Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Décision confirmée par le TF par arrêt du 04.09.2026 (8C_99/2026)

Cour III
C-5648/2022

Arrêt du 16 décembre 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Beat Weber, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A._____,
représenté par Me Alexandre Alimi, Avocat, VCA Avocats,
Rue des Alpes 15,
Case postale 2144,
1211 Genève 1,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; suppression de la rente d'invalidité; décision du 3 novembre 2022.

Faits :

A.

A.a A._____ est un ressortissant portugais, né le […] 1965 (OAIE pce 23 ; pce 159 ; pce 173 p. 13 ; pce 635 p. 2). Marié le […] 1990 et divorcé le […] 2017, il est père de deux enfants, nés le […] 1994 et le […] 1999 (OAIE pce13 p. 2 ; pce 20 ; pce 237 ; pce 598). Arrivé en Suisse en mai 1990 (OAIE pce 23 ; pce 72), au bénéfice d'un diplôme de monteur-électricien et d'un diplôme de géomètre-topographe obtenus au Portugal, il y travaille à plein temps comme monteur-électricien, en dernier lieu, soit dès septembre 2002, pour l'entreprise B._____ SA (OAIE pce 13 p. 4 ; pce 37 ; pce 60 ; pce 310). Depuis le 1er janvier 1995, il s'occupe également, avec son épouse, d'une conciergerie d'immeuble à raison de 10 heures par semaine (OAIE pce 58 ; pce 100).

A.b Par communication du 12 décembre 2002 (OAIE pce 38), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Z. (OAI Z.) remet en prêt à l'intéressé deux appareils acoustiques à titre de moyens auxiliaires, en raison d'une déficience auditive de niveau 2 (voir également communications de l'OAI Z. des 4 août 2010 et 15 juillet 2014 [OAIE pces 220-221 et 273]). Cette prise en charge est supprimée avec effet au 1er avril 2017, suite au départ de Suisse de l'intéressé (décision de l'OAIE du 24 novembre 2017 [OAIE pce 301]).

A.c Le 21 janvier 2004, l'intéressé est victime d'une entorse de la cheville droite sur un chantier dont l'évolution va se révéler difficile, des troubles douloureux de l'épaule gauche, du genou gauche puis des douleurs lombaires, venant en outre se greffer sur cette évolution défavorable. Dès cette date, il alterne entre des périodes d'arrêt total de travail et des périodes d'activité à 50%, n'ayant repris son travail à plein temps que durant le mois de décembre 2004 (OAIE pce 60 p. 2). Le 30 octobre 2004, il est victime d'un nouvel accident, provoquant une contusion-entorse du gros orteil gauche, puis le 2 janvier 2005 d'une contusion du bord externe du pied droit et, le 25 janvier 2005, d'une chute ayant provoqué une contusion du tarse droit (OAIE pce 50 p. 19, p. 31-34, p. 40, p. 49, p. 57, p. 60 à 62, p. 64 ; pce 73 ; pce 139 p. 30-31).

A.d Dans le cadre de la prise en charge de son cas par la SUVA, dont le dossier a été versé aux actes (OAIE pces 50 et 139), l'intéressé séjourne du 15 mars au 12 avril 2005 dans le service de réadaptation générale de la C._____. Dans son rapport du 11 mai 2005 (OAIE pce 50 p. 31 à 34), la C._____ retient le diagnostic primaire de thérapies physiques et

fonctionnelles (Z 50.1), les diagnostics secondaires d'entorse à la cheville droite le 21 janvier 2004 (T 93.3), d'algodystrophie du membre inférieur droit (M 89.0) et d'arthrose modérée tibio-talienne (M 19.9), ainsi que les co-morbidités suivantes : diabète type I, depuis 1992, insulino-dépendant (E 10.9) et traumatisme du membre inférieur droit dans l'adolescence. Elle note en particulier que l'examen clinique montre peu de déficiences objectives, en dehors d'une discrète limitation de mobilité, qu'il n'y a pas d'argument pour un processus algodystrophique actif et que la prise en charge en physiothérapie est peu contributive, compte tenu de nombreuses autolimitations de la part du patient. La situation médicale orthopédique est jugée stable, un changement de profession ne paraissant pas indiqué. La C._____ conclut à une reprise de l'activité habituelle à 50% dès le 13 avril 2005, à 75% dès le 25 avril 2005, puis à 100% dès le 10 mai 2005.

A.e L'intéressé ne reprendra pas d'activité lucrative (voir OAIE pce 247 p. 1 ; pce 299 p. 1 ; pce 530 p. 4). Ses rapports de travail avec l'entreprise B._____ SA seront résiliés avec effet au 30 juin 2005 (OAIE pce 50 p. 40), et la SUVA mettra fin à ses prestations d'assurance dès le 9 octobre 2006 (examen médical final du 28 septembre 2006 [OAIE pce 139 p. 30 à 32] ; décision du 6 octobre 2006 et décision sur opposition du 19 décembre 2006 [OAIE pce 139 p. 26 à 28 et p. 2 à 8]).

B.
Le 13 juin 2005, A._____ dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) suisse auprès de l'OAI Z. (OAIE pce 13 p. 1 à 7).

B.a Selon les pièces médicales produites dans le cadre de cette demande, l'intéressé souffrait d'une arthrose tibio-astragalienne post-traumatique à la cheville droite, d'une gonalgie gauche sur probable trouble dégénératif du ménisque interne gauche depuis janvier 2004, d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche existant depuis janvier 2004, d'un diabète sucré insulino-dépendant depuis 1992, sans complication, d'une symptomatologie dorso-lombaires et d'un probable trouble de la personnalité apparu en mai 2006 (voir rapports du Dr D._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, des 28 janvier 2005, 25 février 2005, 22 avril 2005, 12 juillet 2005, 23 octobre 2006, 6 décembre 2006, 6 février 2007, 26 novembre 2007, 17 janvier 2014 [OAIE pce 50 p. 45, p. 54, p. 61 ; pce 51 p. 1-6 ; pce 139 p. 17 ; pce 124 ; pce 144 ; pce 540 ; pce 562] ; rapports du Dr E._____, chirurgien orthopédique, des 18 mai 2005, 14 juillet 2005, 30 janvier 2006 et 22 mai 2006 [OAIE pce 50 p. 29 et 30 ; pce 52 ; pce 139 p. 38, p. 50] ;

résultats d'examens radiographiques et d'IRM réalisés au niveau du pied et de la cheville droits, des deux genoux, de l'épaule gauche et de la colonne dorsale et lombaire, entre janvier 2005, janvier 2007 et mars 2009 [OAIE pce 50 p. 60, p. 35, p. 36 ; pce 139 p. 53 ; pce 536 ; pce 543]).

B.b Du 6 novembre 2006 au 11 février 2007, l'intéressé bénéficie d'un stage d'observation professionnelle à l'atelier d'intégration professionnelle (AIP) du F._____ (OAIE pces 12 p. 81, 100 et 101). Dans son rapport du 13 janvier 2007 (recte : 13 février 2007 ; OAIE pce 145), l'AIP fait état, de la part de l'intéressé, de bonnes capacités de compréhension et d'apprentissage, et d'une bonne dextérité fine, mais note en particulier un inconfort général apparaissant avant la fin de la mi-journée, accompagné d'une diminution de la capacité de concentration et de l'efficacité, ainsi qu'une fragilité psychologique amplifiant, probablement, l'impact des douleurs ; l'élaboration d'un projet de réinsertion professionnelle n'est ainsi pas rendue possible, l'intéressé ne se projetant plus en qualité de travailleur potentiel.

B.c Suite à l'avis du Service médical régional (SMR) du 7 mars 2007 (OAIE pce 156 ; voir également rapport intermédiaire de l'OAI Z. du 13 mars 2007 [OAIE pce 150]), une expertise rhumatologique et psychiatrique est réalisée le 28 juin 2007 auprès du Centre d'expertise médicale (CEMed). Dans le rapport d'expertise du 31 août 2007 (OAIE pce 173), les Drs G._____, rhumatologue, et H._____, psychiatre, retiennent, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une capsulite rétractile de l'épaule gauche avec notion de tendinopathie préexistante depuis 2004 environ, et une arthrose multi-articulaire de la cheville droite depuis 2004 ; aucune atteinte psychique n'est constatée. Les experts notent que le port de charge est contre-indiqué et que le travail en hauteur est impossible en raison de la restriction de mobilité de l'épaule gauche, qu'il faut éviter la station debout au-delà de 10 minutes et les déplacements de plus de 100 mètres. Ils concluent à une incapacité de travail totale dans toute activité.

B.d Aux termes d'un rapport du 1er novembre 2007, le SMR retient une capsulite rétractile de l'épaule gauche comme atteinte principale, reprend les diagnostics invalidants et ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par les experts, et fixe au 21 janvier 2004 le début de l'incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. Il ajoute qu'un suivi orthopédique ou rhumatologique est exigible auprès d'un praticien choisi par l'assuré, à la fréquence fixée par le spécialiste mais au moins une fois chaque 2 mois en l'absence d'évolution favorable (OAIE pce 179). Par

courrier du 11 août 2008, l'OAI Z. enjoint l'assuré de prendre toutes les mesures raisonnablement exigibles propres à limiter le dommage subi, à savoir suivre le traitement médical rhumatologique ou orthopédique nécessaire à l'amélioration de son état de santé respectivement de sa capacité de gain (OAIE pce 188). Par courrier du 22 août 2008, l'assuré indique qu'il entreprendra un traitement orthopédique approprié auprès du Dr E._____ (OAIE pce 190).

B.e Se fondant sur le rapport du SMR du 1er novembre 2007 (OAIE pce 179), l'OAI Z., par décisions du 13 janvier 2009 (OAIE pces 196 et 197), octroie à l'intéressé, dès le 1er janvier 2005, une rente entière d'invalidité – assortie de deux rentes pour enfant − correspondant à un taux d'invalidité de 83%, calculé en tenant compte d'une activité en milieu protégé, seule exigible de l'intéressé.

B.f En octobre 2009 (voir questionnaire pour la révision de la rente, du 12 novembre 2009 [OAIE pce 204]), puis en août 2013 (voir questionnaire pour la révision de la rente, du 20 octobre 2013 [OAIE pce 247]), l'OAI Z. procède à la révision d'office du droit de l'intéressé à une rente entière, qu'il maintient (communication de l'OAI Z. du 22 octobre 2010 [OAIE pce 228], rapports des Drs E._____ et D._____ de décembre 2009 et octobre 2010 [OAIE pces 205, 207, 226] et avis du SMR des 2 septembre 2010 et 6 octobre 2010 [OAIE pces 222 et 224] ; communication de l'OAI Z. du 4 décembre 2013 [OAIE pce 257] et rapports des Drs I._____, rhumatologue, et D._____ des 22 et 25 novembre 2013 [OAIE pces 255 et 256]).

B.g Le 26 novembre 2013 (OAIE pce 339), l'intéressé dépose une demande d'allocation pour impotent, que l'OAI Z. rejette par décision du 9 janvier 2015 (OAIE pce 278 ; voir rapport du Dr D._____ du 20 janvier 2014, fiches d'examen des 13 février 2014 et 13 novembre 2014, questionnaire d'instruction relative à une allocation pour impotent du 11 novembre 2014 ; projet de décision du 14 novembre 2014 [OAIE pces 265 ; 268 ; 274 à 276]).

B.h Dès le 13 mars 2017, l'intéressé est domicilié au Portugal (OAIE pces 15, 283-284, 319, 412). Par communications du 21 mars 2017 (OAIE pces 285-286), puis par décisions du 10 janvier 2018 (OAIE pces 305 et 306), la Caisse suisse de compensation (CSC), puis l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), devenus compétents, allouent à l'intéressé une rente entière d'invalidité –

assortie de deux rentes pour enfant liées à celle du père − à partir du 1er mai 2017.

