### **E. 4.4.4**

Pour examiner si une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa est survenue, 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. 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées). Il sied également de noter qu'une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences posées par la jurisprudence (cf. arrêt du TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3).

#### **E. 4.4.5**

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée 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 prestations qu'à partir du moment où 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). La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet normalement au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

#### **E. 5.1**

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). 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.).

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3**

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 n° 33).

### **E. 5.4**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 54a al. 3 LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, 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 leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 54a al. 3 LAI et 49 al. 1 et 1bis RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGa effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 54a al. 3 LAI et 49 al. 1 et 1bis RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne 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).

### **E. 5.5**

Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 n°48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. 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 références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 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).

### **E. 6.1**

En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision du 23 septembre 2014 (OAIE pce 49). Selon l'avis médical du SMR du 10 avril 2013, la Dre H. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dre H. \_\_\_\_\_), médecin généraliste FMH, rapporte que l'assuré, connu pour un adénome hypophysaire avec troubles visuels et opéré la première fois en 1997, a de nouveau été opéré en février 2012 en raison de la récurrence du macroadénome hypophysaire, que les troubles visuels ne se sont pas améliorés après cette seconde opération et que l'intéressé présente des troubles de la vue et du champ visuel, un hypopituitarisme et une importante récurrence tumorale. En raison de cette récurrence, la Dre H. \_\_\_\_\_ indique qu'une incapacité de travail de 100% est justifiée depuis février 2012 et ce jusqu'au traitement adéquat de la tumeur, tout en précisant que le pronostic est bon (OAIE pce 48 p. 3). Il ressort de l'avis médical du SMR du 13 février 2014 que l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a continué d'instruire le dossier de l'intéressé en recueillant divers rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Invitée à se prononcer de nouveau sur l'état de santé de l'intéressé, la Dre H. \_\_\_\_\_ a recommandé, dans son avis médical du 13 février 2014, la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire dans les domaines de la médecine interne, de l'ophtalmologie, de la neurochirurgie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie (OAIE pce 48 pp. 3-6). Par correspondance du 17 avril 2014, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a informé le recourant qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire afin de déterminer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité (OAIE pce 42). Il ressort de la note téléphonique du 24 juillet 2014 que l'intéressé a informé l'OAI-B. \_\_\_\_\_ de ses difficultés financières et qu'à la fin de la conversation téléphonique, il a eu des propos menaçants alors que celui-ci avait toujours été calme lors de ses échanges antérieurs téléphoniques avec cet office (cf. OAIE pce 44). A la suite de cet incident, la situation de l'intéressé a notamment fait l'objet d'une discussion avec la Dre I. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dre I. \_\_\_\_\_), médecin de compétence inconnue et cheffe d'équipe du SMR, laquelle a pu confirmer qu'une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assuré n'interviendrait qu'avec le traitement ou l'opération de la tumeur, ce qui prendrait du temps. En outre, il est indiqué qu'il n'est pas possible de dire avec précision si la menace de l'intéressé était due à

une éventuelle modification de la personnalité en raison de la tumeur ou au désespoir. Enfin, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a décidé de clôturer le dossier de l'assuré de manière anticipée et d'entamer ultérieurement une procédure de révision (OAIE pce 48 pp. 6-7). Par conséquent, le Tribunal de céans constate que la décision d'octroi de la rente du 23 septembre 2014 repose sur une clôture anticipée du dossier de l'assuré dès lors qu'il n'existait pas de doute sur l'incapacité de travail de l'assuré, depuis le 12 février 2012, en raison de la récurrence du macro-adénome hypophysaire et que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé (cf. OAIE pce 48).

### **E. 6.2**

Ainsi, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a entamé une révision d'office de la rente dès le mois de mars 2015, laquelle s'est terminée par la communication du 8 décembre 2015 ne modifiant pas les prestations versées jusqu'à ce moment, le degré d'invalidité n'ayant pas changé de manière à influencer le droit à la rente (OAIE pce 63). A cet égard, il ressort du dossier que l'intéressé a produit divers rapports médicaux (cf. OAIE pces 54, 58, 62 et 65), lesquels ont été soumis au SMR. Dans son avis médical du 12 septembre 2015, la Dre H. \_\_\_\_\_ indique que selon les rapports médicaux disponibles, lesquels font état d'une mauvaise adaptation médicamenteuse sous le traitement actuel, aucun changement important n'est survenu. En outre, elle rapporte que dans la mesure où la décision d'octroi de la rente a été prise sans examen médical complet, le SMR ne peut se baser que sur les documents relativement modestes concernant l'évolution de la maladie et qu'aucune amélioration de l'état de santé ne peut être déduite des rapports médicaux disponibles (cf. notice interne du 8 décembre 2015 [OAIE pce 65]). Sur le plan économique, il ressort de la notice interne du 8 décembre 2015 que la situation médicale de l'assuré restant inchangée, il est renoncé à une comparaison des revenus (OAIE pce 65). Enfin, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a renoncé aux procédures de révision prévues en 2017, en raison du diagnostic existant, et en 2020, pour laquelle aucune motivation ne figure au dossier (OAIE pces 67 et 71). En conséquence, c'est l'état de fait au moment de la communication du 8 décembre 2015 qui devra être comparé à celui qui prévalait au moment où la décision litigieuse a été prise, soit le 25 août 2023.

### **E. 6.3**

Pour rendre la décision dont est recours, l'OAIE s'est basé sur la prise de position du SMR du 3 janvier 2023 (OAIE pce 92), complétée par celle du 21 août 2023 (OAIE pce 109).

### **E. 7.1**

Il convient dès lors d'examiner si, comme l'a estimée l'OAIE pour fonder la décision entreprise, les prises de position médicale du SMR du 3 janvier 2023 et du 21 août 2023 remplissent les requis juridiques et peuvent se voir attribuer pleine valeur probante.

