BVGer F-3176/2021 vom 11. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_F-3176_2021_d20210611

FR: TAF F-3176/2021 du 11 juin 2021

IT: TAF F-3176/2021 del 11 giugno 2021

Regeste

Révision de la rente | Assurance-Invalidité (décision du 11 juin 2021). Le TF a refusé d'entrer en matière sur le recours.

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des 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), ledit Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d de cette même loi et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). 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. 1.3

Dans la mesure où l'intéressé est directement touché par la décision du 11 juin 2021 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Le recours a au surplus été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recourant ayant été dispensé du versement d'une avance de frais (art. 63 al. 4 et 65 al. 1 PA). Aussi, le recours est recevable.

E. 2

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, n° 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). En outre, le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., n° 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs

soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler/Martin Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n° 1.55).

E. 3

Le litige porte sur la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA), de la rente entière d'invalidité allouée à l'assuré depuis le 1er janvier 2015, respectivement le 1er septembre 2017 (cf. consid. A.c supra). Plus particulièrement, il s'agit de déterminer l'évolution de l'état de santé de ce dernier depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité, ainsi que son incidence sur sa capacité de travail jusqu'au moment de la décision litigieuse du 11 juin 2021.

E. 4.1

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les réf. cit.), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, la décision litigieuse ayant été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4.1). Aussi, les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Vu par ailleurs les 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 : règlements 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 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. 4.2

L'invalidité 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 le 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 la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1e phr. LPGA). Ainsi, la notion d'invalidité est de nature économique, et non pas médicale (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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2e phr. LPGA).

E. 4.3

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 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). En sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 4.4

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 (art. 17 al. 1 LPGA). Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision (parmi d'autres, cf. arrêt du TF 8C_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3 ; cf. également arrêts du TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.3.2 et I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1 et 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 4.5

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s'appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent leur fournir (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n'appartient au demeurant pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver

leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs répartis dans les catégories « degré de gravité fonctionnel » (complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ») et « cohérence » (limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3 ; arrêt du TAF C-45/2018 du 22 juillet 2020 consid. 8.3). Ainsi, la phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection. Il convient en outre de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

E. 4.6

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées. En matière de révision, il revient en outre au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera en principe écarté (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). Si l'appréciation des preuves est certes libre, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3), dont notamment les expertises judiciaires (à cet égard, voir l'arrêt du TAF C-4090/2020 du 19 juillet 2022 consid. 5.2.2 et les réf. cit.). Une évaluation

de l'incapacité de travail fournie lege artis par un expert-psychiatre n'en demeure pas moins soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« aus triftigen Gründen » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« entscheidender Gesichtswinkel ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGA. En effet, il ne suffit pas que l'expert psychiatre conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3).

E. 5.1

En l'espèce, pour retenir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de sorte à supprimer son droit à une rente, l'autorité inférieure s'est référée à l'expertise réalisée par les Drs H._____ et I._____, à laquelle une pleine valeur probante doit, selon elle, être conférée. L'OAIE a ainsi fait siennes les conclusions des experts et retenu que la fracture du coude était consolidée et la dépression en rémission complète, la gravité des troubles ayant motivé l'octroi de la rente ne se retrouvant pas au jour de l'expertise. Elle en a conclu que le recourant ne présentait plus aucune pathologie incapacitante au jour de l'examen et a, par voie de conséquence, supprimé le droit à une rente. Dans son recours, très succinctement motivé, l'assuré a fait valoir que son état de santé psychique et physique s'était au contraire nettement dégradé depuis l'agression dont il avait été victime en août 2013. Rappelant qu'une balle demeurait logée dans son ventre, il a déclaré souffrir de plusieurs séquelles et ne plus pouvoir exercer son travail d'électricien. Pour examiner s'il y a eu une amélioration notable de l'état de santé du recourant, justifiant la suppression de son droit à une rente d'invalidité, il incombe au Tribunal de comparer l'état de fait retenu lors du prononcé de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité, le 14 février 2018 (cf. consid. 5.2 infra), et la situation à la date de la décision attaquée, le 11 juin 2021 (cf. consid. 5.3 infra), avant d'en tirer les conclusions qui s'imposent (cf. consid. 5.4 infra).

E. 5.2

Pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2015, l'OAIE s'est fondée essentiellement sur le rapport de l'examen médical mené par les Drs C._____, D._____ et E._____ dans ses locaux le 14 novembre 2017. Les experts ont observé que l'intéressé se plaignait d'une baisse du moral, d'une hyperréactivité affective, de troubles de la concentration, de fatigue, ainsi que d'une diminution de sa capacité à ressentir du plaisir. Il a en outre décrit des troubles du sommeil, des cauchemars et des remémorations compulsives de l'agression subie en 2013. L'assuré a également rapporté avoir développé une boiterie suite à sa blessure par arme à feu, qui se serait toutefois progressivement estompée. Quant à la fracture du coude droit survenue quelques mois avant l'examen médical, il a indiqué que les amplitudes du coude étaient en amélioration grâce à la rééducation. Au quotidien, l'intéressé a expliqué qu'il se levait vers 8 heures, sortait s'acheter des cigarettes, puis rentrait rapidement en raison d'une fatigue. Il s'isolait ensuite dans la cave, où il s'était