B.i En octobre 2017 (OAIE pce 298), une troisième procédure de révision d'office est entreprise par l'OAIE, qui maintient la rente entière par communication du 12 mars 2018 (OAIE pce 312 ; questionnaire pour la révision de la rente du 7 novembre 2017 [OAIE pce 299] ; rapport du Dr D._____ du 29 janvier 2018 [OAIE pce 308] ; prise de position du Dr J._____, du service médical de l'OAIE, du 26 février 2018 [OAIE pce 311]).

B.j En octobre 2020 (OAIE pce 528), l'OAIE entame une quatrième procédure de révision d'office de la rente (questionnaire pour la révision de la rente du 19 décembre 2020 et exposé d'une révision du 31 mars 2021 [OAIE pces 530 et 598]).

B.j.a Dans ce cadre, une expertise rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne est réalisée les 7 et 8 février 2022 au CEMed (voir réponse du médecin de l'OAIE du 20 avril 2021 de la Dre K._____, rhumatologue auprès du service médical de l'OAIE [OAIE pce 600] ; voir également OAIE pces 615, 617, 620).

B.j.b Par courriers du 23 février 2022 (OAIE pces 626 et 627), l'OAIE informe l'intéressé et le CEMed qu'une dénonciation anonyme a été faite, indiquant que l'intéressé ne serait pas malade. Il signale que des photographies extraites des réseaux sociaux montrent l'intéressé exerçant des activités sportives et de loisirs en contradiction avec les limitations fonctionnelles alléguées et retenues lors de l'octroi de la rente (OAIE pce 625), et qu'une observation par un détective a été effectuée en janvier et février 2022, en Suisse (rapport d'observation du 21 février 2022 [OAIE pce 628] ; photographies et vidéos du 7 au 10 février, et du 19 février 2022 [TAF pce 12]). Il est demandé au CEMed de tenir compte de ces éléments dans son examen du cas et de se prononcer sur une éventuelle exagération des atteintes à la santé et des conséquences sur la capacité de travail.

B.j.c Dans leur rapport d'expertise du 1er avril 2022 (OAIE pces 635 et 639), les Drs L._____, rhumatologue, M._____, psychiatre, et N._____, spécialiste en médecine interne, notent les diagnostics de diabète type 1 (insulino-dépendant) depuis 1992, de rétinopathie diabétique non proliférante modérée (juillet 2021), de cure d'exostose du conduit auditif externe droit (novembre 2000), de surdité de perception

bilatérale de degré moyen appareillée depuis 2002, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie depuis deux ans environ, de status post traumatisme de la cheville droite en 2005 avec discrète arthrose talo-naviculaire et de status après possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. Les experts constatent une amélioration au niveau ostéoarticulaire dès le 12 mars 2018 au moins, ainsi qu'une claire exagération des symptômes de la part de l'intéressé. Ils retiennent néanmoins qu'en raison du diabète, des risques d'hypoglycémie et de la perte d'audition, il faut éviter les travaux en hauteur, les activités avec du matériel risquant de blesser et celles effectuées dans un environnement bruyant, et que des horaires réguliers avec des possibilités d'avoir des pauses pour mesurer les glycémies ou faire des collations sont nécessaires. Ils concluent à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée depuis janvier 2004, en raison du diabète insulino-dépendant et des risques d'hypoglycémie.

B.j.d Le 19 mai 2022, les Drs O._____ et P._____, médecin généraliste spécialisée dans la médecine physique et de réhabilitation respectivement psychiatre au SMR, ainsi que Q._____, juriste de l'OAIE, rendent leur appréciation médico-juridique du cas (OAIE pce 641). Estimant qu'il convient de conférer valeur probante à l'expertise du CEMed, ils concluent à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une capacité de 85% dans une activité de substitution à partir du 29 janvier 2018, date du dernier rapport du Dr D._____, lequel relevait déjà des éléments en faveur d'une amélioration significative.

B.j.e Après avoir procédé à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale de comparaison des revenus, obtenant un taux d'invalidité de 29.24% (OAIE pce 642), l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend lui supprimer sa rente d'invalidité rétroactivement dès le mois de janvier 2018, mettre à sa charge les frais supplémentaires de CHF 8'704.30 occasionnés par le recours à un détective (OAIE pce 646) et se réserver le droit de demander par décision séparée la restitution des prestations indûment touchées (projet de décision du 30 juin 2022 [OAIE pce 644]). L'OAIE considère en effet que l'intéressé a sciemment simulé ses atteintes, au moins à partir de janvier 2018.

B.j.f Le 1er septembre 2022, l'intéressé, représenté par Me Alexandre Alimi, s'oppose au projet de décision précité. Il soutient que l'expertise rhumatologique s'est déroulée de manière arbitraire, que les conclusions du rapport d'expertise sont dénuées de valeur probante, que sa santé physique ne s'est pas améliorée et qu'il n'a pas adopté de comportement

répréhensible, son invalidité et ses douleurs étant bien réelles, de sorte que les frais d'observation ne sauraient lui incomber (OAIE pce 670 p. 1 à 11). A l'appui de ses objections, l'intéressé produit en particulier les résultats d'une échographie des épaules et d'une IRM de la cheville droite du 17 août 2022, ainsi qu'un rapport du service des urgences du Centre R._____ du 20 août 2022 (OAIE pces 664 à 666).

B.j.g Interrogé sur ces nouveaux documents médicaux, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine physique auprès du SMR Rhône, confirme, dans sa prise de position du 5 octobre 2022, les conclusions de l'appréciation médico-juridique du 19 mai 2022. En effet, les nouveaux éléments médicaux fournis montrent une arthrose de la cheville déjà connue et manifestement ancienne. Par ailleurs, les lésions tendineuses et arthrosiques décrites sont mineures et compatibles avec l'âge de l'assuré, tandis que l'examen de l'épaule gauche, pour le même type de lésion, se révèle normal (OAIE pce 672).

B.j.h Par décision du 3 novembre 2022 (OAIE pce 674), l'OAIE confirme son projet de décision du 30 juin 2022 et supprime la rente de l'intéressé de manière rétroactive dès le 29 janvier 2018.

C.

C.a Par acte du 6 décembre 2022 (TAF pce 1), A._____, représenté par Me Alimi, recourt devant le Tribunal administratif fédéral. Préalablement, il demande la restitution de l'effet suspensif de son recours, ainsi que la mise en œuvre par le Tribunal d'une contre-expertise pluridisciplinaire complète de son état de santé. Il requiert ensuite l'annulation de la décision du 3 novembre 2022, concluant principalement à ce qu'il soit rétabli dans son droit à une rente entière et à ce que les frais d'observation ne lui soient pas imputés ; et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants.

Le recourant produit avec son recours, en particulier, un rapport du Dr T._____, chirurgien orthopédique et traumatologique, du 25 octobre 2022 (annexe 17 à TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 13 février 2023 (TAF pce 8), le Tribunal administratif fédéral rejette la demande de restitution de l'effet suspensif formulée par le recourant dans son recours.

C.c Par envoi du 22 février 2023 (timbre postal), le recourant verse au dossier une pièce complémentaire, consistant en une étude médicale sur le diabète de type 1, l'activité physique et de nouvelles technologies améliorant la prise en charge des patients (TAF pce 10 ; annexe 18 à TAF pce 10).

C.d Dans sa réponse du 16 mars 2023 (TAF pce 13), l'OAIE conclut au rejet du recours et confirme en tout point la décision litigieuse. Il verse au dossier, avec sa réponse, une clé USB contenant les photographies et vidéos prises par le détective lors de l'observation en février 2022 (TAF pce 12) et la prise de position du 24 février 2023 du Dr S._____, lequel, invité à se déterminer sur le rapport du Dr T._____, confirme que ce rapport ne contient aucun élément susceptible de modifier ou mettre en cause son évaluation précédente (voir *supra* Faits B.i.g).

C.e Par réplique du 3 mai 2023 (TAF pce 16), le recourant maintient les conclusions et arguments de son recours, tandis que, dans sa duplique du 23 mai 2023 (TAF pce 18), l'autorité inférieure réitère ses conclusions tendant au rejet du recours.

C.f Le 24 septembre 2024, l'autorité inférieure informe le Tribunal d'une nouvelle dénonciation anonyme, reçue le 18 septembre 2024, qui allègue que le recourant travaille sur le toit d'une maison en rénovation dans la localité de Y., au Portugal, où il est domicilié, et que lorsqu'il n'y travaille pas, il débroussaille les alentours d'une ferme qu'il possède (TAF pce 22).

C.g Par écriture du 3 octobre 2024 (TAF pce 25), le recourant conteste les faits allégués dans la dénonciation et informe le Tribunal, attestation de domicile à l'appui, qu'il est domicilié depuis le 17 avril 2024 dans la commune de X., dans le canton de Z., de sorte qu'il lui serait impossible de se trouver au Portugal.

(*Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.*)

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral 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 les personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

En vertu de l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), la procédure en révision est menée par l'office AI qui, à la date du dépôt de la demande en révision ou à celle du réexamen du cas, est compétent au sens de l'art. 40 RAI. Lorsque la personne concernée est domiciliée à l'étranger au moment déterminant, c'est l'OAIE qui est l'office AI compétent pour examiner son droit aux prestations (art. 56 LAI et 40 al. 1 let. b RAI). Lorsqu'en cours de procédure, cette personne prend sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel la personne a sa résidence habituelle ou son domicile (art. 40 al. 2ter RAI).

En l'espèce, le recourant était domicilié au Portugal en octobre 2020, lorsque l'OAIE a entamé la procédure de révision d'office ici contestée (OAIE pce 528), et l'était toujours en novembre 2022, lorsque la décision de suppression de la rente d'invalidité a été rendue (OAIE pce 674). Partant, l'OAIE était bel et bien compétent pour procéder au réexamen du cas et rendre la décision litigieuse, de sorte que le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours.

1.2 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, 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), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pce 4), le recours est recevable.

2.
Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 3 novembre 2022 par laquelle l'OAIE a supprimé, rétroactivement à partir du 29 janvier 2018, la rente entière allouée au recourant depuis le 1er janvier 2005 et a mis à sa charge les frais supplémentaires de CHF 8'704.30 occasionnés par les mesures d'observation qui ont dû être entreprises en l'espèce.

2.1 A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure indique, en se fondant en particulier sur le rapport d'expertise du CEMed du 1er avril 2022, que l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont améliorés de manière déterminante en tout cas dès le 29 janvier 2018 et que dans la mesure où l'intéressé a simulé ses atteintes, il convient de supprimer la rente à partir de ce moment-là et de mettre à la charge du recourant les frais de l'observation. Cette mesure se serait en effet révélée nécessaire à l'instruction du dossier, pour démontrer la tentative du recourant d'induire en erreur les experts en simulant ses limitations et symptômes, afin d'obtenir des prestations indues.

2.2 Le recourant reproche à l'autorité inférieure d'avoir constaté de manière inexacte qu'il était apte à reprendre une activité adaptée et de n'avoir pas tenu compte d'éléments essentiels découlant des rapports médicaux de 2018 des Drs D._____ et J._____, dont il ressortirait qu'il ne peut reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Il soutient en outre qu'aucun changement sensible de son état de santé n'a pu objectivement être démontré, à tout le moins depuis 2018, et que sa rente ne peut donc être ni supprimée, ni réduite. Concernant les frais de l'observation, mis à sa charge, le recourant fait valoir que son invalidité étant avérée et aucun élément médical n'ayant été en mesure de démontrer l'amélioration de son état de santé, on ne saurait lui reprocher un quelconque comportement répréhensible ; par ailleurs, il n'aurait jamais caché accomplir à de rares occasions des activités sportives douces, compatibles avec son impotence.

3.

3.1 Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

3.2 Cela étant, 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 administratif fédéral 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, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite néanmoins, 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 ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C−6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 139 V 335 consid. 6.2 ; 136 V 24 consid. 4.3).

4.2 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est ressortissant portugais, qu'il était, durant le réexamen de son droit aux prestations d'invalidité, domicilié au Portugal, Etat membre de l'Union européenne (UE), et qu'il a été assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI ; ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ;

art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 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).