### **E. 7.2**

Le Tribunal constate que dans sa prise de position médicale du 3 janvier 2023 (OAIE pce 92), le Dr D. \_\_\_\_\_ rapporte le diagnostic principal d'adénome hypophysaire avec un hypopituitarisme en cas de macrolactinome, status après résection trans-sphénoïdale en février 1997, status après craniotomie ouverte le 20 février 2012 pour récurrence et des troubles visuels persistants mais s'améliorant au sens d'une légère limitation temporelle actuelle du champ visuel gauche. Parmi les divers rapports médicaux transmis par l'assuré (cf. OAIE pces 79 à 88), le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionne le rapport médical du 31 août 2020 (cf. OAIE pce 80) du service d'ophtalmologie du CHU ainsi que le rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2022 (cf. OAIE pce 88) et retient que le dossier médical est

complet, que pour la première fois depuis des années, d'une part, il existe une amélioration de la perte du champ visuel et que d'autre part, le médecin traitant de l'intéressé retient une capacité de travail de 80%. En outre, le Dr D. \_\_\_\_\_ note qu'une claire amélioration de l'état de santé est intervenue après plusieurs années de traitement. Enfin, le Dr D. \_\_\_\_\_ indique une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle depuis le 13 décembre 2022 en se référant au rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ (recte : G. \_\_\_\_\_) de la même date.

### **E. 7.3**

S'agissant du rapport médical du 31 août 2020 du service d'ophtalmologie du CHU cité par le Dr D. \_\_\_\_\_, il est fait état d'un champ visuel normal à droite et d'une amélioration de l'hémianopsie latérale du champ visuel à gauche. En outre, il est mentionné que l'assuré ne se plaint d'aucun symptôme ophtalmologique particulier (OAIE pce 80). Par ailleurs, selon le rapport médical du 2 septembre 2021 du service précité, les champs visuels sont stables avec un champ visuel de l'oeil droit normal et une atteinte du champ visuel de l'oeil gauche, au niveau temporal, stable (cf. OAIE pce 84). Ainsi, le Tribunal constate que l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ concernant l'amélioration et la stabilité du champ visuel est conforme aux pièces médicales transmises par l'assuré, même si ce médecin du SMR ne mentionne pas le rapport médical du 2 septembre 2021 dans son avis médical du 3 janvier 2023.

### **E. 7.4**

Dans son rapport médical - questionnaire de huit pages de l'OAIE intitulé « rapport médical : révision des prestations pour adulte » adressé aux médecins traitants des assurés - du 13 décembre 2022 (cf. OAIE pce 88), la Dre G. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de macroadénome à prolactine avec diminution du champ visuel et d'hypopituitarisme avec asthénie en citant les codes de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10) D35.2 (hypophyse), E22.1 (hyperprolactinémie) et H53.3 (autres troubles de la vision binoculaire). La Dre G. \_\_\_\_\_ déclare qu'actuellement, l'assuré présente une obésité, une asthénie et une atteinte du champ visuel gauche, acuité visuelle 10/10è et indique le traitement médicamenteux suivi par l'assuré. S'agissant de l'activité habituelle, la Dre G. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 90%, avec une baisse de rendement de 10% en raison des douleurs lombaires et de l'asthénie, se manifestant par une moins bonne efficacité au travail selon ses indications. Quant à une activité adaptée, la spécialiste en endocrinologie déclare qu'une telle activité est possible mais limitée aux efforts physiques importants à compter du 12 novembre 2022. A cet égard, le Tribunal constate que la Dre G. \_\_\_\_\_ a également complété le tableau relatif aux limitations fonctionnelles dans une activité adaptée figurant au point 6.2 du questionnaire en y inscrivant une limitation de port de charge de 15 kg et un rendement de 80% pour les activités uniquement en position debout, laquelle n'est exigible que 4h18 par jour selon cette spécialiste (cf. en particulier OAIE pce 88 p. 6).

### **E. 7.5**

Invité à se prononcer sur le rapport médical du 7 juin 2023 transmis par le recourant lors de ses observations, le Dr D. \_\_\_\_\_ rapporte en substance dans sa prise de position complémentaire du 21 août 2023 que ce nouveau rapport médical n'apporte pas d'éléments objectifs qui justifieraient la poursuite de l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et que l'évaluation du SMR du 3 janvier 2023 demeure inchangée (OAIE pce 109). Il ressort en substance de ce rapport médical du 7 juin 2023 du département

d'endocrinologie du CHU que le suivi médical de l'intéressé est compliqué dès lors que celui-ci ne respecte pas les rendez-vous d'IRM et de consultation programmés, que l'assuré se plaint essentiellement d'asthénie et de céphalées à gauche de temps en temps et qu'il a déclaré présenter une nervosité et une tendance à se mettre facilement en colère. En outre, il est noté que l'intéressé ne présente pas de troubles visuels et que son poids est de 139.4 kg. Il est fait mention de la baisse de certaines hormones et de l'insuffisance de la compliance médicamenteuse, l'intéressé ayant fait part de quelques oublis dans la prise de ses médicaments (OAIE pce 107).

#### **E. 7.6**

En premier lieu, le Tribunal de céans constate que dans ses prises de position, le Dr D.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur tous les rapports médicaux versés au dossier lors de la révision d'office de novembre 2022. En particulier, le Tribunal observe que l'intéressé a produit un compte-rendu d'une IRM du 4 mars 2020 dont les conclusions tendent à la surveillance du processus transverse gauche de D9 ainsi qu'à l'absence d'autre lésion suspecte de la moelle osseuse vertébrale et de masse canalaire suspecte (OAIE pce 79). Le compte-rendu de l'IRM du rachis dorso-lombaire du 10 mars 2021 conclut à une stricte stabilité volumétrique de la lésion en discret hypersignal T1, signal intermédiaire en T2 d'étiologie indéterminée sans lyse corticale du processus transverse de T9 gauche ni envahissement des parties molles à confronter à l'évolutivité ainsi qu'à un aspect de discrète trabéculatation osseuse au sein de la lésion en axiales T2 pouvant faire évoquer une lésion angiomateuse atypique sans critère d'agressivité sans certitude. Il résulte également de ce compte-rendu qu'il existe une discopathie dégénérative L5-L1 avec protrusion discale médiane sans franc conflit disco-radulaire dans les limites des séquences réalisées stable comparativement au précédent bilan de mars 2020 (OAIE pce 83). S'agissant de l'IRM du 24 mars 2022, le compte-rendu fait état d'une majoration en taille de la lésion du processus transverse gauche de T9 (15 mm versus 11 mm), d'une discopathie dégénérative inflammatoire Modic 1 en T8-T9 et d'une apparition d'anomalie de signal en miroir des berges de l'articulation costotransversaire T10 gauche plutôt évocateur de remaniements dégénératifs que d'une seconde lésion (OAIE pce 86). Ainsi, il sied de constater que les deux IRM de mars 2021 et 2022 font état de diverses atteintes au niveau des vertèbres thoraciques et lombaires. Au niveau lombaire, la Dre G.\_\_\_\_\_ tient compte de cette atteinte dans son rapport médical du 13 décembre 2022 dans la mesure où le rendement de travail est réduit à 90% en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires. Toutefois, ni la Dre G.\_\_\_\_\_ ni le Dr D.\_\_\_\_\_ ne se prononcent sur les atteintes relatives aux vertèbres thoraciques susmentionnées. En outre, dans son rapport médical du 13 décembre 2022 (OAIE pce 88), la Dre G.\_\_\_\_\_ indique que le recourant est obèse, sans toutefois donner de plus amples informations relatives au poids actuel, à l'indice de masse corporelle ou encore à la gravité de l'obésité, etc. Il ressort du rapport médical du 7 juin 2023 (OAIE pce 107), que le recourant, mesurant 1m80 (OAIE pce 38), pesait 139.4 kg et que, selon celui du 27 mars 2024, il pesait 143 kg, son poids habituel étant de 120 kg (cf. TAF pce 18). Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci ne se prononce pas sur l'obésité de l'intéressé, cette maladie n'étant pas mentionnée par le SMR. Par conséquent, le Tribunal ne saurait déterminer si l'obésité dont souffre le recourant peut avoir une conséquence sur sa capacité de travail ou pas. En résumé, le Tribunal constate que le Dr D.\_\_\_\_\_ se prononce essentiellement sur l'évolution de l'adénome hypophysaire, en particulier les troubles du champ visuel, alors que tant la décision d'octroi de la rente du 23 septembre 2014 que la communication du maintien de la rente du 8 décembre 2015 se basaient sur un examen incomplet de l'état de