installé un atelier, ou dans un parc. Il lui arrivait en outre, occasionnellement, de réaliser des menus travaux d'électricité dans le voisinage. Le recourant prenait les repas en famille et se couchait vers 23 heures. Quant à son niveau de fonctionnement, il estimait ne pas pouvoir exercer une quelconque activité en raison de son état psychique. Il avait fait une tentative de reprise d'activité en 2015, mais elle s'était soldée par un échec, qu'il imputait à ses troubles de concentration. Ses symptômes s'étaient depuis lors aggravés, dans le contexte d'une précarisation croissante de sa situation financière. Le spécialiste en psychiatrie a retenu que l'assuré souffrait d'anxiété, de symptômes dépressifs fluctuants, d'une labilité émotionnelle, d'irritabilité et de troubles du sommeil, et posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique - dit diagnostic étant motivé par la cohérence parfaite entre l'anamnèse et les rapports de la psychothérapeute présents au dossier. La symptomatologie anxieuse et dépressive s'était progressivement améliorée jusqu'en mai 2017, notamment grâce au traitement psychothérapeutique, puis aggravée dans un contexte de difficultés financières, jusqu'à atteindre un degré de sévérité moyen au jour de l'examen. L'expert a ainsi retenu comme comorbidité un épisode dépressif moyen. Le spécialiste en rhumatologie a pour sa part estimé que l'évolution de la fracture semblait favorable au jour de l'examen, mais n'a pu se prononcer, l'assuré étant en cours de rééducation. Sur la base de ce qui précède, les experts ont reconnu au recourant une pleine incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 29 août 2013, date de l'agression et du début du PTSD. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ils ont retenu une pleine incapacité de travail depuis le 29 août 2013 ; une incapacité de travail de 40% depuis le 1er juillet 2015, suite à l'amélioration anamnestique des symptômes psychiques, un abandon du suivi psychologique et une tentative d'auto-réadaptation ; une pleine incapacité de travail depuis le 1er juin 2017, date de la fracture du coude droit (OAIE pce 80 p. 16 s.). Ils ont néanmoins relevé qu'une amélioration était probable moyennant, en particulier, l'instauration d'un traitement psychiatrique adapté, raison pour laquelle l'assuré a été enjoint de se soumettre à ce traitement.

E. 5.3

Dans le cadre de la procédure de révision ouverte en octobre 2019, l'OAIE a reçu des documents médicaux du médecin psychiatre traitant de l'assuré, d'une part, et de la CPAM, d'autre part, rapportant deux avis contraires. Aussi, elle a mis en oeuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique pour se prononcer sur l'existence d'une modification du taux d'invalidité. Au plan rhumatologique, l'assuré s'est plaint de douleurs diffuses, en particulier sur le côté inférieur gauche, qu'il a situées sur l'échelle visuelle analogique à 4/10 et pour lesquelles il ne suit aucun traitement antalgique. L'examen clinique s'est toutefois révélé normal, sous réserve d'une très légère diminution de la flexion du coude droit, sans douleur. L'expert n'a au demeurant pas observé de boiterie. Aucun diagnostic n'a donc été retrouvé sur le plan rhumatologique, la fracture du coude étant guérie et les douleurs n'étant pas objectivées. La capacité de travail de l'assuré était donc entière dans toute activité et ce depuis la consolidation de sa fracture. Sur le plan psychiatrique, le recourant a indiqué à l'expert souffrir de problèmes de concentration et d'une importante fatigue associée à un trouble du sommeil, troubles qui empireraient régulièrement depuis son agression. Il a expliqué avoir des accès de tristesse, ainsi que des rêves répétitifs où il revivait son agression une à deux fois par mois, mais ne pas avoir de flash-backs ; il n'évitait par ailleurs pas le lieu de l'attaque, qui se trouvait sur sa route quotidienne. Le recourant a encore indiqué parvenir à maîtriser son irritabilité ou sa colère. Au quotidien, il se lève entre 8 heures et 10 heures selon la qualité de son sommeil, sort

faire un tour et s'occupe de l'administration urgente, puis mange avec sa famille. Il sort ensuite marcher au bord du fleuve, ou s'occupe sur son ordinateur ou en bricolant. S'agissant des traitements, l'intéressé est suivi depuis le 3 juillet 2017 par le Dr J._____, médecin psychiatre, à raison d'un rendez-vous tous les mois et demi à trois mois. Il s'est vu prescrire du (...) (...), traitement qu'il explique toutefois prendre irrégulièrement et qu'il précise avoir interrompu une semaine avant le jour de l'examen ; des raisons administratives et financières, ainsi que des effets secondaires indésirables (fatigue) sont invoqués. Le recourant a en outre bénéficié d'un suivi psychothérapeutique, toutefois interrompu en 2018 pour des motifs financiers. L'expert psychiatre a constaté que contrairement à ce qui ressortait du rapport du psychiatre traitant, le recourant n'adoptait pas de conduites d'évitement relatives à son agression, ne faisait pas l'objet d'un suivi psychiatrique étroit, ne bénéficiait d'aucun suivi psychothérapeutique et ne prenait son traitement antidépresseur que de manière aléatoire. Le Dr I._____ a ensuite relevé la présence de certains troubles (troubles de concentration et de sommeil, tristesse, activité sociale faible), retenus comme des symptômes résiduels de l'épisode dépressif (CIM-10 : F32.5), en rémission complète. Quant au PTSD, l'expert a noté que l'évènement traumatique était lointain et que ni l'entretien d'expertise, ni les éléments du dossier ne révélaient d'éléments suffisants pour retenir ce diagnostic. Un trouble de l'usage d'alcool moyen (CIM-10 : F10.20) a enfin été constaté sur la base d'analyses de laboratoire. En définitive, l'expert a relevé que la vie de l'assuré avait été impactée suite à son agression, mais que les diagnostics posés n'étaient plus présents au jour de l'expertise. Les limitations fonctionnelles liées à la fatigue, découlant des troubles du sommeil, n'avaient plus de manifestations suffisantes pour limiter la capacité de travail. L'attitude de l'assuré avait d'ailleurs changé, celui-ci ayant fait montre d'une volonté de ne plus être inactif. L'expert a ainsi conclu à une pleine capacité de travail du recourant dans toute activité depuis la date du 14 février 2018. Il a en revanche insisté sur l'opportunité de traiter les symptômes résiduels par voie psychiatrique, psychothérapeutique et médicamenteuse, aux fins de diminuer un risque de rechute dans une dépression à moyen ou long terme.