4.3 Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au RAI (RO 2021 706). Toutefois, conformément à la lettre c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020, l'ancien droit reste applicable aux bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de celle-ci, et ce, jusqu'à l'extinction ou la suppression de la rente d'invalidité (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, état au 1er juillet 2023, ch. 9103 et 9200 ; Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ. DT DC AI], valable dès le 1er janvier 2022, état le 1er janvier 2022, ch. 1004, 2002 et 2003).

En l'espèce, dès lors que le recourant était âgé de 56 ans au 1er janvier 2022, il convient d'appliquer à la présente cause les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.4 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 3 novembre 2022). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du

TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6, 1ère phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase LPGA).

5.2 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.

6.

6.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 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.

6.2 Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées, pour l'essentiel, inchangées et que le motif de révision de la rente réside uniquement dans une appréciation différente du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 134 V 131 consid. 3 ; 133 V 545 consid. 6.1 à 6.3 et 7.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1885/2021 du 7 juin 2023 consid. 4.2.1). En outre, le ou les motifs de révision doivent clairement ressortir du dossier (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit. ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 31 N 11 ss).

6.3 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, 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 (art. 87 al. 1 RAI).

6.4 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; arrêt du TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 N 19).

7.

7.1 En application de la maxime inquisitoire (voir *supra* consid. 3.2), le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il

ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6).

7.2 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ;125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

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

Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient qu'il s'assure que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin

sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 N 33).

7.4 Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un ou des médecins indépendants en application de l'art. 44 LPGA est établie par un ou des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que le ou les experts aboutissent à des résultats convaincants, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à ces résultats, aussi longtemps qu'aucun indice concret, tel que des contradictions manifestes ou des éléments essentiels ignorés, ne permet de douter de leur bien-fondé et fiabilité (ATF 137 V 210 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend en outre largement du fait de savoir si elle explique d'une manière convaincante la modification survenue de l'état de santé. Les experts doivent alors prendre en considération que la modification de l'état de santé doit être notable et qu'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont demeurées inchangées ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 à 4.4 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 31 N 11 et 12).

7.5 Concernant les rapports des médecins rattachés à un assureur, tels que les prises de position du service médical de l'OAIE ou les rapports du SMR, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu. Selon la jurisprudence, il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : ainsi ces rapports doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité

(ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI N 43).

Les prises de position du service médical de l'OAIE ou du SMR ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI N 43 ; voir également arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C−2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.6 Quant aux rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve. En effet, les médecins traitants ont avant tout pour objectif de soigner leurs patients, avec lesquels ils se trouvent dans une relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui leur a été confié. Au moment d'apprécier de tels rapports, le juge doit ainsi tenir compte du fait que, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci ou celle-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêts du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4 ; 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Dès lors, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêts du TF I 514/06 du 25 mai 2007, publié in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43, et 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert·(arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : SVR 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ;

ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI N 48 et 49).

7.7 S'agissant des maladies psychiques (ATF 143 V 418 ; 143 V 409 consid. 4.5.1 et 4.5.2 ; 141 V 281 ; 140 V 8 consid. 2.2.1.3) et des syndromes de dépendance (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible de la personne souffrant de ces troubles doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 141 V 281 consid. 2, 3.4 à 3.6, 4.1 ; 143 V 418 consid. 6 ss ; 145 V 361 consid. 3.1). La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, *lege artis*, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

La Haute Cour a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

8.
En l'espèce, la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée, dans un premier temps, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 13 janvier 2009 octroyant à l'intéressé, dès le 1er janvier 2005, une rente entière d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 83% (OAIE pces 196 et 197) et ceux qui ont existé jusqu'au 3 novembre 2022, date de la décision litigieuse supprimant la rente (OAIE pce 674), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (voir *supra* consid. 6.4).

8.1 Les décisions d'octroi de rentes du 13 janvier 2009 ont en effet été le résultat d'une procédure d'instruction rigoureuse, au cours de laquelle

l'OAI Z., après avoir examiné les rapports médicaux des médecins traitants de l'intéressé et le dossier constitué par la SUVA (voir *supra* Faits A.d), a évalué la possibilité d'une réinsertion professionnelle par l'organisation d'un stage d'observation effectué en Suisse du 6 novembre 2006 au 11 février 2007 (voir *supra* Faits B.b). Puis, devant l'impossibilité, constatée à l'issue du stage d'observation, de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle, l'office AI a requis un examen médical approfondi du recourant, sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée en juin 2007 auprès du CEMed (OAIE pce 173 ; voir *supra* Faits B.c). Enfin, sur la base des conclusions des médecins, des experts et du SMR, consulté à plusieurs reprises (voir notamment OAIE pces 156 et 179), l'OAI Z. a constaté que seule une activité en milieu protégé était exigible et a déterminé le degré d'invalidité de l'intéressé, s'élevant à 83% et ouvrant droit à une rente entière d'invalidité (OAIE pce 196).

Les communications ultérieures de l'OAI Z. des 22 octobre 2010 et 4 décembre 2013 (OAIE pces 228 et 257), rendues suite aux deux premières révisions de rente, les communications de la CSC du 21 mars 2017 (OAIE pces 285 et 286) et les décisions de l'OAIE du 10 janvier 2018 (OAIE pces 305 et 306), adressées au recourant suite à son départ de Suisse, et, enfin, la communication de l'OAIE du 12 mars 2018 (OAIE pce 312), rendue au terme de la troisième révision de rente, s'avèrent par contre n'être que des confirmations formelles du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, suite aux constats, par l'OAI Z., puis par l'OAIE, d'une situation demeurée inchangée.

8.1.1 Certes, une communication au sens des art. 74ter let. f et 74^{quater} al. 1 RAI, par laquelle une révision effectuée d'office est clôturée avec la constatation qu'aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'est intervenue, peut, cas échéant, être assimilée à une décision formelle. Toutefois, l'utilisation d'un tel acte administratif comme base de comparaison présuppose qu'il se fonde sur les clarifications qui paraissent nécessaires au regard des faits éventuellement modifiés, à savoir, conformément à la jurisprudence (ATF 147 V 167 consid. 4.1), des clarifications qui, si elles aboutissent à un résultat différent sur le fond, sont de nature à justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de la rente (arrêt du TF 8C_395/2018 du 3 septembre 2018 consid. 5.2 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-6675/2023 du 31 janvier 2025 consid. 8.1.3).

8.1.2 Or, en l'espèce, les constats répétés, faits par l'OAI Z., puis par l'OAIE, d'une situation inchangée se sont basés, au mieux, sur des rapports des médecins traitants, requis par les offices AI et sommairement examinés par le SMR, respectivement le service médical de l'OAIE.

Ainsi, lors de la première révision entamée en octobre 2009 (voir *supra* Faits B.f), les Drs E._____ et D._____ ont chacun rempli un formulaire « Rapport médical pour la révision du droit à la rente » (OAIE pces 205 et 207), sur lesquels le SMR s'est fondé, reprenant sans les discuter les conclusions du Dr D._____ au niveau orthopédique, psychiatrique et neuro-psychologique, alors que ce médecin est interniste et endocrinologue, et que le Dr E._____, chirurgien orthopédique quant à lui, s'est contenté d'une ligne indiquant qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan orthopédique (OAIE pces 222 et 224). Puis, lors de la deuxième révision, entreprise en août 2013 (voir supra Faits B.f), des formulaires analogues ont été remplis par les Drs I._____ et D._____ (OAIE pces 255 et 256), sans qu'une appréciation du SMR à leur égard n'ait été cette fois requise avant que le droit à la rente ne soit confirmé.

Les communications de la CSC du 21 mars 2017 et les décisions de l'OAIE du 10 janvier 2018 qui ont suivi n'ont pas été rendues suite à un réexamen du cas, mais en raison du départ à l'étranger du recourant, la CSC et l'OAIE devenant compétents pour ce motif (art. 56 LAI en relation avec art. 40 al. 1 let. b et al. 2^{quater} RAI), puis en raison du divorce des époux en […] 2017, nécessitant un recalcul de la rente (partage des revenus entre époux : art. 36 al. 2 LAI en relation avec l'art. 29^{quinquies} al. 3 et 4 LAVS ; voir *supra* Faits A.a et B.h).

Enfin, lors de la troisième révision, débutée en octobre 2017 (voir *supra* Faits B.i), seul le Dr D._____ a été sollicité. Or, bien qu'il ait indiqué dans son rapport du 29 janvier 2018 (OAIE pce 308) que la symptomatologie orthopédique s'était fortement atténuée, que la situation sur le plan psychosocial s'était améliorée et que le diabète était bien géré, le service médical de l'OAIE, consulté à réception de ce rapport, n'a demandé aucune clarification, ni complément d'instruction, de la part, par exemple, de spécialistes en orthopédie, rhumatologie ou psychiatrie. Il s'est bien plutôt contenté, dans une brève prise de position (OAIE pce 311), de prendre acte de l'amélioration rapportée par le Dr D._____ et de suivre les conclusions de ce dernier, lequel recommandait de maintenir l'intéressé hors de toutes sollicitations professionnelles afin d'éviter que ne surviennent de nouvelles complications médicales, notamment liées au diabète. Dès lors, contrairement à ce que soutient le recourant dans sa

réplique (TAF pce 16 ii), on ne saurait considérer que l'autorité inférieure a fondé son troisième réexamen sur une instruction complète des faits et une appréciation convaincante des preuves, ni retenir la communication de l'OAIE du 12 mars 2018 comme base de comparaison.

8.2 Il convient à présent d'exposer les motifs ayant présidé à la décision du 13 janvier 2009 ayant prononcé l'octroi en faveur du recourant, à partir du 1er janvier 2005, d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 83%.

Il ressort du dossier que l'octroi de la rente entière d'invalidité a été accordée au recourant, par décision du 13 janvier 2009 (OAIE pces 196 et 197), suite à l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée le 28 juin 2007 par les Drs G._____ et H._____, experts auprès du CEMed, dont les constatations et conclusions (cf. rapport d'expertise du 31 août 2007 [OAIE pce 173]) ont ensuite été reprises et confirmées par le SMR dans son rapport d'examen du 1er novembre 2007 (OAIE pce 179).

Dans leur rapport d'expertise du 31 août 2007 (OAIE pce 173), la rhumatologue et le psychiatre du CEMed ont rendu compte des plaintes de l'intéressé. Celui-ci se plaignait de douleurs à la cheville droite, présentes même au repos, impliquant une boiterie permanente, un périmètre de marche restreint à 5 ou 10 minutes et l'usage d'une canne du côté droit; de douleurs du genou gauche, survenues en 2002 et présentes uniquement lorsqu'il était en activité ; de douleurs dorsales interscapulaires, surtout lorsqu'il restait assis plus de 10 à 15 minutes, exacerbées par le port de charges ou le travail en hauteur ; de douleurs lombaires, présentes de façon chronique depuis de nombreuses années, en cas de station debout ou à la marche ; et enfin d'une importante restriction de la mobilité et de douleurs à l'épaule gauche, présentes jour et nuit, en particulier lorsqu'il mobilise le bras gauche, même de façon minime, restreignant fortement le port de charges.

Après avoir procédé à un examen clinique, réalisé des radiographies de la colonne dorsale, de l'épaule gauche, du genou gauche et de la cheville droite, et conduit un entretien psychiatrique, les Drs G._____ et H._____ ont retenu deux diagnostics ostéo-articulaires, à savoir une capsulite rétractile de l'épaule gauche, révélée en particulier par la nette restriction de la mobilité articulaire de l'épaule gauche, avec notion de tendinopathie préexistante, depuis 2004 environ, et une arthrose multi-articulaire de la cheville droite, depuis 2004 également, facteur aggravant puisqu'elle contre-indiquait les longues stations debout et les

déplacements au-delà de 50 à 100 mètres ainsi que le travail en terrain inégal. Ces atteintes avaient pour conséquence que le port de charge était contre-indiqué, que le travail en hauteur était impossible en raison de la restriction de mobilité de l'épaule gauche et que la station debout était à éviter au-delà de 10 minutes et les déplacements, au-delà de 100 mètres. En raison de ces restrictions, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'électricien ainsi que dans des activités adaptées depuis janvier 2005 vraisemblablement ; par ailleurs, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, à tout le moins dans l'immédiat, en raison de la capsulite, laquelle était toutefois, en général, spontanément autolimitée dans le temps. Quant à la situation de la cheville droite, elle devait être reprécisée à terme par un nouveau scanner et pouvait, le cas échéant, être traitée par arthrodèse. Du point de vue psychique, aucune atteinte n'a été constatée et aucune limitation, ni aucune incapacité de travail n'ont été retenues.