santé de l'assuré (cf. OAIE pces 48 et 65) et que les divers autres rapports médicaux transmis lors de la révision d'office du mois de novembre 2022 font état d'autres atteintes à la santé inconnues ou non investiguées depuis l'octroi de la rente d'invalidité. Dans ces circonstances, en se limitant uniquement à apprécier l'évolution du diagnostic de l'adénome hypophysaire, l'OAIE ne s'est pas prononcé sur l'ensemble de l'état de santé du recourant.

#### **E. 7.7**

En outre, il sied de relever que le Dr D. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle en citant le rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2022 (cf. OAIE pce 92), sans explication complémentaire quant à ce taux d'invalidité retenu. Toutefois, le Tribunal rappelle que la Dre G. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 10% en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires et que dans une activité adaptée, la Dre G. \_\_\_\_\_ indique une baisse de rendement de 20% en raison de l'inexigibilité des activités uniquement en position debout, le nombre d'heures exigible étant de 4h18 par jour (cf. OAIE pce 88). Dans son avis médical du 21 août 2023, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne motive pas davantage la capacité de travail retenue, mentionnant à nouveau une capacité de travail de 80% en se référant au rapport du 13 décembre 2022 de la Dre G. \_\_\_\_\_, et rapporte que les problèmes ophtalmologiques invalidants, soit la perte du champ visuel, ne sont plus présents et que l'intéressé ne se plaint que de l'asthénie et de maux de tête occasionnels (cf. OAIE pce 109). Dans sa réponse du 9 avril 2024, en particulier concernant les plaintes de l'assuré relatives à ses migraines récurrentes, l'OAIE indique que l'influence des migraines a déjà été prise en compte dans l'incapacité de travail estimée à 20% au lieu des 10% retenues par le médecin traitant du recourant alors que le Dr D. \_\_\_\_\_, dans son avis médical du 5 avril 2024 - annexé à cette réponse -, rapporte que les symptômes postopératoires restants, tels que les maux de tête de type migraine, sont pris en compte dans la limitation de la performance au travail de 20 % de la Dre G. \_\_\_\_\_ (TAF pce 15). Le Tribunal constate en premier lieu que la Dre G. \_\_\_\_\_ n'a aucunement mentionné la prise en compte des migraines dans son rapport médical du 13 décembre 2022, celle-ci ayant uniquement indiqué une baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires. Ensuite, le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas motivé l'incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle (cf. OAIE pce 92) et encore moins la prise en compte des plaintes de l'assuré relatives aux céphalées ou aux migraines. En effet, contrairement aux indications de l'OAIE, le Dr D. \_\_\_\_\_ relève simplement, dans son rapport médical du 21 août 2023, le caractère occasionnel des maux de tête dont souffre l'assuré selon le rapport médical du 7 juin 2023 du département d'endocrinologie du CHU d'F. \_\_\_\_\_ (cf. OAIE pces 107 et 109) et rappelle que les constatations médicales de la Dre G. \_\_\_\_\_ concernant l'activité habituelle restent valables. Ainsi, l'incapacité de travail, dans l'activité habituelle, de 20% retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ en référence au rapport médical du 13 décembre 2022 de la Dre G. \_\_\_\_\_ est erronée et il en va de même de ses déclarations concernant la prise en compte des migraines de l'assuré dans ce même rapport médical, lequel ne les mentionne même pas. D'ailleurs, semblerait-il que même l'OAIE ne comprenne pas cette incapacité de travail de 20% retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans la mesure où il affirme que le Dr D. \_\_\_\_\_ prend en compte les migraines du recourant pour retenir une incapacité de travail supérieure à celle estimée par le médecin traitant de l'assuré alors que le SMR soutient que les migraines sont déjà prises en compte dans le rapport médical du médecin traitant du 13 décembre 2022. Ainsi, le Tribunal constate que les positions respectives du service juridique de l'OAIE et du service médical de son office AI sont contradictoires et

erronées quant à la prise en compte des migraines de l'intéressé et de leur influence sur sa capacité de travail. En outre, selon le rapport d'employeur du 28 septembre 2012 concernant la partie relative aux exigences physiques auxquelles l'assuré est contraint dans le cadre de son activité habituelle d'électricien-monteur, il est indiqué que celui-ci est souvent amené à rester debout et à marcher - heures estimées par jour entre 3 à 5 ¼ pour une journée de 8 heures de travail - (cf. OAIE pce 13 p. 5). Par ailleurs, selon l'avis du SMR du 10 avril 2013, l'activité habituelle de l'assuré est souvent exercée en position debout et en marchant, rarement en position assise et est parfois légère ou moyenne et rarement difficile (OAIE pce 48 p. 3). A cet égard, le Tribunal rappelle que la Dre G. \_\_\_\_\_ retient dans son rapport médical du 13 décembre 2022 une baisse de rendement de 20% en raison de l'inexigibilité de la position uniquement debout dans une activité adaptée (OAIE pce 88 p. 6 ; cf. également paragraphe supra). Par conséquent, se pose ainsi la question de savoir si cette limitation fonctionnelle de position debout retenue par la Dre G. \_\_\_\_\_ n'aurait pas aussi de conséquence sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle dans la mesure où cette activité semble s'effectuer en grande partie dans la position debout et en marchant. Cependant, cette question n'étant pas discutée dans les avis médicaux du Dr D. \_\_\_\_\_, l'appréciation des limitations fonctionnelles physiques de l'assuré dans le cadre de son activité lucrative est également lacunaire.