E. 5.4

Cela étant, le Tribunal constate que l'état de santé du recourant retenu dans la décision attaquée se distingue sensiblement de celui retenu dans le cadre de la décision d'octroi de la rente. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a pas retrouvé la gravité des troubles ayant motivé l'octroi de la rente. Certains symptômes résiduels de l'épisode dépressif ont certes été constatés, mais aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu. Sur le plan somatique, la fracture du coude est guérie et aucun trouble n'a été constaté, les douleurs diffuses et variables évoquées, au demeurant non objectivées, n'étant pas incapacitantes. De concert avec l'autorité inférieure, le Tribunal accorde une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 23 novembre 2020, qui satisfait les critères formels et matériels posés par la jurisprudence (cf. consid. 4.5 s. supra). S'agissant en particulier du rapport d'expertise psychiatrique, le Tribunal note que l'expert a évalué la capacité de travail exigible du recourant de manière structurée et a donné des réponses à l'aide du catalogue d'indicateurs conçu par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4.5 supra). Ainsi, il a examiné les diagnostics retenus par ses confrères (cf. OAIE pce 166 p. 49 ss) et conduit sa propre expertise dans les règles de l'art (OAIE pce 166 p. 44 ss). Il a formulé des diagnostics et indiqué qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, tout en motivant dûment ce résultat (OAIE pce 166 p. 47-48). En outre, il a dûment analysé les éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic (complexe « atteinte à la santé » ; OAIE pce 166 p. 35 ss) et

tenu compte des ressources personnelles et de l'environnement de l'assuré (complexes « personnalité » et « contexte social » ; OAIE pce 166 p. 41-42, 52 et 54). L'expert a enfin considéré les indicateurs de la catégorie « cohérence », en exposant, de manière circonstanciée et convaincante, les raisons pour lesquelles il convient de se distancer de l'avis exprimé dans les rapports du psychiatre traitant (OAIE pce 166 p. 49 ss). Le rapport d'expertise psychiatrique est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels. Il en va au demeurant de même du rapport d'expertise rhumatologique. L'assuré ne fait par ailleurs valoir aucun moyen particulier à même de remettre en question les conclusions de l'expertise, ses allégations suivant lesquelles sa santé se serait détériorée ne trouvant aucun fondement dans le dossier. Son état s'est au contraire notablement amélioré, les symptômes rapportés par l'assuré lui-même à l'expert s'étant amendés depuis le précédent examen - en dépit d'un suivi psychique et médicamenteux irrégulier. Il en va de même de sa perception de l'avenir, l'assuré ayant réitéré à plusieurs reprises sa volonté de ne plus être inactif et exprimé son souhait de retrouver une activité dans l'électronique (OAIE pce 166 p. 43). Il appert ainsi que l'état de santé du recourant s'est amélioré dans une mesure notable depuis le prononcé de la décision d'octroi de la rente, ce dernier ayant recouvré une pleine capacité de travail. Cette évolution apparaît au demeurant cohérente à la lumière des prévisions formulées par le corps médical dans le cadre du premier examen mené en novembre 2017 (cf. consid. 5.2 supra). Le recourant, qui a atteint l'âge de 55 ans en (...) 2020, a certes fait part à l'expert de son souhait de bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle (cf. OAIE pce 166 p. 43 et 53) - une volonté qu'il n'a pas réitérée dans le cadre de la présente procédure. En tant que ressortissant français domicilié en France, ayant perçu des prestations de l'assurance-chômage dans son Etat de résidence (cf. consid. A.a supra) puis une rente d'invalidité, il est douteux qu'il puisse prétendre à bénéficier de telles mesures (cf. à ce sujet arrêt du TAF C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.). Quoiqu'il en soit, le Tribunal relève que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de réadaptation est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% au moins dans toute activité raisonnablement exigible (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du TAF C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 5.1.3 et les réf. cit.). Or, le recourant bénéficie d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de technicien en électronique, qu'il souhaite reprendre. Il a de surcroît fait une première tentative d'auto-réadaptation dans ce domaine en 2015 en qualité d'indépendant - toutefois jugée trop ambitieuse par les experts -, a réalisé ou réalise occasionnellement des travaux d'électricité dans le voisinage, et effectue des activités en électronique à titre de loisir, dans son atelier. Dans ces conditions, des mesures de réadaptation ne paraissent de toutes les manières pas nécessaires pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain (cf. art. 8 al. 1 LAI). Le fait que l'intéressé perçoive une pension d'invalidité des autorités françaises (cf. consid. A.c supra) ne lui est enfin d'aucun secours, les autorités suisses n'étant pas liées par l'appréciation étrangère du degré d'invalidité de l'intéressé (cf. consid. 4.1 supra).