9.
Prise à l'issue d'une quatrième procédure de révision débutée en octobre 2020 (voir *supra* Faits B.j), la décision litigieuse supprime la rente du recourant, au motif que l'état de santé de ce dernier et sa capacité de travail dans une activité adaptée se sont améliorés dans une mesure excluant le droit à la rente.

Pour prendre sa décision, l'autorité inférieure s'est fondée sur le rapport d'expertise du 1er avril 2022 (OAIE pces 635 et 639), établi par les Drs L._____, M._____ et N._____, suite à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie, médecine interne) ordonnée par l'OAIE sur l'avis de la Dre K._____, rhumatologue auprès du service médical de l'OAIE (voir « réponse du médecin de l'OAIE », du 20 avril 2021 [OAIE pce 600]), et réalisée les 7 et 8 février 2022 auprès du CEMed. L'OAIE s'est également basé sur l'appréciation médico-juridique dudit rapport, réalisée le 19 mai 2022 par les Drs O._____ et P._____, médecins auprès du service médical de l'OAIE et par Q._____, juriste de l'OAIE (OAIE pce 641), confirmée par la prise de position du Dr S._____ du 5 octobre 2022 (OAIE pce 672). Il sied donc d'examiner la valeur probante de ces documents médicaux à la lumière des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus (voir *supra* consid. 7).

10.
A cet égard, le recourant soulève un grief formel, reprochant à l'expert L._____ sa partialité. Ainsi, l'expert ne croirait pas aux souffrances de l'intéressé et ferait une appréciation partiale de la situation, influencée par

les mesures d'observation et ses « a priori ». A l'appui de ses allégations, le recourant cite deux passages du rapport d'expertise du 1er avril 2022 et fait état de commentaires internet critiques (page internet datée du 8 août 2022) à propos du Dr L._____, à W. (TAF pce 1 ch. 24 à 33 ; annexe 11 à TAF pce 1).

10.1 Ce grief doit être examiné en premier lieu car s'il se révélait fondé, le Tribunal ne pourrait retenir les conclusions des experts du CEMed, quand bien même leur rapport du 1er avril 2022 remplirait les exigences matérielles en matière de preuve (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 et les réf.cit. ; arrêt du TAF C-656/2020 du 14 septembre 2023 consid. 9.1 et les réf. cit.).

10.1.1 Les objections que peut soulever l'intéressé à l'encontre de la personne de l'expert, soit avant l'expertise, soit au moment de sa réalisation ou encore après celle-ci, peuvent être de nature formelle ou matérielle. Les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 148 V 225 consid. 3.3 et les réf. cit.).

10.1.2 S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge, qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst., respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst. (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les réf. cit.). En effet, en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée selon les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents, ce qui implique en particulier la neutralité de l'expert (arrêt du TAF C-656/2020 du 14 septembre 2023 consid. 9.2 et les réf. cit.).

10.1.3 Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est toutefois pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au

contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les réf. cit.).

Le comportement de l'expert pendant l'examen peut objectivement donner l'impression de partialité par des déclarations qui nient d'emblée plus ou moins ouvertement la crédibilité des indications de la personne assurée sur son état de santé et sur l'auto-évaluation de sa capacité de travail, par des remarques méprisantes de nature personnelle ou, dans certaines circonstances, par la manière dont l'examen est mené. L'objectivité de l'appréciation est également remise en question lorsque la personne chargée de l'expertise procède à des déductions sur des aspects de l'état de santé déterminants à partir de critères largement étrangers à la cause (pour des exemples, voir notamment ATF 120 V 357 consid. 3b ; arrêt du TF U 339/06 du 6 mars 2007 consid. 3.2). Plus encore, la rédaction d'une expertise médicale sur un ton injurieux ou d'une autre manière inadéquate peut susciter des doutes objectifs quant à l'impartialité de l'expert (arrêt du TF 9C_469/2016 du 22 décembre 2016 consid. 5.1 et les réf. cit.), tout comme le contenu ou la nature d'une communication relevant de sympathies ou d'antipathies particulières (arrêt du TF 8C_62/2019 du 9 août 2019 consid. 6.2.1 ; arrêt du TAF C-656/2020 du 14 septembre 2023 consid. 9.2 et les réf. cit.).

10.2 En l'espèce, le Tribunal relève qu'aucune circonstance constatée objectivement ne suggère une partialité du Dr L._____, expert indépendant (https://www.cemed-expertises.ch/disciplines) et dont la désignation au sens de l'art. 44 al. 2 LPGA n'avait suscité aucune objection ou contre-proposition (OAIE pces 620 et 623).

10.2.1 Il ressort en effet de la lecture du rapport d'expertise du 1er avril 2022 que l'expert relate son entretien du 7 février 2022 avec le recourant, décrit l'examen rhumatologique auquel il a pu procéder et expose ses observations de façon neutre et factuelle, sans, en particulier, nier d'emblée la crédibilité des indications de l'intéressé sur son état de santé (OAIE pce 635 p. 13 ss).

Le Dr L._____ note ainsi les douleurs dont se plaint l'intéressé au niveau de la cheville droite, des épaules, du dos et du genou gauche, ainsi que leur intensité, ressentie comme élevée par l'expertisé (OAIE pce 635 p. 13-14). Décrivant ensuite l'examen rhumatologique, il explique que l'expertisé marche d'abord difficilement, au prix d'une boiterie à droite, puis qu'après quelques pas, il signale un claquement de la cheville droite et une impotence fonctionnelle complète de ce segment du membre ; l'examen

de la cheville et du médio-pied droits s'avère dès lors impossible, l'intéressé demandant à l'expert de ne pas y procéder pour éviter plus de souffrance, ce que l'expert accepte. Il en va de même au niveau de l'épaule droite, dont l'examen a dû être interrompu en raison de douleurs. Pour le reste, l'expert a pu mener son examen, relevant une mobilité normale de l'épaule gauche, des coudes, poignets, hanches et genoux, l'intéressé alléguant toutefois des douleurs à la palpation au niveau du rachis lombaire et lors de la mobilisation du genou gauche. Dans la mesure où il n'a pas pu effectuer un examen clinique complet, le Dr L._____ a demandé des clichés radiographiques complémentaires (épaules, rachis lombaire, chevilles), lesquels n'ont objectivé qu'une discrète arthrose talo-naviculaire droite (voir OAIE pce 635 p. 6 « Examens et constatations de l'expert » ; OAIE pce 635 p. 18 à 22).

Sur la base de ces éléments, l'expert constate que la capsulite de l'épaule gauche est totalement guérie et que la mobilité de ce membre est strictement normale, qu'il n'y a donc pas d'explication rationnelle aux douleurs de cette épaule, ni à celles ressenties à l'épaule droite, dont l'impotence fonctionnelle ne s'explique pas non plus, ni à celles du genou gauche ; il en est de même des douleurs et de l'impotence fonctionnelle de la cheville et du pied droits, dont la discrète arthrose observée sur les radiographies ne suffit pas à expliquer l'importance.

10.2.2 Notant par ailleurs que l'expertisé, une fois qu'il a su que l'examen de la cheville et du pied droits ne serait pas pratiqué, a pu se lever sans difficulté et sortir de la salle d'examen sans boiterie, et que malgré l'impotence fonctionnelle majeure alléguée, il effectue tout de même quelques activités ménagères et peut sortir de chez lui et venir en Suisse régulièrement en avion ou en autobus, le Dr L._____ conclut qu'il existe une divergence majeure entre les troubles évoqués par le recourant et les atteintes objectivement constatées, et que le comportement théâtral de l'expertisé lors de l'examen rhumatologique témoigne, pour le moins, d'une exagération majeure des symptômes. Comme le cite le recourant dans son mémoire de recours, l'expert estime « qu'il n'y a aucune possibilité de réadaptation vu les délais par rapport à l'octroi de la rente initiale » et que « tout espoir de reprise d'une activité professionnelle se [heurterait] de toute manière à une impossibilité pratique de mise en œuvre chez un assuré particulièrement démonstratif et majorant l'intégralité de son tableau ». Enfin, ayant eu connaissance du rapport et du matériel d'observation par courrier de l'OAIE du 23 février 2022 (OAIE pces 625, 626, 628), soit après l'examen de l'intéressé, mais avant le rendu du rapport d'expertise, l'expert complète ses conclusions et déclare que la

simulation est manifeste au vu des résultats de l'observation (OAIE pce 635 p. 22 à 24).

10.2.3 Le Tribunal ne voit pas en quoi ces constats et conclusions créeraient objectivement une apparence de prévention et de partialité. Le fait que l'expert ait remarqué qu'il existait une exagération majeure des symptômes, puis une simulation, ne suffit pas à donner, de façon objective, l'impression de prévention ou d'un quelconque « a priori » de sa part. Bien au contraire, il appartient aux experts, dans le cadre de leur mandat, de faire part de leurs constatations ainsi que, le cas échéant, de relever les divergences remarquées avec les plaintes de l'expertisé et l'éventuel manque de motivation de ce dernier, et de les apprécier afin d'en tirer des conclusions quant au caractère invalidant des troubles analysés ; leur mission n'est pas de suivre sans réserve les déclarations de l'expertisé (voir arrêts du TF 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.1 ; 9C_226/2020 du 13 août 2020 consid. 4.1.2 et les réf. cit.). Or, le Dr L._____ a bel et bien, tout d'abord, entendu les plaintes de l'intéressé, puis l'a examiné dans la mesure du possible, complétant son examen par des radiographies, afin de disposer d'éléments objectifs et d'établir un diagnostic, ce qui l'a conduit à constater une divergence entre les plaintes de l'intéressé et ses observations médicales dans le sens d'une exagération des symptômes, qu'a confirmé le matériel d'observation reçu ultérieurement.

10.2.4 Quant à l'impossibilité d'une réadaptation ou d'une reprise d'activité professionnelle à laquelle conclut l'expert, ce dernier la fonde d'une part sur le fait que le recourant perçoit une rente depuis de nombreuses années et, d'autre part, sur les propos mêmes du recourant, qui se déclare incapable d'avoir une nouvelle activité professionnelle, ses douleurs et ses troubles de concentration l'empêchant d'envisager une reprise d'activité (OAIE pce 635 p. 16 « Tableau clinique par rapport au travail »).

10.2.5 Enfin, les commentaires internet produits par le recourant avec son recours, concernant le Dr L._____, à W. (annexe 11 à TAF pce 1), sont de simples impressions de patients ou d'expertisés, qui ne sont d'ailleurs pas tous identifiables, et ne suffisent pas à donner l'apparence d'une prévention de la part de l'expert envers le recourant, d'autant qu'aucun élément objectif ne vient soutenir cette thèse.

10.3 Pour la bonne forme, le Tribunal confirme le bienfondé de l'exploitation dans la procédure administrative, et en particulier au cours de l'instruction médicale, des résultats de l'observation du recourant. En effet,

seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents. Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (arrêt du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 4.2). Or en l'espèce, le matériel d'observation a non seulement été soumis à des médecins, mais de plus, il l'a été après qu'une expertise médicale a été effectuée, de sorte que l'appréciation des experts ne s'est pas limitée aux résultats de l'observation, mais a pu en l'occurrence se faire à la lumière d'éléments médicaux préalablement constatés. Pour le surplus, le recourant ne remet pas en cause la licéité de l'observation dont il a fait l'objet et aucun élément au dossier n'indique que la mesure d'observation aurait été ordonnée et/ou se serait déroulée en violation de l'art. 43*a* LPGA, si bien que ses résultats sont exploitables. Il y a lieu de relever à cet égard que, selon le Tribunal fédéral, l'intérêt public à la lutte contre la fraude à l'assurance est considérable (cf. ATF 143 I 377 consid. 5.1.2 ; arrêt du TAF C-1648/2019 du 19 avril 2024 consid. 6.4).