#### **E. 7.8**

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'ensemble de l'état de santé de l'assuré n'a pas été examiné par l'OAIE lors de la révision d'office de novembre 2022 dès lors que l'appréciation du SMR se limite essentiellement à l'adénome hypophysaire, en particulier à l'amélioration du champ visuel alors que l'assuré présente d'autres atteintes à la santé en sus de cette maladie, lesquelles n'ont pas fait l'objet d'une appréciation médicale. Par conséquent, le Tribunal de céans constate que la description du contexte médical est lacunaire, que les conclusions du SMR ne sont pas dûment motivées et que celles-ci sont en contradiction avec les informations figurant dans le rapport médical du 13 décembre 2022 de la Dre G. \_\_\_\_\_, sur lequel se base le SMR pour retenir une amélioration significative de l'état de santé. En conséquence, les prises de position du 3 janvier et du 21 août 2023 du SMR ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels, étant rappelé que ceux-ci sont sévères à l'égard de tels rapports et qu'un doute même minime quant à leur bien-fondé, leur fiabilité et à leur pertinence suffit à remettre en question leur valeur probante (ATF 139 V 225 consid. 5.2. ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Partant, aucune valeur probante ne saurait être reconnue à ces avis médicaux du SMR, en opérant le contraire, l'autorité inférieure a violé le droit fédéral.

#### **E. 7.9**

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif

fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision.

#### **E. 7.10**

L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en oeuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGA, en particulier dans les domaines de l'endocrinologie, de la neurochirurgie, de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1).

#### **E. 8**

Partant, le recours doit être admis et la décision du 25 août 2023 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

#### **E. 9.1**

Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Compte tenu de son caractère subsidiaire, l'assistance judiciaire partielle accordée au recourant par décision incidente du 28 février 2024 ne s'applique pas (TAF pce 12). Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA).

#### **E. 9.2**

Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'espèce, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens, pas plus qu'il n'en sera alloué à l'autorité inférieure (cf. art 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 et 3 FITAF). (le dispositif se trouve à la page suivante)

#### **E. 20**

février 2012 pour une réduction de cet adénome hypophysaire à extension supra-sellaire et également au niveau du sinus caverneux du côté gauche. Le 8 août 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI en raison de la récurrence de cette maladie auprès de l'Office d'assurance-invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ (ci-après : OAI-B. \_\_\_\_\_ ; OAIE

pces 1, 4, 5, 7, 14, 19, 54 et 106 ; TAF pce 11). A.b Par décision du 23 septembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) a octroyé à l'intéressé une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2013, laquelle a été complétée, par décision du 30 septembre 2014, par une rente ordinaire d'invalidité pour enfant liée également à partir du 1er février 2013 (OAIE pces 49 et 53). A.c Le 1er mars 2015, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a entamé une procédure de révision d'office de la rente de l'assuré et recueilli divers rapports médicaux auprès des médecins traitants de celui-ci (OAIE pces 58 et 62). Par communication du 8 décembre 2015, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a informé l'intéressé que la rente d'invalidité restait inchangée (OAIE pce 63). Selon les notes internes figurant au dossier de l'OAI-B.\_\_\_\_\_, cet office a renoncé aux deux procédures de révision d'office prévues en 2017 et 2020 (OAIE pces 67 et 71). A.d Par correspondance du 8 janvier 2021, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a transmis le dossier de l'intéressé à l'OAIE pour raison de compétence dès lors que l'assuré avait déménagé dans le département de C.\_\_\_\_\_, en France (OAIE pce 72). B.

C-5421/2023 Page 3 B.a Le 16 novembre 2022, l'OAIE a entamé une nouvelle révision d'office de la rente de l'assuré (OAIE pce 78). Dans le cadre de cette procédure, l'OAIE a obtenu divers rapports médicaux (OAIE pces 79 à 88). Invité à se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé, le Dr D.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr D.\_\_\_\_\_), médecin généraliste auprès du service médical régional (ci- après : SMR) et expert certifié SIM, indique dans son appréciation médicale du 3 janvier 2023 que le dossier médical est complet, que pour la première fois depuis des années, une amélioration des déficiences du champ visuel est constatée et que le médecin traitant de l'assuré a clairement retenu une capacité de travail de 80% sans restrictions importantes (OAIE pce 92). B.b Par projet de décision du 8 mai 2023, l'OAIE a informé l'intéressé que la rente versée jusqu'ici était supprimée au motif que son état de santé s'était amélioré (OAIE pce 93). B.c Par correspondance du 27 mai 2023, l'intéressé a contesté le projet de décision du 8 mai 2023 de l'OAIE et produit un rapport médical du 7 juin 2023 signé par la Dre E.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre E.\_\_\_\_\_), médecin au département d'endocrinologie du Centre hospitalier universitaire d'F.\_\_\_\_\_ (ci-après : CHU) en l'absence de la Dre G.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre G.\_\_\_\_\_), endocrinologue et médecin traitant de l'assuré (OAIE pces 99 et 107). B.d Par décision du 25 août 2023, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 8 mai 2023 (OAIE pce 110). C. C.a Par acte, régularisé, du 12 septembre 2023, l'intéressé a interjeté recours contre la décision du 25 août 2023 auprès de l'OAIE, concluant au maintien de sa rente d'invalidité (TAF pces 1 à 5). C.b Par décision incidente du 16 novembre 2023, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) a invité le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente (TAF pce 6). Par correspondances du 14 décembre 2023, l'assuré a sollicité l'assistance judiciaire, laquelle lui a été octroyée par décision incidente du Tribunal du 26 février 2024 (TAF pces 8 à 12).