E. 5.5

En définitive, le dossier révèle bel et bien une rémission complète des diagnostics incapacitants. C'est donc à bon droit que l'OAIE a supprimé le droit à la rente en retenant une perte de gain nulle, et donc un degré d'invalidité de 0%, l'assuré pouvant exercer à plein temps la même activité lucrative que celle qu'il exerçait avant l'atteinte à sa santé. La décision attaquée doit ainsi être confirmée et le recours rejeté.

E. 6

La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Le recourant, qui succombe, en est toutefois dispensé dans la mesure où il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle par décision incidente du 24 novembre 2021. En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (Dispositif à la page suivante)

E. 29

août 2013 dans un établissement public à (…) (OAIE pce 50). Il avait été hospitalisé ce même jour et jusqu'au 2 septembre suivant à raison de trois plaies dans la région iliaque et fessière gauche occasionnées par balles, le traitement ayant consisté en une surveillance hospitalière. Une boiterie, une fatigabilité importante à la marche ainsi qu'un traumatisme psychologique engendrant une pleine incapacité de travail ont été rapportés par son médecin (OAIE pce 21 ; cf. également OAIE pces 20 et 22). Le 1er juin 2017, l'intéressé s'est en outre fracturé le coude droit suite à une chute (OAIE pces 80 p. 3 et 107). Sur proposition du Service médical régional-Rhône (ci-après : le SMR ; OAIE pce 29), l'intéressé a été reçu le 14 novembre 2017 dans les locaux de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure) pour un examen médical. Dans leur rapport du 20 décembre 2017, le Dr C._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, la Dresse D._____, rhumatologue, et la Dresse E._____, médecin généraliste et de réhabilitation FMH, ont reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle à raison d'un état de stress post-traumatique (ci-après : PTSD ; CIM-10 : F43.1). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, les médecins ont reconnu une incapacité de travail de 100% dès le 29 août 2013, puis de 40% dès le 1er juillet 2015, et enfin de 100% dès le 1er juin 2017. Ils précisaient également qu'une amélioration était à prévoir avec la poursuite du traitement somatique, en lien avec la fracture du coude droit, et l'instauration d'un traitement psychiatrique adapté. Ils ont dès lors suggéré

F-3176/2021 Page 3 de prévoir une obligation de suivi psychiatrique régulier et de poursuite du traitement de rééducation, la reprise d'un suivi psychothérapeutique étant également souhaitable – mais non exigible contre la volonté de l'assuré. Le rapport préconise enfin, pour le cas où une rente serait octroyée, de prévoir une révision dans deux ans (OAIE pce 80 p. 16 s.). Le 5 janvier 2018, l'OAIE a adressé un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, conforme aux conclusions de l'examen médical susmentionné (OAIE pce 83). Dans des lignes du 22 janvier 2018, l'intéressé a pleinement adhéré à ce projet de décision et transmis à l'autorité inférieure les coordonnées de son médecin généraliste, de son médecin psychiatre et de sa psychothérapeute (OAIE pce 85). A.c Par prononcé du 30 janvier 2018, l'autorité inférieure a octroyé une rente d'invalidité à l'assuré (OAIE pces 86-87). Par décisions du 14 février 2018 (OAIE pces 92-94), l'intéressé s'est ainsi vu octroyer une rente entière du 1er janvier 2015 au 30 septembre 2015, une demi-rente du 1er octobre 2015 au 31 août 2017, puis une rente entière dès le 1er septembre 2017. L'assuré s'est en outre vu allouer une pension d'invalidité dès le 1er juillet 2017 par les autorités compétentes françaises, par décision du 27 septembre 2018 (OAIE pces 119, 124 et 143). B. B.a En octobre 2019, l'OAIE a ouvert une procédure de révision de la rente d'invalidité allouée à l'assuré. Il a ainsi invité l'intéressé à lui retourner un questionnaire et la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin (ci-après : la CPAM) à lui fournir un rapport psychiatrique et un examen orthopédique (OAIE pces 121-123 et 130). B.b Dans une prise de position du 12 février 2020 (OAIE pce 135), le Dr F._____,

praticien du SMR, a considéré que l’assuré n’était plus invalide. Se référant au rapport médical détaillé E213 du 20 janvier 2020 établi par la Dresse G._____, médecin conseil auprès de la CPAM (OAIE pce 132), il a retenu que l’état de santé s’était amélioré, à forme d’une guérison de la fracture du coude droit et d’une disparition de la symptomatologie psychique – l’intéressé ne bénéficiant que d’un suivi psychiatrique bimensuel, faisant des projets et ayant du plaisir dans des activités. En date du 6 mai 2020, l’OAIE a adressé à l’assuré un projet de décision de suppression de la rente d’invalidité (OAIE pce 137).