10.4 En conclusion, en l'absence d'un indice objectif faisant craindre la partialité de l'expert L._____ dans le cas d'espèce, ce grief doit être rejeté.

11.

Quant au fond, le Tribunal constate d'emblée, à la lecture du rapport d'expertise du 1er avril 2022 (OAIE pces 635 et 639), qu'il convient de lui conférer pleine valeur probante (voir *supra* consid. 7.3 et 7.4).

11.1 Il appert en effet que l'expertise pluridisciplinaire a été réalisée par un rhumatologue, une psychiatre et un spécialiste en médecine interne (OAIE pce 639 p. 10), soit des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'intéressé. Leur rapport du 1er avril 2022, constitué d'un rapport par domaine médical expertisé, ainsi que d'une évaluation consensuelle, satisfait en outre aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des documents médicaux : il tient compte de la totalité de la documentation médicale et des divers éléments du dossier, depuis le rapport d'expertise du CEMed du 31 août 2007, sur la base duquel la rente a été octroyée, jusqu'au rapport d'observation du 21 février 2022 (OAIE pce 635 p. 2 à 4 [« Avis SMR du 20.04.2021. Dr. K._____, rhumatologue »,] et p. 6 à 13 ; p. 29 à 31 et p. 33 à 39 ; p. 53 à 55 et p. 57 à 63), prend en considération les plaintes du recourant et contient une anamnèse complète (systématique, familiale, scolaire et professionnelle, sociale, etc. ; OAIE

pce 635 p. 13 à 18 ; p. 40 à 44 ; p. 64 à 69*),* se fonde sur des examens circonstanciés (OAIE pce 635 p. 6 et 7, p. 18 à 21 [« Constatations »] ; p. 44 à 46 ; p. 69 à 72), contient des discussions sur la situation médicale et les points litigieux par domaine médical expertisé ainsi que globalement, de même que des diagnostics et des conclusions motivés (OAIE pce 635 p. 22 à 26 ; p. 46 à 50 ; p. 72 à 76 ; OAIE pce 639 p. 6 à 9). Enfin, les experts ont tenu compte du fait qu'ils intervenaient dans le cadre d'une révision du droit à la rente et qu'il convenait donc de considérer non seulement les circonstances présentes au moment de leur expertise mais également celles qui avaient prévalu au moment de l'octroi de la rente et leur évolution jusqu'au moment de l'expertise (notamment OAIE pce 635 p. 22, 25, 26 ; p. 47 à 50, en particulier ch. 7.3 ; p. 72 à 76 ; OAIE pce 639 p. 6 et 7).

11.2

11.2.1 En particulier, lors de l'examen rhumatologique du recourant (OAIE pce 635 p. 1 à 27), le Dr L._____ a dûment noté les indications fournies spontanément par l'intéressé, ainsi que ses plaintes. Il en ressort en premier lieu des douleurs à la cheville droite, quotidiennes, diurnes et nocturnes, d'intensité entre 8 et 9 sur 10, survenant au moindre appui et limitant dès lors le périmètre de marche à 15 minutes, avec une canne tenue à gauche, au prix de douleurs à l'épaule gauche. En deuxième lieu, des douleurs aux deux épaules sont évoquées, mais surtout à droite depuis quatre ou cinq mois, avec une intensité de 10 sur 10 et en particulier lors de tout effort d'abduction ; à gauche, les douleurs, d'une intensité de 7 à 8 sur 10, doivent être surmontées, l'intéressé étant dans l'obligation de se servir d'une canne pour se déplacer. En troisième lieu, des lombalgies basses, qui pourraient également atteindre une intensité de 10 sur 10, sont rapportées, présentes depuis l'accident de janvier 2005, lorsque la position assise et debout est maintenue pendant plus de 15 minutes. Enfin, des gonalgies gauches, d'intensité de 7 à 8 sur 10, sont signalées, survenant à l'effort, notamment lors du redressement de la position assise ou accroupie, avec blocage (OAIE pce 635 p. 13 et 14).

11.2.2 L'expert a ensuite procédé à une anamnèse systématique, renvoyant, pour ses constats, au contenu du rapport de médecine interne (OAIE pce 635 p. 14 en bas et p. 65-66), ainsi qu'à une anamnèse familiale et sociale. Il a en outre interrogé l'intéressé, notamment, sur ses allergies, ses habitudes (tabac, alcool, toxicomanie), ses antécédents médicaux, sa formation scolaire et son parcours professionnel, le déroulement d'une journée type, les traitements suivis et sa perception de l'avenir. Il en résulte

en particulier que l'intéressé n'a jamais retravaillé depuis 2005 et qu'il n'envisage à aucun moment de reprendre une activité professionnelle en raison de ses douleurs et de troubles de la concentration ; que lors d'une journée type, il se lève tardivement, en raison de troubles du sommeil, fait sa toilette et prend son petit-déjeuner, dîne d'un repas qu'il cuisine, mais pour lequel il est souvent aidé par la voisine, laquelle s'occupe également des courses, la plupart du temps, et du ménage ; que lui-même peut faire la vaisselle et son lit, et fait parfois les courses, pouvant se rendre au supermarché avec l'aide d'un tiers car il utilise la canne et peut donc difficilement pousser un caddie ; que s'il fait beau, il prend sa voiture et se rend à l'extérieur où il s'assied sur un banc car il ne peut pas marcher ; qu'il vérifie sa glycémie et injecte son insuline plusieurs fois par jour ; qu'il n'a ni loisirs, ni hobbies ; qu'il s'occupe lui-même de ses affaires administratives ; qu'il se rend régulièrement en Suisse, voir son amie et ses filles ; et que son traitement consiste à prendre un Dafalgan 500 mg le soir et un Ponstan 500 mg le matin, contre les douleurs (OAIE pce 635 p. 14 en bas à 18).

11.2.3 Puis le Dr L._____ a mené son examen clinique (OAIE pce 635 p. 18 en bas à p. 21). Dans ce cadre, il décrit tout d'abord l'attitude du recourant, qui, au début du rendez-vous, se lève difficilement de sa chaise et marche au prix d'une boiterie à droite, à l'aide d'un bâton de marche à gauche, mais s'assied facilement. L'expert rapporte ensuite qu'en se déshabillant, l'intéressé soupire et se tient l'épaule droite ; une fois dévêtu, il déambule de manière excessivement difficile, puis, après quatre ou cinq pas, déclare ressentir un claquement dans la cheville droite et signale une impotence fonctionnelle complète de ce segment, qui l'empêche même de poser, sur la table d'examen, sa cheville et son pied droits, lesquels ne pourront pas être examinés par l'expert. Il en a été de même de l'épaule droite, où un claquement aurait également été ressenti, et du rachis lombaire, dont un simple effleurement provoquerait un sursaut de l'expertisé.

Dans ces conditions, l'expert a requis, en sus de son examen clinique, des clichés radiographiques complémentaires des épaules, du rachis lombaire et des chevilles ; ont été constatés, à l'épaule droite, une densification isolée du tubercule majeur, sans autre anomalie, à l'épaule gauche, une absence d'arthropathie ou de calcification, au niveau du rachis lombaire, une absence de trouble morphostatique et de discopathie, des méga-apophyses transverses de L5 surtout à gauche et un aspect normal des hanches et des sacro-iliaques, à la cheville droite, une arthrose talo-naviculaire débutante, et un aspect normal de la cheville gauche (OAIE

pce 635 p. 6). L'expert, qui a pu mener à satisfaction l'examen clinique du rachis cervical, de l'épaule gauche, des coudes, des poignets, des hanches, des genoux, et de la cheville et du pied gauches, note en outre une mobilité strictement normale de toutes ces articulations, en particulier de l'épaule et du genou gauches.

11.2.4 Sur la base de cet examen clinique, conduit de la manière la plus complète possible, et des résultats des examens radiographiques requis par l'expert, ce dernier a retenu, en considérant les circonstances prévalant au moment de la décision initiale du 13 janvier 2009, que si les plaintes subjectives étaient quasi identiques à celles de 2005, la capsulite rétractile de l'épaule gauche, qui avait justifié, à l'époque, une pleine incapacité de travail et l'octroi de la rente entière (voir rapport d'expertise du 31 août 2007 [OAIE pce 173 p. 19 et 22], et rapport d'examen SMR du 1er novembre 2007 [OAIE pce 179]), était totalement guérie, ce que les premiers experts du CEMed avaient annoncé comme étant possible dans leur rapport d'expertise du 31 août 2007 (OAIE pce 173 p. 24). Le Dr L._____ a par ailleurs constaté que les clichés radiographiques n'avaient objectivé qu'une arthrose talo-naviculaire débutante de la cheville droite et qu'il n'y avait donc pas d'explication rationnelle aux douleurs de l'épaule gauche, ni à celles du genou gauche, dont la mobilité était au demeurant strictement normale, ni aux douleurs et à l'impotence fonctionnelle importantes alléguées de l'épaule droite et de la cheville droite, que ne pourraient provoquer les discrètes lésions arthrosiques observées (OAIE pce 635 p. 21 en bas à p. 23).

Notant par ailleurs le comportement caricatural et théâtral de l'expertisé durant l'examen clinique (voir *supra* consid. 11.2.3, 1er paragraphe), l'expert a en outre relevé que les prises médicamenteuses indiquées par l'intéressé étaient très faibles, compte tenu de l'intensité élevée des douleurs rapportées, qu'il n'y avait pas de physiothérapie en cours, car celle-ci aggraverait les douleurs selon l'intéressé, que malgré l'impotence fonctionnelle majeure alléguée, le recourant effectuait quelques activités ménagères, pouvait sortir de chez lui et venir en Suisse régulièrement, en avion ou en bus, et qu'en fin d'examen, il s'était levé sans difficulté et était sorti de la salle d'examen sans boiter (OAIE pce 635 p. 22 et 23, en particulier ch. 7.2). Constatant ainsi une divergence importante entre les troubles allégués par l'intéressé et les atteintes objectives observées, le Dr L._____ en a déduit une exagération majeure des symptômes de la part de l'expertisé, qu'il a qualifiée de simulation manifeste après avoir pris connaissance du matériel d'observation et de diverses images du recourant, lesquels lui ont permis, en particulier, de confirmer l'absence de

limitation liée à la cheville et au pied droits (OAIE pce 635 p. 23 et 24 en haut).

11.2.5 Il convient de souligner à cet égard que l'analyse du comportement d'un expertisé en relation avec ses plaintes et les résultats des examens cliniques est une analyse reposant sur des éléments objectifs qui doivent permettre à l'expert de déterminer si la personne concernée amplifie, voire simule, ses troubles, ou si les éléments objectifs corroborent les éléments subjectifs. Selon la jurisprudence, des indices d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable apparaissent notamment, comme en l'espèce, en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, de plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, ainsi que d'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_291/2016 du 12 août 2016 consid. 2.2 ; 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-1648/2019 du 19 avril 2024 consid. 9.4.7.2).