C-5421/2023 Page 4 C.c Par réponse du 9 avril 2024, l'autorité inférieure a conclu en substance au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En outre, elle a produit la prise de position du Dr D.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2024 (TAF pce 15). C.d Par réplique du 27 mai 2024 (timbre postal), le recourant a notamment déclaré que sa vue s'était dégradée selon l'examen de champ visuel effectué au début du mois de mai 2024 et qu'il devait effectuer des contrôles ophtalmologiques tous les six mois. Enfin, le recourant a produit un rapport médical du 27 mars 2024 de la Dre G.\_\_\_\_\_ (TAF pce 18). C.e Par

duplique du 7 juin 2024, l'autorité inférieure a persisté dans ses précédentes conclusions et produit une nouvelle prise de position du Dr D. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2024 (TAF pce 20). C.f Par ordonnance du 18 juin 2024, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures est clos, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 21). D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2). 1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal 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 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. 1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les

C-5421/2023 Page 5 dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 1.4 En l'espèce, le recours, ayant été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et régularisé dans le délai imparti (cf. art. 52 PA ; TAF pces 1 à 5), est recevable. 2. Le présent litige porte sur la suppression, par décision de l'autorité inférieure du 25 août 2023, du droit à la rente entière perçue par le recourant depuis le 1er février 2013 compte tenu du degré d'invalidité passé de 100% à 20% dès le 13 décembre 2022. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure a considéré qu'une amélioration de la capacité de travail de l'assuré s'était produite de manière déterminante. 3. 3.1 Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5). 3.2 Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204

C-5421/2023 Page 6 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). 3.3 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 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3). En l'espèce, la présente cause doit être examinée à l'aune des modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363) en vigueur depuis le 1er janvier 2022 dès lors que la procédure de révision d'office a été entamée en novembre 2022 et que la décision litigieuse date du 25 août 2023. 3.4 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 25 août 2023). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; ATF 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 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 les références). De la même manière, le Tribunal ne prend en principe pas en considération les rapports médicaux établis après la décision attaquée, à moins que ceux-ci permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). 4. 4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). 4.2 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

C-5421/2023 Page 7 L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). 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 LPGGA). 4.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). 4.4 4.4.1 Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office

ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 4.4.2 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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent C-5421/2023 Page 8 une modification du droit à la rente (cf. ATF 145 V 141 consid. 7.3.1 ; 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 nos 11 ss). En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2 ; 115 V 308 consid. 4a/bb ; TF 8C\_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les 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 les références citées ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11). 4.4.3 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). 4.4.4 Pour examiner si une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est survenue, 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. 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées). Il sied également de noter qu'une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences posées par la jurisprudence (cf. arrêt du TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2.3).

C-5421/2023 Page 9 4.4.5 Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée 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 prestations qu'à partir du moment où 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). La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet normalement au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

5.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). 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.).

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

5.3 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

C-5421/2023 Page 10 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 références ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

5.4 S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 54a al. 3 LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Par ailleurs, 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 leur appréciation ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Les rapports des SMR selon les art. 54a al. 3 LAI et 49 al. 1 et 1bis RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de

l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 54a al. 3 LAI et 49 al. 1 et 1bis RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne 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). 5.5 Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est

C-5421/2023 Page 11 généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n°48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. 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 références citées ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017 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). 6. 6.1 En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision du 23 septembre 2014 (OAIE pce 49). Selon l'avis médical du SMR du 10 avril 2013, la Dre H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Dre H.\_\_\_\_\_), médecin généraliste FMH, rapporte que l'assuré, connu pour un adénome hypophysaire avec troubles visuels et opéré la première fois en 1997, a de nouveau été opéré en février 2012 en raison de la récurrence du macroadénome hypophysaire, que les troubles visuels ne se sont pas améliorés après cette seconde opération et que l'intéressé présente des troubles de la vue et du champ visuel, un hypopituitarisme et une importante récurrence tumorale. En raison de cette récurrence, la Dre H.\_\_\_\_\_ indique qu'une incapacité de travail de 100% est justifiée depuis février 2012 et ce jusqu'au traitement adéquat de la tumeur, tout en précisant que le pronostic est bon (OAIE pce 48 p. 3). Il ressort de l'avis médical du SMR du 13 février 2014 que l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a continué d'instruire le dossier de l'intéressé en recueillant divers rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Invitée à se prononcer de nouveau sur l'état de santé de l'intéressé, la Dre H.\_\_\_\_\_ a recommandé, dans son avis médical du 13 février 2014, la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire dans les domaines de la médecine interne, de l'ophtalmologie, de la neurochirurgie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie (OAIE pce 48 pp. 3-6). Par correspondance du 17 avril 2014, l'OAI-B.\_\_\_\_\_ a informé le recourant qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire afin de déterminer son

C-5421/2023 Page 12 droit aux prestations de l'assurance-invalidité (OAIE pce 42). Il ressort de la note téléphonique du 24 juillet 2014 que l'intéressé a informé l'OAI-B.\_\_\_\_\_ de ses difficultés financières et qu'à la fin de la conversation téléphonique, il a eu des propos menaçants alors que celui-ci avait toujours été calme lors de ses échanges

antérieurs téléphoniques avec cet office (cf. OAIE pce 44). A la suite de cet incident, la situation de l'intéressé a notamment fait l'objet d'une discussion avec la Dre I. \_\_\_\_\_ (ci-après : Dre I. \_\_\_\_\_), médecin de compétence inconnue et cheffe d'équipe du SMR, laquelle a pu confirmer qu'une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assuré n'interviendrait qu'avec le traitement ou l'opération de la tumeur, ce qui prendrait du temps. En outre, il est indiqué qu'il n'est pas possible de dire avec précision si la menace de l'intéressé était due à une éventuelle modification de la personnalité en raison de la tumeur ou au désespoir. Enfin, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a décidé de clôturer le dossier de l'assuré de manière anticipée et d'entamer ultérieurement une procédure de révision (OAIE pce 48 pp. 6-7). Par conséquent, le Tribunal de céans constate que la décision d'octroi de la rente du 23 septembre 2014 repose sur une clôture anticipée du dossier de l'assuré dès lors qu'il n'existait pas de doute sur l'incapacité de travail de l'assuré, depuis le 12 février 2012, en raison de la récurrence du macro-adénome hypophysaire et que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé (cf. OAIE pce 48). 6.2 Ainsi, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a entamé une révision d'office de la rente dès le mois de mars 2015, laquelle s'est terminée par la communication du 8 décembre 2015 ne modifiant pas les prestations versées jusqu'à ce moment, le degré d'invalidité n'ayant pas changé de manière à influencer le droit à la rente (OAIE pce 63). A cet égard, il ressort du dossier que l'intéressé a produit divers rapports médicaux (cf. OAIE pces 54, 58, 62 et 65), lesquels ont été soumis au SMR. Dans son avis médical du 12 septembre 2015, la Dre H. \_\_\_\_\_ indique que selon les rapports médicaux disponibles, lesquels font état d'une mauvaise adaptation médicamenteuse sous le traitement actuel, aucun changement important n'est survenu. En outre, elle rapporte que dans la mesure où la décision d'octroi de la rente a été prise sans examen médical complet, le SMR ne peut se baser que sur les documents relativement modestes concernant l'évolution de la maladie et qu'aucune amélioration de l'état de santé ne peut être déduite des rapports médicaux disponibles (cf. notice interne du 8 décembre 2015 [OAIE pce 65]). Sur le plan économique, il ressort de la notice interne du 8 décembre 2015 que la situation médicale de l'assuré restant inchangée, il est renoncé à une comparaison des revenus (OAIE pce 65). Enfin, l'OAI-B. \_\_\_\_\_ a renoncé aux procédures de révision prévues en 2017, en raison du diagnostic existant, et en 2020, pour