F-3176/2021 Page 4 Sous pli du 12 juin 2020, l’intéressé s’est opposé à ce projet au motif que son état de santé s’était dégradé. Il a produit à cet appui un rapport médical de son médecin psychiatre du 3 mars 2020, faisant état d’un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, ainsi que d’un traitement médicamenteux. L’assuré a en outre requis la mise en œuvre d’une expertise médicale (OAIE pces 139 et 149). Dans une nouvelle prise de position du 3 juillet 2020, le SMR a relevé que les assertions du médecin psychiatre de l’assuré étaient radicalement opposées à celles du médecin conseil de la CPAM. Il a en conséquence préconisé la mise en œuvre d’une expertise psychiatrique (OAIE pce 150). Une expertise bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie) a ainsi été effectuée le 27 octobre 2020 par le Dr H._____, médecin rhumatologue, et le Dr I._____, médecin psychiatre. Dans un rapport daté du 23 novembre 2020, les spécialistes précités ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : épisode dépressif isolé en rémission complète (CIM-10 : F32.5), trouble de l’usage d’alcool moyen (CIM-10 : F10.20), douleur diffuse et variable sans support anatomique et avec un examen clinique normal, ainsi que fracture du coude droit (OAIE pce 166 p. 26, 47 et 61). Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n’a été retenu, le rapport concluant à une capacité de travail de 100% dans l’activité habituelle (OAIE pce 166 p. 64). Se fondant sur le rapport d’expertise et une appréciation médico-juridique de ce rapport du 14 décembre 2020 (OAIE pce 168), l’autorité inférieure a notifié à l’assuré un projet de décision de suppression de la rente le 3 février 2021 (OAIE pce 170). Ce dernier a exercé son droit d’être entendu par courrier du 5 mars 2021 (OAIE pce 171). B.c Par décision du 11 juin 2021 (OAIE pce 176), l’OAIE a supprimé la rente d’invalidité et retiré l’effet suspensif à un éventuel recours. C. En date du 10 juillet 2021, le recourant a déféré la décision précitée au Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), concluant en substance à l’annulation de la décision entreprise (TAF pce 1). Par décision incidente du 24 novembre 2021, le Tribunal a admis la demande d’assistance judiciaire partielle de l’intéressé et l’a dispensé du versement d’une avance de frais (TAF pce 8).

F-3176/2021 Page 5 Pour sa part, l’OAIE a conclu au rejet du recours (TAF pce 11). L’échange d’écritures a été clos après que les parties ont persisté dans leurs positions respectives (TAF pces 16 et 18). A la demande du recourant, le Tribunal l’a informé, sous pli du 22 février 2023, qu’il s’efforcerait de statuer dans les meilleurs délais (TAF pce 21). Par ordonnance du 6 juin 2023 (TAF pce 22), le Tribunal a communiqué à l’intéressé que la Cour VI était désormais compétente pour le traitement de la cause, dont le numéro de référence était dorénavant F-3176/2021.

Droit : 1. 1.1 Sous réserve des 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), ledit Tribunal connaît, en vertu de l’art. 31 LTAF en relation avec l’art. 33 let. d de cette même loi et l’art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l’assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l’étranger contre les

décisions au sens de l’art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l’OAIE. 1.2 La procédure devant le Tribunal est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). 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). 1.3 Dans la mesure où l’intéressé est directement touché par la décision du 11 juin 2021 et a un intérêt digne d’être protégé à ce qu’elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Le recours a au surplus été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recourant ayant été dispensé du versement d’une avance de frais (art. 63 al. 4 et 65 al. 1 PA). Aussi, le recours est recevable. 2. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le

F-3176/2021 Page 6 Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d’office et librement (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, n° 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). En outre, le Tribunal applique le droit d’office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l’argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., n° 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L’autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n° 1.55). 3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA), de la rente entière d’invalidité allouée à l’assuré depuis le 1er janvier 2015, respectivement le 1er septembre 2017 (cf. consid. A.c supra). Plus particulièrement, il s’agit de déterminer l’évolution de l’état de santé de ce dernier depuis l’octroi initial de la rente d’invalidité, ainsi que son incidence sur sa capacité de travail jusqu’au moment de la décision litigieuse du 11 juin 2021. 4. 4.1 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et les réf. cit.), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, la décision litigieuse ayant été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4.1). Aussi, les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2021. Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes

F-3176/2021 Page 7 (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlements 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 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). 4.2 L’invalidité 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 le 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 la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d’activité, si cette diminution résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, de l’aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d’activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d’elle, si cette perte résulte d’une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1e phr. LPGA). Ainsi, la notion d’invalidité est de nature économique, et non pas médicale (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 la personne assurée peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité (art. 6 2e phr. LPGA). 4.3 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 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). En sus, l’assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l’invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Aux termes de l’art. 28 al. 2 LAI, l’assuré a droit à un quart de rente s’il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s’il est

 invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s’il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s’il est invalide à 70% au moins. 4.4 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Pour autant qu’il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision (parmi d’autres, cf. arrêt du TF 8C_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3 ; cf. également arrêts du TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.3.2 et I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1 et 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). 4.5 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique

et évaluer l’invalidité de la personne concernée, l’administration et, le cas échéant, le Tribunal, doivent s’appuyer sur des documents concluants que le médecin ou éventuellement d’autres spécialistes doivent leur fournir (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). En effet, la tâche des médecins consiste précisément, dans le présent contexte, 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 sur le vu de ses limitations (arrêt du TAF C-6537/2020 du 13 avril 2023 consid. 7.2 et les réf. cit.). Il n’appartient au demeurant pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1). En particulier, pour être retenues à la base d’une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les

 organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d’atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d’indicateurs répartis dans les catégories « degré de gravité fonctionnel » (complexes « atteinte à la santé », « personnalité » et « contexte social ») et « cohérence » (limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et poids des souffrances révélé par l’anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3 ; arrêt du TAF C-45/2018 du 22 juillet 2020 consid. 8.3). Ainsi, la phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection. Il convient en outre de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). 4.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait

été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

F-3176/2021 Page 10 l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées. En matière de révision, il revient en outre au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera en principe écarté (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). Si l'appréciation des preuves est certes libre, la jurisprudence a néanmoins établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3), dont notamment les expertises judiciaires (à cet égard, voir l'arrêt du TAF C-4090/2020 du 19 juillet 2022 consid. 5.2.2 et les réf. cit.). Une évaluation de l'incapacité de travail fournie lege artis par un expert-psychiatre n'en demeure pas moins soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« aus triftigen Gründen » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« entscheidender Gesichtswinkel ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGA. En effet, il ne suffit pas que l'expert psychiatre conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico- psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3). 5. 5.1 En l'espèce, pour retenir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de sorte à supprimer son droit à une rente, l'autorité inférieure s'est référée à l'expertise réalisée par les Drs H._____ et I._____, à laquelle une pleine valeur probante doit, selon elle, être conférée. L'OAIE a ainsi fait siennes les conclusions des experts et retenu que la fracture du coude était consolidée et la dépression en rémission complète, la gravité des troubles

F-3176/2021 Page 11 ayant motivé l'octroi de la rente ne se retrouvant pas au jour de l'expertise. Elle en a conclu que le recourant ne présentait plus aucune pathologie incapacitante au jour de l'examen et a, par voie de conséquence, supprimé le droit à une rente. Dans son recours, très succinctement motivé, l'assuré a fait valoir que son état de santé psychique et physique s'était au contraire nettement dégradé depuis l'agression dont il avait été victime en août 2013. Rappelant qu'une balle demeurait logée dans son ventre, il a déclaré souffrir de plusieurs séquelles et ne plus pouvoir exercer son travail d'électricien. Pour examiner s'il y a eu une amélioration notable de l'état de santé du recourant, justifiant la suppression de son droit à une rente d'invalidité, il incombe au Tribunal de comparer l'état de fait retenu lors du prononcé de la décision d'octroi d'une rente d'invalidité, le 14 février 2018 (cf. consid. 5.2 infra), et la situation à la date de la décision attaquée, le 11 juin 2021 (cf. consid. 5.3 infra), avant d'en tirer les conclusions qui s'imposent (cf. consid. 5.4 infra). 5.2 Pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2015, l'OAIE

s’est fondée essentiellement sur le rapport de l’examen médical mené par les Drs C._____, D._____ et E._____ dans ses locaux le 14 novembre 2017. Les experts ont observé que l’intéressé se plaignait d’une baisse du moral, d’une hyperréactivité affective, de troubles de la concentration, de fatigue, ainsi que d’une diminution de sa capacité à ressentir du plaisir. Il a en outre décrit des troubles du sommeil, des cauchemars et des remémorations compulsives de l’agression subie en 2013. L’assuré a également rapporté avoir développé une boiterie suite à sa blessure par arme à feu, qui se serait toutefois progressivement estompée. Quant à la fracture du coude droit survenue quelques mois avant l’examen médical, il a indiqué que les amplitudes du coude étaient en amélioration grâce à la rééducation. Au quotidien, l’intéressé a expliqué qu’il se levait vers 8 heures, sortait s’acheter des cigarettes, puis rentrait rapidement en raison d’une fatigue. Il s’isolait ensuite dans la cave, où il s’était installé un atelier, ou dans un parc. Il lui arrivait en outre, occasionnellement, de réaliser des menus travaux d’électricité dans le voisinage. Le recourant prenait les repas en famille et se couchait vers 23 heures. Quant à son niveau de fonctionnement, il estimait ne pas pouvoir exercer une quelconque activité en raison de son état psychique. Il avait fait une tentative de reprise d’activité en 2015, mais elle s’était soldée par un échec, qu’il imputait à ses