Dans ce contexte, outre celles mises en évidence ci-avant (voir *supra* consid. 11.2.4, 2e paragraphe), des discordances manifestes − entre le comportement et les allégations du recourant lors de l'expertise au CEMed d'une part, et le comportement observé hors examen d'autre part, − ressortent du rapport d'observation établi par le détective privé en date du 21 février 2022 (OAIE pce 628) et des images versées au dossier (TAF pce 12 : clé USB). Ainsi, alors que durant l'expertise et sur les images prises par le détective au moment où le recourant arrive au CEMed et en repart, les 7 et 8 février 2022, l'intéressé marche en boitant et en s'appuyant sur un bâton de marche à gauche (OAIE pce 628 p. 3 à 9 ; TAF pce 12 : Images rapport A._____ > Vidéos rapport > vidéos 1, 5, 10, 12, 13, 16), alors qu'il évoque à l'expert rhumatologue des douleurs quotidiennes, diurnes et nocturnes, de la cheville droite, au moindre appui, notamment à la marche, l'obligeant à utiliser une canne, alors qu'il signale une impotence fonctionnelle complète de cette cheville après quatre ou cinq pas durant l'examen rhumatologique, alors qu'il indique des douleurs au niveau des épaules lors de tout effort, en particulier d'abduction, alors que le simple fait de mettre une veste serait particulièrement douloureux, notamment au niveau de l'épaule droite, et alors que l'effleurement de la région lombaire provoquerait un sursaut au cours de l'examen, le matériel d'observation montre le recourant, hors examen, se déplaçant sans canne,

sans boiter et d'un pas rapide, descendant et montant les trottoirs, sortant et entrant dans un véhicule, conduisant une voiture, se rendant dans des commerces ou chez des particuliers, sortant des sacs de courses du coffre d'une voiture et les portant, comme son sac à dos, à gauche et à droite indifféremment, sans gêne visible ou apparente, ni signe aucun de limitation fonctionnelle aux membres inférieurs et supérieurs et aux épaules (OAIE pce 628 p. 2, p. 10 à 17 ; TAF pce 12, vidéos 4, 10, 14, 15, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 31, 32, 34 à 37).

Quant aux photographies figurant au dossier, provenant du réseau social Facebook (OAIE pce 625), elles montrent notamment l'intéressé grimpant sur des rochers et exerçant des activités telles que du kayak, du vélo, du vélo sur l'eau et du stand-up paddle, en novembre 2011, septembre 2015, août et octobre 2017, et juin 2019. Bien que le recourant soutienne que ces activités ne sont pas exigeantes sur le plan sportif et sont fréquemment recommandées par les physiothérapeutes, la thérapie dans l'eau contribuant à conserver une bonne condition physique et musculaire (TAF pce 1 p. 18), on peine à voir comment une personne annonçant des douleurs à la cheville droite, quotidiennes, diurnes et nocturnes, survenant au moindre appui, des douleurs aux deux épaules, des lombalgies et des gonalgies, notamment lors du redressement de la position assise ou accroupie, et dont les atteintes ont pour conséquence qu'il ne peut pas porter de charges, ni travailler en hauteur en raison de la restriction de mobilité au niveau des épaules, ni se tenir debout au-delà de 10 minutes, ni se déplacer au-delà de 100 mètres (OAIE pces 179, 204 p. 3, 207, 530), peut grimper sur des rochers, pédaler et tenir un guidon, ou encore se tenir debout ou à genou sur un paddle ou un kayak, tout en ramant. Au demeurant, toutes ces activités se déroulent bien plus sur l'eau que dans l'eau. Enfin, l'usage d'une canne n'apparaît jamais sur ces photos.

11.2.6 Dès lors, c'est de façon tout à fait convaincante que l'expert rhumatologue, sur la base de l'examen qu'il a mené, puis confronté au matériel de surveillance, a conclu à l'absence, dorénavant, de toute atteinte ostéo-articulaire à la santé limitant la capacité de travail de l'intéressé, quelle que soit l'activité exercée. Il a estimé en outre, étant dans l'impossibilité de juger du tableau clinique antérieur compte tenu de l'ancienneté de l'attribution de la rente, que cette amélioration existait depuis le 12 mars 2018 au moins, date de la communication de l'OAIE fondée sur le rapport du 29 janvier 2018, dans lequel le Dr D._____ relevait déjà une amélioration significative.

11.3 Au niveau psychiatrique (OAIE pce 635 p. 28 à 51), le Tribunal de céans observe que le rapport d'expertise de la Dre M._____ laquelle a conclu à l'absence de diagnostic incapacitant et à une capacité de travail entière (OAIE pce 635 p. 46 en bas, p. 48 à 50), remplit lui aussi les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Il n'y a pas dès lors de motifs de s'en écarter.

11.3.1 Ainsi, le rapport d'expertise évoque en premier lieu les indications fournies spontanément par l'expertisé, à savoir qu'il aurait eu beaucoup de problèmes psychologiques, qu'il serait angoissé et qu'il aurait demandé un suivi psychologique à son médecin traitant, lequel n'aurait pas donné suite (OAIE pce 635 p. 40). Puis les éléments d'un entretien approfondi avec le recourant, répartis selon des rubriques identiques à celles de l'expertise rhumatologique, sont rapportés (OAIE pce 635 p. 40 à 44). Il en résulte en particulier, à l'anamnèse, un sentiment permanent de stress et de tristesse en lien avec l'éloignement de ses enfants, restés en Suisse, qu'il a dû quitter pour des motifs financiers, et des difficultés de projection dans l'avenir, mais pas de trouble de l'estime de soi, ni sentiment de culpabilité. L'expertisé indique en outre qu'au cours d'une journée type au Portugal, il voit des cousins et des voisins, qu'il s'intéresse à la politique suisse, qui est son hobby, qu'il vient plusieurs fois par an en Suisse et y reste environ deux mois à chaque séjour. Il déclare encore n'avoir jamais eu de suivi psychiatrique et ne pas avoir de traitement psychotrope.

Dans ses constatations (OAIE pce 635 p. 44 à 46), l'experte psychiatre relève que l'intéressé se déplace avec difficultés, s'aidant d'un bâton de marche, qu'il reste assis en paraissant souffrir et en demandant à se lever brièvement en raison de douleurs au dos, et que son comportement se situe d'emblée dans la plainte. Elle note que le cours de la pensée n'est pas perturbé et que son contenu est normal, les réponses aux questions étant rapides et paraissant authentiques. Elle signale que sur le temps de l'examen, il n'y a pas eu de pleurs, ni de masque facial triste, mais des plaintes somatiques et sociales, ainsi que financières, et des revendications à la limite de la sthénicité, qu'elle n'a pas relevé de troubles de la concentration ou de la mémoire ou de désorganisation spatio-temporelle, ni d'asthénie physique ou psychique, ni de ralentissement ou d'accélération sur le plan psychomoteur, ni de discordance idéo-affective, ni de manifestations d'hyperactivité neurovégétative qui auraient pu évoquer un trouble anxieux aigu ou une anxiété généralisée, ni d'autres signes d'une phobie sociale ou de phobies spécifiques, et qu'elle n'a pas retrouvé de troubles des conduites de type difficultés de gestion des émotions, impulsions, irritabilité ou intolérance à la frustration. Dans la

sphère psychotique, la Dre M._____ ne constate aucun discours délirant, aucun signe de troubles hallucinatoires, ni aucun signe négatif de psychose. Le niveau intellectuel lui paraît se situer dans la norme basse au vu du parcours de l'expertisé et des données de l'examen clinique du jour ; quant à la cognition sociale (empathie, théorie de l'esprit), elle ne serait pas altérée. Enfin, aucun trouble de la personnalité n'est mis en évidence par l'examen clinique, qui relève toutefois des traits impulsifs et contestataires.

11.3.2 Sur la base de ces éléments, et sans ignorer, en outre, les conclusions psychiatriques du rapport d'expertise du 31 août 2007, ni les considérations au niveau psychologique du Dr D._____, pourtant interniste et endocrinologue, l'experte psychiatre a retenu de façon convaincante l'absence de toute atteinte à la santé mentale dans quelque domaine de la vie que ce soit et donc l'absence de diagnostic incapacitant. Elle a précisé que les plaintes anxiodépressives paraissaient majorées, notamment en ce qui concerne l'éloignement avec la famille restée en Suisse, alors que l'intéressé passe objectivement plus de temps en Suisse qu'au Portugal, ou en ce qui concerne les difficultés financières. Comparant ses constatations à celles du Dr H._____ en 2007, lequel ne retenait aucune psychopathologie non plus et signalait une possible amplification des plaintes par le recourant et un comportement démonstratif, elle ne note pas de divergence significative entre le rapport de 2007 et les données de l'examen auquel elle a procédé en février 2022. Considérant qu'il n'y a pas de contre-indications sur le plan psychique à toute mesure de réadaptation ou d'insertion, la Dre M._____ conclut dès lors, d'une manière fondée et motivée, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité (OAIE pce 635 p. 46 en bas à p. 50).

11.3.3 Il convient de relever encore que dans la mesure où la présence d'une incapacité de travail a été niée au niveau psychiatrique par un examen effectué dans les règles de l'art, il n'y a pas lieu d'examiner dans le détail si l'experte psychiatre a procédé à un examen normatif suffisamment approfondi selon l'ATF 141 V 281, puisque celui-ci ne se révélait pas nécessaire (voir *supra* consid. 8.7).

11.4

11.4.1 Enfin, lors de l'examen de médecine interne (OAIE pce 635 p. 52 à 77), le Dr N._____ a lui aussi dûment mentionné les indications fournies spontanément par l'intéressé et réalisé un entretien approfondi (OAIE

pce 635 p. 64 à 69). L'expert note ainsi le diabète de type 1 dont souffre le recourant depuis 1992 et qu'il gère assez bien par injections d'insuline, tout en craignant des hypoglycémies, surtout la nuit, avec l'angoisse de ne pas se réveiller. Au niveau cardiovasculaire, le Dr N._____ note une hypertension artérielle, traitée depuis deux ou trois ans selon l'intéressé, qui n'en montre aucun symptôme le jour de l'expertise, mais signale présenter des palpitations s'il est angoissé. Au niveau ophtalmologique, une rétinopathie diabétique non proliférative modérée est rapportée, diagnostiquée en juillet 2021 et nécessitant le port de lunettes correctrices. Sur le plan ORL, le Dr N._____ fait état de la surdité de perception bilatérale de degré moyen que présente l'expertisé, qui a été appareillé dès 2002, mais qui ne porte plus ses appareils car ils seraient hors d'usage. L'expert relate encore, parmi les antécédents médicaux, une hypercholestérolémie depuis deux ans environ. S'agissant des loisirs, le recourant indique aller à la mer en été, pour y nager un peu, mais difficilement, avec un seul bras et une seule jambe qui fonctionnent. Les traitements sur le plan de la médecine interne consistent à prendre un comprimé par jour contre l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, ainsi que des médicaments contre le diabète.

11.4.2 Puis le Dr N._____ a mené son examen clinique (OAIE pce 635 p. 69 à p. 72 en haut). Dans ce cadre, il décrit tout d'abord l'attitude du recourant durant l'examen, relevant, comme ses collègues experts, que l'expertisé se déplace avec un bâton de marche qu'il tient à gauche et avec une boiterie à droite ; d'emblée, le recourant demande à ce qu'on ne touche pas sa cheville droite, car les douleurs ressenties seraient insupportables. Durant l'entretien, l'intéressé reste assis sans changer fréquemment de position et ne demande pas à se lever ; les gestes de déshabillage et d'habillage sont effectués en position assise, lentement, avec des gémissements et des soupirs. Puis, l'expert expose les résultats de son examen clinique. Il rapporte ainsi un excellent état général, relève la présence d'un souffle proto-mésosystolique, sans irradiation carotidienne toutefois, et constate qu'il n'y a pas de déficit notable de l'audition ; la presbytie et la myopie sont en outre corrigées. A l'examen des quatre membres, le Dr N._____ note un excellent tonus musculaire, ainsi que des réflexes ostéotendineux peu vifs et symétriques à tous les niveaux, ajoutant que le réflexe achilléen droit n'entraîne aucune réaction douloureuse de la part de l'expertisé ; la marche sur les pointes de pied et les talons ne peut pas être effectuée en raison des douleurs.