C-5421/2023 Page 13 laquelle aucune motivation ne figure au dossier (OAIE pces 67 et 71). En conséquence, c'est l'état de fait au moment de la communication du 8 décembre 2015 qui devra être comparé à celui qui prévalait au moment où la décision litigieuse a été prise, soit le 25 août 2023. 6.3 Pour rendre la décision dont est recours, l'OAIE s'est basé sur la prise de position du SMR du 3 janvier 2023 (OAIE pce 92), complétée par celle du 21 août 2023 (OAIE pce 109). 7. 7.1 Il convient dès lors d'examiner si, comme l'a estimée l'OAIE pour fonder la décision entreprise, les prises de position médicale du SMR du 3 janvier 2023 et du 21 août 2023 remplissent les réquisits jurisprudentiels et peuvent se voir attribuer pleine valeur probante. 7.2 Le Tribunal constate que dans sa prise de position médicale du 3 janvier 2023 (OAIE pce 92), le Dr D. \_\_\_\_\_ rapporte le diagnostic principal d'adénome hypophysaire avec un hypopituitarisme en cas de macroprolactinome, status après résection trans-spénoïdale en février 1997, status après craniotomie ouverte le 20 février 2012 pour récurrence et des troubles visuels persistants mais s'améliorant au sens d'une légère limitation temporelle actuelle du champ visuel gauche. Parmi les divers rapports médicaux transmis par l'assuré (cf. OAIE pces 79 à 88), le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionne le rapport médical du 31 août 2020 (cf. OAIE pce 80) du service d'ophtalmologie du CHU ainsi que le rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 13 décembre

2022 (cf. OAIE pce 88) et retient que le dossier médical est complet, que pour la première fois depuis des années, d'une part, il existe une amélioration de la perte du champ visuel et que d'autre part, le médecin traitant de l'intéressé retient une capacité de travail de 80%. En outre, le Dr D. \_\_\_\_\_ note qu'une claire amélioration de l'état de santé est intervenue après plusieurs années de traitement. Enfin, le Dr D. \_\_\_\_\_ indique une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle depuis le 13 décembre 2022 en se référant au rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ (recte : G. \_\_\_\_\_) de la même date. 7.3 S'agissant du rapport médical du 31 août 2020 du service d'ophtalmologie du CHU cité par le Dr D. \_\_\_\_\_, il est fait état d'un champ visuel normal à droite et d'une amélioration de l'hémianopsie latérale du champ visuel à gauche. En outre, il est mentionné que l'assuré ne se plaint d'aucun symptôme ophtalmologique particulier (OAIE pce 80). Par ailleurs, selon le rapport médical du 2 septembre 2021 du service précité, les

C-5421/2023 Page 14 champs visuels sont stables avec un champ visuel de l'œil droit normal et une atteinte du champ visuel de l'œil gauche, au niveau temporal, stable (cf. OAIE pce 84). Ainsi, le Tribunal constate que l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ concernant l'amélioration et la stabilité du champ visuel est conforme aux pièces médicales transmises par l'assuré, même si ce médecin du SMR ne mentionne pas le rapport médical du 2 septembre 2021 dans son avis médical du 3 janvier 2023. 7.4 Dans son rapport médical – questionnaire de huit pages de l'OAIE intitulé « rapport médical : révision des prestations pour adulte » adressé aux médecins traitants des assurés – du 13 décembre 2022 (cf. OAIE pce 88), la Dre G. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de macroadénome à prolactine avec diminution du champ visuel et d'hypopituitarisme avec asthénie en citant les codes de la Classification internationale des maladies (ci-après : CIM-10) D35.2 (hypophyse), E22.1 (hyperprolactinémie) et H53.3 (autres troubles de la vision binoculaire). La Dre G. \_\_\_\_\_ déclare qu'actuellement, l'assuré présente une obésité, une asthénie et une atteinte du champ visuel gauche, acuité visuelle 10/10è et indique le traitement médicamenteux suivi par l'assuré. S'agissant de l'activité habituelle, la Dre G. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 90%, avec une baisse de rendement de 10% en raison des douleurs lombaires et de l'asthénie, se manifestant par une moins bonne efficacité au travail selon ses indications. Quant à une activité adaptée, la spécialiste en endocrinologie déclare qu'une telle activité est possible mais limitée aux efforts physiques importants à compter du 12 novembre 2022. A cet égard, le Tribunal constate que la Dre G. \_\_\_\_\_ a également complété le tableau relatif aux limitations fonctionnelles dans une activité adaptée figurant au point 6.2 du questionnaire en y inscrivant une limitation de port de charge de 15 kg et un rendement de 80% pour les activités uniquement en position debout, laquelle n'est exigible que 4h18 par jour selon cette spécialiste (cf. en particulier OAIE pce 88 p. 6). 7.5 Invité à se prononcer sur le rapport médical du 7 juin 2023 transmis par le recourant lors de ses observations, le Dr D. \_\_\_\_\_ rapporte en substance dans sa prise de position complémentaire du 21 août 2023 que ce nouveau rapport médical n'apporte pas d'éléments objectifs qui justifieraient la poursuite de l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et que l'évaluation du SMR du 3 janvier 2023 demeure inchangée (OAIE pce 109). Il ressort en substance de ce rapport médical du 7 juin 2023 du département d'endocrinologie du CHU que le suivi médical de l'intéressé est compliqué dès lors que celui-ci ne respecte pas les rendez-vous d'IRM et de consultation programmés, que l'assuré se