 troubles de concentration. Ses symptômes s’étaient depuis lors aggravés, dans le contexte d’une précarisation croissante de sa situation financière. Le spécialiste en psychiatrie a retenu que l’assuré souffrait d’anxiété, de symptômes dépressifs fluctuants, d’une labilité émotionnelle, d’irritabilité et de troubles du sommeil, et posé le diagnostic d’état de stress post- traumatique – dit diagnostic étant motivé par la cohérence parfaite entre l’anamnèse et les rapports de la psychothérapeute présents au dossier. La symptomatologie anxieuse et dépressive s’était progressivement améliorée jusqu’en mai 2017, notamment grâce au traitement psychothérapeutique, puis aggravée dans un contexte de difficultés financières, jusqu’à atteindre un degré de sévérité moyen au jour de l’examen. L’expert a ainsi retenu comme comorbidité un épisode dépressif moyen. Le spécialiste en rhumatologie a pour sa part estimé que l’évolution de la fracture semblait favorable au jour de l’examen, mais n’a pu se prononcer, l’assuré étant en cours de rééducation. Sur la base de ce qui précède, les experts ont reconnu au recourant une pleine incapacité de travail dans son activité habituelle depuis le 29 août 2013, date de l’agression et du début du PTSD. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ils ont retenu une pleine incapacité de travail depuis le 29 août 2013 ; une incapacité de travail de 40% depuis le 1er juillet 2015, suite à l’amélioration anamnestique des symptômes psychiques, un abandon du suivi psychologique et une tentative d’auto- réadaptation ; une pleine incapacité de travail depuis le 1er juin 2017, date de la fracture du coude droit (OAIE pce 80 p. 16 s.). Ils ont néanmoins relevé qu’une amélioration était probable moyennant, en particulier, l’instauration d’un traitement psychiatrique adapté, raison pour laquelle l’assuré a été enjoint de se soumettre à ce traitement. 5.3 Dans le cadre de la procédure de révision ouverte en octobre 2019, l’OAIE a reçu des documents médicaux du médecin psychiatre traitant de l’assuré, d’une part, et de la CPAM, d’autre part, rapportant deux avis contraires. Aussi, elle a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique pour se prononcer sur l’existence d’une modification du taux d’invalidité. Au plan rhumatologique, l’assuré s’est plaint de douleurs diffuses, en particulier sur le côté inférieur gauche, qu’il a situées sur l’échelle visuelle analogique à 4/10 et pour lesquelles il ne suit aucun traitement antalgique. L’examen clinique s’est toutefois révélé normal, sous réserve d’une très légère diminution de la flexion du coude droit, sans douleur. L’expert n’a au

F-3176/2021 Page 13 demeurant pas observé de boiterie. Aucun diagnostic n’a donc été retrouvé sur le plan rhumatologique, la fracture du coude étant guérie et les douleurs n’étant pas objectivées. La capacité de travail de l’assuré était donc entière dans toute activité et ce depuis la consolidation de sa fracture. Sur le plan psychiatrique, le recourant a indiqué à l’expert souffrir de problèmes de concentration et d’une importante fatigue associée à un trouble du sommeil, troubles qui empireraient régulièrement depuis son agression. Il a expliqué avoir des accès de tristesse, ainsi que des rêves répétitifs où il revivait son agression une à deux fois par mois, mais ne pas avoir de flash-backs ; il n’évitait par ailleurs pas le lieu de l’attaque, qui se trouvait sur sa route quotidienne. Le recourant a encore indiqué parvenir à maîtriser son irritabilité ou sa colère. Au quotidien, il se lève entre 8 heures et 10 heures selon la qualité de son sommeil, sort faire un tour et s’occupe de l’administration urgente, puis mange avec sa famille. Il sort ensuite marcher au bord du fleuve, ou s’occupe sur son ordinateur ou en bricolant. S’agissant des traitements, l’intéressé est suivi depuis le 3 juillet 2017 par le Dr J._____, médecin psychiatre, à raison d’un rendez-vous tous les mois et demi à trois mois. Il s’est vu prescrire du (…) (…), traitement qu’il explique toutefois prendre irrégulièrement et qu’il précise avoir interrompu une semaine avant le jour de l’examen ; des raisons administratives et financières, ainsi que des effets secondaires indésirables (fatigue) sont invoqués. Le recourant a en outre bénéficié d’un suivi psychothérapeutique, toutefois interrompu en 2018 pour des motifs financiers. L’expert psychiatre a constaté que contrairement à ce qui ressortait du rapport du psychiatre traitant, le recourant n’adoptait pas de conduites d’évitement relatives à son agression, ne faisait pas l’objet d’un suivi psychiatrique étroit, ne bénéficiait d’aucun suivi psychothérapeutique et ne prenait son traitement antidépresseur que de manière aléatoire. Le Dr I._____ a ensuite relevé la présence de certains troubles (troubles de concentration et de sommeil, tristesse, activité sociale faible), retenus comme des symptômes résiduels de l’épisode dépressif (CIM-10 : F32.5), en rémission complète. Quant au PTSD, l’expert a noté que l’évènement traumatique était lointain et que ni l’entretien d’expertise, ni les éléments du dossier ne révélaient d’éléments suffisants pour retenir ce diagnostic. Un trouble de l’usage d’alcool moyen (CIM-10 : F10.20) a enfin été constaté sur la base d’analyses de laboratoire. En définitive, l’expert a relevé que la vie de l’assuré avait été impactée suite à son agression, mais que les diagnostics posés n’étaient plus présents au jour de l’expertise. Les limitations fonctionnelles liées à la fatigue, découlant des troubles du

F-3176/2021 Page 14 sommeil, n’avaient plus de manifestations suffisantes pour limiter la capacité de travail. L’attitude de l’assuré avait d’ailleurs changé, celui-ci ayant fait montre d’une volonté de ne plus être inactif. L’expert a ainsi conclu à une pleine capacité de travail du recourant dans toute activité depuis la date du 14 février 2018. Il a en revanche insisté sur l’opportunité de traiter les symptômes résiduels par voie psychiatrique, psychothérapeutique et médicamenteuse, aux fins de diminuer un risque de rechute dans une dépression à moyen ou long terme. 5.4 Cela étant, le Tribunal constate que l’état de santé du recourant retenu dans la décision attaquée se distingue sensiblement de celui retenu dans le cadre de la décision d’octroi de la rente. Sur le plan psychiatrique, l’expert n’a pas retrouvé la gravité des troubles ayant motivé l’octroi de la rente. Certains symptômes résiduels de l’épisode dépressif ont certes été constatés, mais aucun diagnostic incapacitant n’a été retenu. Sur le plan somatique, la fracture du coude est guérie et aucun trouble n’a été constaté, les douleurs diffuses et variables évoquées, au demeurant non objectivées, n’étant pas incapacitantes. De concert avec l’autorité inférieure, le Tribunal accorde une pleine