11.4.3 Se fondant sur ce qui précède, l'expert a retenu, sur le plan de la médecine interne, les diagnostics de diabète de type 1 insulino-dépendant,

depuis 1992, de rétinopathie diabétique non proliférante modérée, depuis juillet 2021, de cure d'exostose du conduit auditif externe droit en novembre 2000, de surdité de perception bilatérale de degré moyen appareillée depuis 2002, ainsi que d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie depuis deux ans environ. Considérant les circonstances prévalant au moment de la décision initiale du 13 janvier 2009 et reprenant chaque atteinte diagnostiquée par ses soins, il en évalue de façon motivée les effets sur la capacité de travail. Il indique ainsi que l'hypertension artérielle n'a pas de caractère invalidant, car elle est compensée, les valeurs tensionnelles étant normales le jour de l'expertise. Il en va de même de la surdité de perception, puisque l'expertise s'est déroulée sans difficulté alors que l'expertisé ne portait pas ses appareils ; à cet égard, l'expert estime toutefois que dans le cadre d'une activité professionnelle, il y aurait lieu d'éviter les environnements bruyants. Enfin, sur le plan du diabète, l'expert relève une certaine évolution sous forme d'une rétinopathie non proliférante modérée depuis juillet 2021, mais qui ne nécessite toutefois aucun traitement actuel, si ce n'est un suivi régulier.

Discutant encore les traitements prescrits, en particulier pour le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, qu'il estime adéquats, le Dr N._____ met en évidence des limitations fonctionnelles en lien avec le diabète, les risques d'hypoglycémies et la surdité, à savoir : pas de travaux en hauteur, pas d'activités avec du matériel risquant des blessures, ni dans un environnement bruyant, et des horaires réguliers avec possibilité d'avoir des pauses pour mesurer les glycémies ou faire des collations. Il conclut de façon convaincante que l'incapacité de travail est toujours totale dans l'activité de monteur-électricien, celle-ci n'étant plus adaptée, à son sens, dès que le diagnostic du diabète a été posé en 1992, mais en tout cas dès janvier 2004, en raison des risques d'hypoglycémies liées à cette maladie, qui pourraient constituer un danger pour l'intéressé dans l'activité habituelle ; en revanche, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence serait exigible, à 85% pour tenir compte des impératifs liés au diabète, et ce, dès ce diagnostic posé.

11.5 Pour terminer, les experts du CEMed ont procédé à une évaluation consensuelle du cas (OAIE pce 639). Reprenant les constats faits dans chaque discipline, ils retiennent comme diagnostics un diabète de type 1 depuis 1992, une rétinopathie diabétique non proliférante modérée dès juillet 2021, une cure d'exostose du conduit auditif externe droit en anesthésie générale, en novembre 2000, une surdité de perception bilatérale de degré moyen appareillé depuis 2002, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie depuis deux ans environ, un status

post traumatisme de la cheville droite en 2005, avec discrète arthrose talo-naviculaire et un status après possible capsulite rétractile de l'épaule gauche. Constatant, au niveau ostéoarticulaire, que l'impotence fonctionnelle majeure alléguée par le recourant ne l'empêche pas d'effectuer quelques activités ménagères et des voyages réguliers entre le Portugal et la Suisse, en avion ou en autobus, qu'une exagération des symptômes, avec une non-concordance entre l'importance des plaintes formulées et la discrétion des anomalies objectives, apparaît clairement à l'observation de l'expertisé durant l'examen et que cette exagération est corroborée par le matériel de surveillance qui permet d'attester une simulation de la part de l'intéressé, les experts retiennent que seuls le diabète et la perte d'audition ont encore une incidence sur les capacités fonctionnelles du recourant. Tenant compte dès lors des limitations fonctionnelles mises en évidence par l'expert en médecine interne en lien avec le diabète et la surdité, seules restrictions encore constatées, ils concluent, comme cet expert, à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de 85% dans une activité adaptée depuis janvier 2004, en raison du diabète insulino-dépendant et des risques d'hypoglycémie.

11.6 Dans ces circonstances, il convient de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed, comme l'a fait le service médico-juridique de l'OAIE dans son appréciation du 19 mai 2022 (OAIE pce 641).

12.

12.1 Dans cette appréciation, la Dre O._____ (médecin généraliste, spécialisée dans la médecine physique et de réhabiliation), le Dr P._____ (psychiatre), et Q._____ (juriste de l'OAIE), après avoir décrit le contexte du cas et reconnu pleine valeur probante à l'expertise du CEMed, ont retenu que l'examen réalisé par les experts et les éléments réunis dans le cadre de l'observation venaient confirmer la présence d'une exagération majeure des symptômes et d'une simulation avérée de la part du recourant, et qu'il n'existait donc plus aucune incapacité de travail en lien avec les atteintes ostéoarticulaires, au moins à compter de la communication du 12 mars 2018, fondée sur le rapport du 29 janvier 2018, dans lequel le Dr D._____ relevait déjà une amélioration significative. Le service médico-juridique a en outre indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic incapacitant d'un point de vue psychiatrique, mais que la capacité de travail de l'intéressé était cependant toujours limitée par le diabète et les risques d'hypoglycémie. Il a dès lors conclu à une incapacité de travail de 100%

dans l'activité habituelle et de 15% dans des activités de substitution, adaptées aux exigences du diabète, et ce, dès le 29 janvier 2018.

12.2 Le Tribunal ne trouve rien à redire à cette appréciation, pertinente et cohérente.

12.2.1 Les experts du CEMed ont en effet constaté, au niveau ostéoarticulaire, que la capsulite de l'épaule gauche, qui avait justifié l'octroi de la rente, était totalement guérie et que la mobilité de cette épaule était strictement normale. Ils ont également noté que les douleurs et l'impotence alléguées de la cheville droite, facteur aggravant au moment de l'octroi de la rente car elle contre-indiquait les longues stations debout, les déplacements au-delà de 50 à 100 mètres et le travail en terrain inégal, ne pouvaient s'expliquer par l'arthrose talo-naviculaire débutante mise en évidence par les clichés radiographiques réalisés au cours de l'expertise. Ils ont encore relevé qu'il n'y avait pas d'explication rationnelle aux douleurs et impotences fonctionnelles majeures alléguées par le recourant au niveau ostéoarticulaire en général, si ce n'est l'exagération des symptômes et la simulation observées lors de l'expertise et en dehors. Il en résulte par conséquent une amélioration de l'état de santé ostéoarticulaire de l'intéressé, qui ne présente plus de restrictions fonctionnelles ni d'incapacité de travail sur ce plan, amélioration dont faisait déjà état de façon explicite le Dr D._____, médecin traitant du recourant, en janvier 2018 (OAIE pce 308).

12.2.2 D'un point de vue psychiatrique, les experts, comme lors de l'expertise réalisée en juin 2007, n'ont relevé aucune atteinte incapacitante, tandis que sur le plan de la médecine interne, ils ont noté, tout comme précédemment, une surdité de perception et un diabète de type 1. Ils ont estimé à cet égard que la perte d'audition, bien que n'ayant toujours pas de caractère invalidant, nécessitait dorénavant que l'intéressé évite les environnements bruyants dans le cadre d'une activité professionnelle. Quant au diabète, les experts ont constaté qu'il montrait une certaine évolution, sous la forme d'une rétinopathie non proliférante modérée depuis juillet 2021, laquelle était toutefois sans effet sur la capacité de travail dans la mesure où elle n'exigeait aucun traitement, si ce n'est un suivi régulier, et que la presbytie et la myopie qui en résultaient étaient corrigées par le port de lunettes. Cela étant, les experts ont estimé que le diabète et les risques d'hypoglycémie qui y sont liés imposaient des limitations au recourant depuis que cette atteinte avait été diagnostiquée et que l'intéressé devait éviter les travaux en hauteur et les activités avec du matériel risquant des blessures, et pouvoir bénéficier d'horaires

réguliers avec la possibilité d'avoir des pauses pour mesurer les glycémies ou faire des collations. Dès lors, les experts ont considéré que l'activité habituelle n'était toujours pas exigible, mais que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée aux limitations susmentionnées, à 85% pour tenir compte des exigences liées au diabète. Ils ont encore fait état d'une hypertension artérielle et d'une hypercholestérolémie présentes depuis environ deux ans au moment de l'expertise, sans caractère invalidant toutefois, puisqu'elles sont traitées avec succès.

12.3 Au final, comme le retient le service médico-juridique dans son appréciation du 19 mai 2022, une amélioration est constatée au niveau ostéoarticulaire, qui permet au recourant de retrouver une capacité de travail dès le 29 janvier 2018, laquelle reste toutefois limitée à une activité adaptée, exercée à 85%, en raison des restrictions liées au diabète. Il en résulte une amélioration par rapport à l'octroi initiale de la rente.

13.
De surcroît, le Tribunal constate que le recourant n'a amené aucun indice sérieux permettant de douter de la valeur probante du rapport et des conclusions des experts du CEMed, de l'amélioration de son état de santé, en particulier ostéoarticulaire, ou de la récupération d'une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée, dès le 29 janvier 2018.

13.1 Ainsi, dans son rapport du 29 janvier 2018 (OAIE pce 308), le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, qui a examiné l'intéressé le 8 janvier 2018 en dernier lieu, fait clairement le constat d'une amélioration notable de l'état de santé de son patient. Il indique en effet que la problématique centrale, qui était à l'époque de nature orthopédique, s'est fortement atténuée, que les troubles de la personnalité qu'il décrivait par le passé sont stabilisés et que le diabète est plus ou moins bien géré, sans complications. Certes, le Dr D._____ estime que cette amélioration ne peut perdurer que pour autant que son patient ne soit pas soumis à des exigences professionnelles, et conclut par conséquent que les conditions sont requises pour maintenir l'intéressé à l'abri de toutes sollicitations professionnelles. Ce faisant, le Dr D._____ ne fait pas état d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du CEMed, puisque celle-ci fait les mêmes constats d'amélioration que le médecin traitant. Il ne dit pas non plus que son patient serait incapable d'exercer toute activité professionnelle et en particulier une activité lucrative adaptée à l'état de santé, mais est d'avis que si l'on soumettait à nouveau l'intéressé à des sollicitations biophysiques significatives et à du stress, « la symptomatologie certainement reprendrait

son cours ascendant ». Il convient à cet égard de tenir compte du fait que le rôle de Dr D._____, dicté par son mandat thérapeutique de médecin traitant, est d'assurer la bonne santé de son patient et diffère de celui des experts mandatés dans le cadre de l'examen du droit à des prestations d'invalidité, qui doivent déterminer s'il existe une capacité de travail. Dès lors, la conclusion à laquelle aboutit le Dr D._____ s'agissant de l'exercice d'une activité lucrative ne saurait remettre en cause celle des experts du CEMed, selon lesquels le recourant est capable de mettre en valeur l'amélioration de son état de santé, d'ailleurs également constatée par son médecin traitant, dès janvier 2018.

Quant à la prise de position médicale du Dr J._____ du 26 février 2018 (OAIE pce 311) que le recourant invoque pour soutenir qu'il est inapte à reprendre toute activité lucrative, et qui a effectivement soutenu les conclusions du Dr D._____ du 29 janvier 2018 au motif que les pathologies du recourant seraient irréversibles (TAF pce 1 p. 10 ch. 38 et 39, et p. 15), sa pertinence est manifestement remise en cause par la Dre K._____, rhumatologue auprès du service médical de l'OAIE. En effet, dans sa réponse du 20 avril 2021 à l'OAIE, lequel lui demandait de se prononcer sur la nouvelle documentation médicale versée dans le cadre de la révision ayant abouti à la décision litigieuse (OAIE pces 597 et 600), la Dre K._____ relève en particulier que contrairement à ce qu'affirme le Dr J._____, spécialisé de surcroît en médecine interne, la capsulite rétractile, à l'origine de l'octroi de la rente, n'est pas irréversible. Elle estime dès lors qu'une expertise, notamment rhumatologique, est nécessaire pour évaluer si l'état de l'intéressé s'est amélioré.