C-5421/2023 Page 15 plaint essentiellement d'asthénie et de céphalées à gauche de temps en temps et qu'il a déclaré présenter une nervosité et une tendance à se mettre facilement en

colère. En outre, il est noté que l'intéressé ne présente pas de troubles visuels et que son poids est de 139.4 kg. Il est fait mention de la baisse de certaines hormones et de l'insuffisance de la compliance médicamenteuse, l'intéressé ayant fait part de quelques oublis dans la prise de ses médicaments (OAIE pce 107). 7.6 En premier lieu, le Tribunal de céans constate que dans ses prises de position, le Dr D.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur tous les rapports médicaux versés au dossier lors de la révision d'office de novembre 2022. En particulier, le Tribunal observe que l'intéressé a produit un compte- rendu d'une IRM du 4 mars 2020 dont les conclusions tendent à la surveillance du processus transverse gauche de D9 ainsi qu'à l'absence d'autre lésion suspecte de la moelle osseuse vertébrale et de masse canalaire suspecte (OAIE pce 79). Le compte-rendu de l'IRM du rachis dorso-lombaire du 10 mars 2021 conclut à une stricte stabilité volumétrique de la lésion en discret hypersignal T1, signal intermédiaire en T2 d'étiologie indéterminée sans lyse corticale du processus transverse de T9 gauche ni envahissement des parties molles à confronter à l'évolutivité ainsi qu'à un aspect de discrète trabéculatation osseuse au sein de la lésion en axiales T2 pouvant faire évoquer une lésion angiomateuse atypique sans critère d'agressivité sans certitude. Il résulte également de ce compte-rendu qu'il existe une discopathie dégénérative L5-L1 avec protrusion discale médiane sans franc conflit disco-radicaire dans les limites des séquences réalisées stable comparativement au précédent bilan de mars 2020 (OAIE pce 83). S'agissant de l'IRM du 24 mars 2022, le compte-rendu fait état d'une majoration en taille de la lésion du processus transverse gauche de T9 (15 mm versus 11 mm), d'une discopathie dégénérative inflammatoire Modic 1 en T8-T9 et d'une apparition d'anomalie de signal en miroir des berges de l'articulation costotransversaire T10 gauche plutôt évocateur de remaniements dégénératifs que d'une seconde lésion (OAIE pce 86). Ainsi, il sied de constater que les deux IRM de mars 2021 et 2022 font état de diverses atteintes au niveau des vertèbres thoraciques et lombaires. Au niveau lombaire, la Dre G.\_\_\_\_\_ tient compte de cette atteinte dans son rapport médical du 13 décembre 2022 dans la mesure où le rendement de travail est réduit à 90% en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires. Toutefois, ni la Dre G.\_\_\_\_\_ ni le Dr D.\_\_\_\_\_ ne se prononcent sur les atteintes relatives aux vertèbres thoraciques susmentionnées. En outre, dans son rapport médical du 13 décembre 2022 (OAIE pce 88), la Dre G.\_\_\_\_\_ indique que le recourant est obèse, sans toutefois donner de plus amples informations relatives au poids actuel, à l'indice de masse

C-5421/2023 Page 16 corporelle ou encore à la gravité de l'obésité, etc. Il ressort du rapport médical du 7 juin 2023 (OAIE pce 107), que le recourant, mesurant 1m80 (OAIE pce 38), pesait 139.4 kg et que, selon celui du 27 mars 2024, il pesait 143 kg, son poids habituel étant de 120 kg (cf. TAF pce 18). Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci ne se prononce pas sur l'obésité de l'intéressé, cette maladie n'étant pas mentionnée par le SMR. Par conséquent, le Tribunal ne saurait déterminer si l'obésité dont souffre le recourant peut avoir une conséquence sur sa capacité de travail ou pas. En résumé, le Tribunal constate que le Dr D.\_\_\_\_\_ se prononce essentiellement sur l'évolution de l'adénome hypophysaire, en particulier les troubles du champ visuel, alors que tant la décision d'octroi de la rente du 23 septembre 2014 que la communication du maintien de la rente du 8 décembre 2015 se basaient sur un examen incomplet de l'état de santé de l'assuré (cf. OAIE pces 48 et 65) et que les divers autres rapports médicaux transmis lors de la révision d'office du mois de novembre 2022 font état d'autres atteintes à la santé inconnues ou non investiguées depuis l'octroi de la rente d'invalidité. Dans ces circonstances, en se limitant uniquement à apprécier l'évolution du diagnostic de l'adénome hypophysaire, l'OAIE ne s'est pas

prononcé sur l'ensemble de l'état de santé du recourant. 7.7 En outre, il sied de relever que le Dr D. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle en citant le rapport médical de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2022 (cf. OAIE pce 92), sans explication complémentaire quant à ce taux d'invalidité retenu. Toutefois, le Tribunal rappelle que la Dre G. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 10% en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires et que dans une activité adaptée, la Dre G. \_\_\_\_\_ indique une baisse de rendement de 20% en raison de l'inexigibilité des activités uniquement en position debout, le nombre d'heures exigible étant de 4h18 par jour (cf. OAIE pce 88). Dans son avis médical du 21 août 2023, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne motive pas davantage la capacité de travail retenue, mentionnant à nouveau une capacité de travail de 80% en se référant au rapport du 13 décembre 2022 de la Dre G. \_\_\_\_\_, et rapporte que les problèmes ophtalmologiques invalidants, soit la perte du champ visuel, ne sont plus présents et que l'intéressé ne se plaint que de l'asthénie et de maux de tête occasionnels (cf. OAIE pce 109). Dans sa réponse du 9 avril 2024, en particulier concernant les plaintes de l'assuré relatives à ses migraines récurrentes, l'OAIE indique que l'influence des migraines a déjà été prise en compte dans l'incapacité de travail estimée à 20% au lieu des 10% retenues par le médecin traitant du recourant alors que le Dr D. \_\_\_\_\_, dans son avis médical du 5 avril