valeur probante au rapport d'expertise du 23 novembre 2020, qui satisfait les critères formels et matériels posés par la jurisprudence (cf. consid. 4.5 s. supra). S'agissant en particulier du rapport d'expertise psychiatrique, le Tribunal note que l'expert a évalué la capacité de travail exigible du recourant de manière structurée et a donné des réponses à l'aide du catalogue d'indicateurs conçu par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4.5 supra). Ainsi, il a examiné les diagnostics retenus par ses confrères (cf. OAIE pce 166 p. 49 ss) et conduit sa propre expertise dans les règles de l'art (OAIE pce 166 p. 44 ss). Il a formulé des diagnostics et indiqué qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, tout en motivant dûment ce résultat (OAIE pce 166 p. 47-48). En outre, il a dûment analysé les éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic (complexe « atteinte à la santé » ; OAIE pce 166 p. 35 ss) et tenu compte des ressources personnelles et de l'environnement de l'assuré (complexes « personnalité » et « contexte social » ; OAIE pce 166 p. 41-42, 52 et 54). L'expert a enfin considéré les indicateurs de la catégorie « cohérence », en exposant, de manière circonstanciée et convaincante, les raisons pour lesquelles il convient de se distancer de l'avis exprimé dans les rapports du psychiatre traitant (OAIE pce 166 p. 49 ss). Le rapport d'expertise psychiatrique est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels. Il en va au demeurant de même du rapport d'expertise rhumatologique.

F-3176/2021 Page 15 L'assuré ne fait par ailleurs valoir aucun moyen particulier à même de remettre en question les conclusions de l'expertise, ses allégations suivant lesquelles sa santé se serait détériorée ne trouvant aucun fondement dans le dossier. Son état s'est au contraire notablement amélioré, les symptômes rapportés par l'assuré lui-même à l'expert s'étant amendés depuis le précédent examen – en dépit d'un suivi psychique et médicamenteux irrégulier. Il en va de même de sa perception de l'avenir, l'assuré ayant réitéré à plusieurs reprises sa volonté de ne plus être inactif et exprimé son souhait de retrouver une activité dans l'électronique (OAIE pce 166 p. 43). Il appert ainsi que l'état de santé du recourant s'est amélioré dans une mesure notable depuis le prononcé de la décision d'octroi de la rente, ce dernier ayant recouvré une pleine capacité de travail. Cette évolution apparaît au demeurant cohérente à la lumière des prévisions formulées par le corps médical dans le cadre du premier examen mené en novembre 2017 (cf. consid. 5.2 supra). Le recourant, qui a atteint l'âge de 55 ans en (…) 2020, a certes fait part à l'expert de son souhait de bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle (cf. OAIE pce 166 p. 43 et 53) – une volonté qu'il n'a pas réitérée dans le cadre de la présente procédure. En tant que ressortissant français domicilié en France, ayant perçu des prestations de l'assurance-chômage dans son Etat de résidence (cf. consid. A.a supra) puis une rente d'invalidité, il est douteux qu'il puisse prétendre à bénéficier de telles mesures (cf. à ce sujet arrêt du TAF C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.). Quoiqu'il en soit, le Tribunal relève que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de réadaptation est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% au moins dans toute activité raisonnablement exigible (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du TAF C-3191/2021 du 10 mai 2023 consid. 5.1.3 et les réf. cit.). Or, le recourant bénéficie d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle de technicien en électronique, qu'il souhaite reprendre. Il a de surcroît fait une première tentative d'auto-réadaptation dans ce domaine en 2015 en qualité d'indépendant – toutefois jugée trop ambitieuse par les experts –, a réalisé ou réalise occasionnellement des travaux d'électricité dans le voisinage, et effectue des activités en électronique à titre de loisir, dans son atelier. Dans ces conditions, des mesures de réadaptation ne paraissent de toutes les manières pas nécessaires pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain (cf. art. 8 al. 1

LAI). Le fait que l’intéressé perçoive une pension d’invalidité des autorités françaises (cf. consid. A.c supra) ne lui est enfin d’aucun secours, les

 autorités suisses n’étant pas liées par l’appréciation étrangère du degré d’invalidité de l’intéressé (cf. consid. 4.1 supra). 5.5 En définitive, le dossier révèle bel et bien une rémission complète des diagnostics incapacitants. C’est donc à bon droit que l’OAIE a supprimé le droit à la rente en retenant une perte de gain nulle, et donc un degré d’invalidité de 0%, l’assuré pouvant exercer à plein temps la même activité lucrative que celle qu’il exerçait avant l’atteinte à sa santé. La décision attaquée doit ainsi être confirmée et le recours rejeté. 6. La présente procédure est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Le recourant, qui succombe, en est toutefois dispensé dans la mesure où il a été mis au bénéfice de l’assistance judiciaire partielle par décision incidente du 24 novembre 2021. En outre, vu l’issue du litige, il n’est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Dispositif à la page suivante)

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