C-5421/2023 Page 17 2024 – annexé à cette réponse –, rapporte que les symptômes postopératoires restants, tels que les maux de tête de type migraine, sont pris en compte dans la limitation de la performance au travail de 20 % de la Dre G. \_\_\_\_\_ (TAF pce 15). Le Tribunal constate en premier lieu que la Dre G. \_\_\_\_\_ n'a aucunement mentionné la prise en compte des migraines dans son rapport médical du 13 décembre 2022, celle-ci ayant uniquement indiqué une baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle en raison de l'asthénie et des douleurs lombaires. Ensuite, le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas motivé l'incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle (cf. OAIE pce 92) et encore moins la prise en compte des plaintes de l'assuré relatives aux céphalées ou aux migraines. En effet, contrairement aux indications de l'OAIE, le Dr D. \_\_\_\_\_ relève simplement, dans son rapport médical du 21 août 2023, le caractère occasionnel des maux de tête dont souffre l'assuré selon le rapport médical du 7 juin 2023 du département d'endocrinologie du CHU d'F. \_\_\_\_\_ (cf. OAIE pces 107 et 109) et rappelle que les constatations médicales de la Dre G. \_\_\_\_\_ concernant l'activité habituelle restent valables. Ainsi, l'incapacité de travail, dans l'activité habituelle, de 20% retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ en référence au rapport médical du 13 décembre 2022 de la Dre G. \_\_\_\_\_ est erronée et il en va de même de ses déclarations concernant la prise en compte des migraines de l'assuré dans ce même rapport médical, lequel ne les mentionne même pas. D'ailleurs, semblerait-il que même l'OAIE ne comprenne pas cette incapacité de travail de 20% retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans la mesure où il affirme que le Dr D. \_\_\_\_\_ prend en compte les migraines du recourant pour retenir une incapacité de travail supérieure à celle estimée par le médecin traitant de l'assuré alors que le SMR soutient que les migraines sont déjà prises en compte dans le rapport médical du médecin traitant du 13 décembre 2022. Ainsi, le Tribunal constate que les positions respectives du service juridique de l'OAIE et du service médical de son office AI sont contradictoires et erronées quant à la prise en compte des migraines de l'intéressé et de leur influence sur sa capacité de travail. En outre, selon le rapport d'employeur du 28 septembre 2012 concernant la partie relative aux exigences physiques auxquelles l'assuré est contraint dans le cadre de son activité habituelle d'électricien-monteur, il est indiqué que celui-ci est souvent amené à rester debout et à

marcher – heures estimées par jour entre 3 à 5 ¼ pour une journée de 8 heures de travail – (cf. OAIE pce 13 p. 5). Par ailleurs, selon l’avis du SMR du 10 avril 2013, l’activité habituelle de l’assuré est souvent exercée en position debout et en marchant, rarement en position assise et est parfois légère ou moyenne et rarement difficile (OAIE pce 48 p. 3). A cet égard, le Tribunal rappelle

C-5421/2023 Page 18 que la Dre G.\_\_\_\_\_ retient dans son rapport médical du 13 décembre 2022 une baisse de rendement de 20% en raison de l’inexigibilité de la position uniquement debout dans une activité adaptée (OAIE pce 88 p. 6 ; cf. également paragraphe supra). Par conséquent, se pose ainsi la question de savoir si cette limitation fonctionnelle de position debout retenue par la Dre G.\_\_\_\_\_ n’aurait pas aussi de conséquence sur la capacité de travail de l’assuré dans son activité habituelle dans la mesure où cette activité semble s’effectuer en grande partie dans la position debout et en marchant. Cependant, cette question n’étant pas discutée dans les avis médicaux du Dr D.\_\_\_\_\_, l’appréciation des limitations fonctionnelles physiques de l’assuré dans le cadre de son activité lucrative est également lacunaire. 7.8 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l’ensemble de l’état de santé de l’assuré n’a pas été examiné par l’OAIE lors de la révision d’office de novembre 2022 dès lors que l’appréciation du SMR se limite essentiellement à l’adénome hypophysaire, en particulier à l’amélioration du champ visuel alors que l’assuré présente d’autres atteintes à la santé en sus de cette maladie, lesquelles n’ont pas fait l’objet d’une appréciation médicale. Par conséquent, le Tribunal de céans constate que la description du contexte médical est lacunaire, que les conclusions du SMR ne sont pas dûment motivées et que celles-ci sont en contradiction avec les informations figurant dans le rapport médical du 13 décembre 2022 de la Dre G.\_\_\_\_\_, sur lequel se base le SMR pour retenir une amélioration significative de l’état de santé. En conséquence, les prises de position du 3 janvier et du 21 août 2023 du SMR ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels, étant rappelé que ceux-ci sont sévères à l’égard de tels rapports et qu’un doute même minime quant à leur bien-fondé, leur fiabilité et à leur pertinence suffit à remettre en question leur valeur probante (ATF 139 V 225 consid. 5.2. ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Partant, aucune valeur probante ne saurait être reconnue à ces avis médicaux du SMR, en opérant le contraire, l’autorité inférieure a violé le droit fédéral. 7.9 Selon l’art. 61 al. 1 PA, l’autorité de recours statue elle-même sur l’affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l’autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l’espèce bien qu’il doive rester exceptionnel compte tenu de l’exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu’il s’agit d’enquêter sur une situation médicale qui n’a pas encore fait l’objet d’un examen, respectivement lorsque l’autorité inférieure

C-5421/2023 Page 19 n’a nullement instruit une question déterminante pour l’examen du droit aux prestations ou lorsqu’un éclaircissement, une précision ou un complément d’expertise s’avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références). En l’espèce, il ressort du dossier que l’appréciation médicale de l’ensemble des atteintes à la santé du recourant n’a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l’art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l’autorité inférieure afin qu’elle procède aux mesures d’instruction nécessaires, puis rende une nouvelle décision. 7.10

L'instruction à venir ne se résumera pas à une simple interpellation des médecins traitants quant aux atteintes du recourant, mais concernera l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble. L'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressé auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse, sous réserve de l'art. 43 al. 2 LPGA, en particulier dans les domaines de l'endocrinologie, de la neurochirurgie, de la rhumatologie et de la médecine interne, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C\_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). 8. Partant, le recours doit être admis et la décision du 25 août 2023 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. 9. 9.1 Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que le recourant obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. art. 63 al. 1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Compte tenu de son caractère subsidiaire, l'assistance judiciaire partielle accordée au recourant par décision incidente du 28 février 2024 ne s'applique pas (TAF pce 12). Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA).

C-5421/2023 Page 20 9.2 Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'espèce, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens, pas plus qu'il n'en sera alloué à l'autorité inférieure (cf. art 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

(le dispositif se trouve à la page suivante)

C-5421/2023 Page 21

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