13.2 En procédure d'audition, le recourant produit les documents suivants :

- les résultats d'une échographie des épaules du 17 août 2022 retenant une tendinopathie insertionnelle du sus-épineux droit, avec arthropathie acromio-claviculaire dégénérative, bursite sous-acromio-deltoïdienne droite, ainsi qu'une discrète tendinopathie insertionnelle du sus-épineux gauche, avec arthropathie acromio-claviculaire dégénérative et bursite sous-acromio-deltoïdienne gauche relativement marquée et recommandant une IRM de l'épaule pour un bilan relatif à l'articulation gléno-humérale, à la capsulite connue, ou à d'autres structures plus profondes de l'épaule (OAIE pce 665) ;

- les résultats d'une IRM de la cheville droite du 17 août 2022 sur l'indication d'un bilan évolutif d'une arthrose tibioastragalienne connue, concluant à une arthrose de l'articulation tibio-astragalienne avec

chondropathie de grade IV, prédominant sur le versant externe, à proximité de la syndesmose tibio-péronière distale, des altérations dégénératives modérées de l'articulation talo-naviculaire, sans lésion ligamentaire ou tendineuse de la cheville (OAIE pce 664) ;

- un rapport du 20 août 2022 du service des urgences du Centre R._____ relatant le passage du recourant au service des urgences le 19 août 2022 à la suite d'un traumatisme au niveau du genou gauche provoqué par une chute dans un escalier et une réception douloureuse lors de l'appui du pied, le patient ressentant une douleur vive du genou, pire que la douleur habituelle, laquelle persiste au repos et augmente avec la mobilisation, mais sans œdème du genou, ni blocage ni instabilité ; retenant une contusion du genou gauche ; soulignant que les radiographies du genou ne révèlent pas de fractures et permettent de visualiser des rapports articulaires dans les normes, ainsi que des signes discrets d'arthrose ; préconisant du repos, l'application de glace et d'antalgie, un contrôle clinique une semaine plus tard auprès du médecin traitant, assorti d'une IRM au besoin (OAIE pce 666) ;

- un certificat médical du 29 août 2022 du Dr U._____, généraliste, attestant que le recourant est en cours d'investigations pour des douleurs chroniques de la cheville droite et des épaules et qu'un consilium devrait être organisé auprès de chirurgiens orthopédistes spécialistes des épaules et de la cheville (OAIE pce 667).

Or, ces documents ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise et les conclusions des experts du CEMed. Les résultats d'examens des épaules et de la cheville droite n'indiquent pas, en particulier, si les atteintes mises en évidence constituent une aggravation, une amélioration ou un statu quo par rapport à un état précédent, ni ne se prononcent sur d'éventuelles limitations fonctionnelles liées à ces atteintes. Les investigations menées au service des urgences suite à la chute dans les escaliers montrent l'absence de fracture, des rapports articulaires dans les normes et de discrets signes d'arthrose au niveau du genou gauche ; le traitement conseillé est du repos, l'application de glace et la prise d'antalgique. Enfin, le Dr U._____ se contente d'attester que le recourant est en cours d'investigations pour des douleurs chroniques de la cheville droite et des épaules. A cet égard, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine physique auprès du service médical de l'OAIE, note dans sa prise de position du 5 octobre 2022 que ces nouveaux éléments médicaux montrent une arthrose de la cheville droite déjà connue, que les lésions tendineuses

et arthrosiques décrites sont mineures et compatibles avec l'âge du recourant et que pour le même type de lésion, l'examen de l'épaule gauche auquel a procédé l'expert rhumatologue au CEMEd s'est avéré normal (OAIE pce 672). Quant aux articles scientifiques sur les tendinopathies, la bursite et l'arthrose, également versés au dossier en procédure d'audition (OAIE pce 669), ils comportent des informations générales sur ces atteintes et ne permettent en aucun cas de porter un jugement valable sur l'état de santé de l'intéressé, les restrictions fonctionnelles qui seraient les siennes ou les activités qu'il peut ou ne peut pas exercer.

13.3 En procédure de recours, l'intéressé produit encore 1° un rapport du 25 octobre 2022 du Dr T._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie du genou, traumatologie du sport [annexe 17 à TAF pce 1]), lequel constitue le résultat des investigations dont attestait le Dr U._____ en août 2022, puis 2° une étude médicale relatant le fait que l'activité physique est recommandée aux patients souffrant de diabète (annexe 18 = TAF pce 10). Le rapport du 25 octobre 2022, qui contient une brève anamnèse et note en quelques mots les plaintes du recourant, ainsi que ses antécédents orthopédiques, ses comorbidités et le traitement médicamenteux suivi, se fonde sur un examen clinique de la cheville droite et des épaules par le Dr T._____ et sur des résultats d'examen radiographiques et d'IRM, réalisés en août et octobre 2022. Le Dr T._____ en déduit, dans son appréciation, que l'intéressé présente, au niveau de la cheville droite, une arthrose tibio-astragalienne de grade IV et une altération dégénérative modérée de l'articulation talo-naviculaire, au niveau de l'épaule droite, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, sans déchirure et sans répercussion musculaire, et au niveau de l'épaule gauche, un conflit antéro-supérieur de la coiffe des rotateurs sans répercussion musculaire. Il propose un traitement à base d'infiltrations et de physiothérapie, et conclut que dans ces conditions le travail d'électricien s'avère difficile à accomplir puisqu'il implique le port de charges lourdes, l'élévation des deux membres supérieurs au-dessus des épaules et la répétition des efforts. Ce faisant, le Dr T._____ se borne à constater, à l'instar des experts, l'incapacité totale de travail du recourant dans son ancien métier d'électricien. Pour autant, le Dr T._____ ne se prononce, pas plus qu'il n'exclut, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé et n'explique pas non plus en quoi l'état de santé de l'assuré se serait modifié par rapport à celui observé par les experts et en quoi cette éventuelle modification déploierait des effets sur la capacité de travail du recourant (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). Cela étant, l'avis du Dr T._____ ne contredit aucunement les conclusions des experts du CEMed, ni ne remet en cause la valeur

probante de leur expertise. Il en va de même de l'étude médicale liée au diabète, qui, comme les articles précédemment cités, ne contient pas d'indications sur le cas particulier de l'assuré.

14.
Dans ces circonstances, les éléments au dossier permettent à la juridiction de céans de se convaincre que l'état de fait est établi à satisfaction de droit et que l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé depuis le prononcé d'octroi de la rente, plus précisément depuis le mois de janvier 2018, respectivement la récupération d'une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée à partir du 29 janvier 2018, sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire. Or, selon la jurisprudence, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4e éd. 2020, art. 42 LPGA N 31 ; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28). Dans ces circonstances, la demande d'expertise judiciaire est rejetée.

15.
Il s'agit à présent d'examiner l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'OAIE le 21 juin 2022 (OAIE pce 642) et de déterminer si celle-ci est conforme au droit.

15.1 Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2).

En l'espèce, comme lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité (OAIE pce 196 p. 4 et 5), le taux d'invalidité du recourant a été calculé sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, dont l'application n'est ni contestée, ni contestable, les circonstances ne s'étant pas modifiées à cet égard.

15.2 Aux termes de l’art. 16 LPGA, en lien avec l’art. 28*a* al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021), pour évaluer le taux d’invalidité d’une personne exerçant une activité lucrative à plein temps, le revenu que la personne concernée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé au moment déterminant avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d’elle sur un marché du travail équilibré, après les traitements et les mesures de réadaptation (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine alors le degré d’invalidité (méthode générale ; ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

15.2.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1 ; 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; arrêt du TF 8C_84/2018 du 1er février 2019 consid. 6.2). De plus, l’autorité doit se fonder sur les données les plus récentes disponibles au moment de la décision (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4.1.3 ; arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2). Enfin, lorsqu’il s’agit d’évaluer le degré d’invalidité d’une personne résidant à l’étranger, la comparaison des revenus déterminants pour ce faire doit s’effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d’un pays à l’autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2 ; 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail si les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de main-d'œuvre (arrêts du TF 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.2 et les réf. cit. ; 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

15.2.2 Les revenus à comparer doivent être évalués de la manière la plus concrète possible si bien qu'il convient en principe de se référer aux salaires réellement gagnés par la personne concernée avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s’agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du TF 9C_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1). Toutefois, selon la

jurisprudence, à défaut de salaires de référence tant sans qu'avec invalidité, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales. Pour le marché du travail suisse, il s'agit des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), plus précisément les valeurs médianes indiquées dans le tableau ESS TA1_tirage_skill_level (« Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe, Secteur privé » ; cf. arrêt du TF 8C_212/2018 du 13 juin 2018 consid. 4.4.1 et les réf. cit. ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 135 V 297 consid. 5.2 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Dans la mesure par ailleurs où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, il convient de les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (OFS, « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, En heures par semaine » ; ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). En outre, si cela s'avère nécessaire, il y a lieu d'adapter ces salaires à l'évolution nominale des salaires, en se fondant sur l'indice des salaires nominaux spécifique aux hommes, en l'occurrence, et par branche (OFS, Tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels », 1976-2009 et 2010-2018, « Salaires nominaux », « Hommes » ; ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

15.3 En l'occurrence, l'OAIE a procédé à une comparaison de revenus (OAIE pce 642) basés sur les données de l'ESS 2018, à l'exception du revenu issu de la conciergerie, pour lequel il s'est référé au revenu réellement réalisé par l'intéressé en 2005, correspondant à CHF 6'770.-, soit la moitié du montant annuel de CHF 13'540.- gagné par le couple dans cette activité (OAIE pce 58 p. 2). Ramené à un salaire mensuel (CHF 6'770.- : 12 mois = CHF 564.17), puis indexé à l'année 2018 (CHF 564.17 x 2'260 [année 2018] : 1'992 [année 2005]), le salaire mensuel retenu par l'OAIE pour l'exercice de l'activité de concierge se monte à CHF 640.07. Le Tribunal n'y trouve rien à redire. C'est en outre à juste titre que l'autorité inférieure, dans le cadre de l'évaluation de la perte de gain effectuée le 21 juin 2022, s'est basée sur les données de l'ESS 2018, les plus récentes alors à sa disposition, les données de l'année 2020 n'ayant été publiées que postérieurement, le 23 août 2022.

15.4 S'agissant de la part du revenu sans invalidité liée à l'activité habituelle de monteur-électricien, il convient de relever que le dernier salaire réellement gagné par le recourant dans l'exercice de cette activité était également connu au moment de l'évaluation de l'invalidité par l'OAIE,

si bien que ce dernier aurait pu s'y référer. Ce salaire ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 12 septembre 2005 par B._____ SA, dernier employeur de l'intéressé (OAIE pce 60 p. 2), de même que de la décision initiale d'octroi de rente du 13 janvier 2009 (OAIE pce 196 p. 4). L'OAI Z. avait en effet calculé le taux d'invalidité de l'intéressé en comparant les salaires réellement réalisés par le recourant en tant que monteur-électricien et concierge (voir OAIE pce 100 p. 3), avec le revenu qu'il pourrait réaliser en atelier protégé. Toutefois, ce salaire de monteur-électricien, s'élevant à CHF 4'640.- en 2005, correspondrait en 2018 à un salaire de CHF 5'264.26 (évolution nominale des salaires : CHF 4'640.- x 2'260 [année 2018] : 1'992 [année 2005]), soit un montant inférieur au salaire statistique retenu en l'occurrence par l'OAIE. Ce salaire statistique étant plus favorable au recourant, il y a lieu de le confirmer.

Ainsi, l'OAIE a tenu compte, pour le revenu avant invalidité, du salaire statistique mensuel brut d'un salarié travaillant dans la branche de la construction (n° 41-43) avec un niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples), tel qu'il ressort du tableau TA1_tirage_skill_level, soit un salaire de CHF 5'622.- pour 40 heures par semaine en 2018, qu'il s'agit ensuite d'adapter à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018 dans la branche de la construction, soit 41.3 heures, pour obtenir un montant de CHF 5'804.72. A ce montant, il convient encore d'ajouter le revenu mensuel lié à la conciergerie, soit CHF 640.07, pour un revenu total, sans invalidité, de CHF 6'444.79.

15.5 Quant au revenu d'invalide, s'il doit être lui aussi déterminé, dans la mesure du possible, en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne concernée, il peut toutefois être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'ESS, en particulier lorsque la personne concernée n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les réf. cit. ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa).

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalide est déterminé en fonction des valeurs statistiques, il s'agit de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS, relatif au secteur privé, ligne « Total ». On se réfère ainsi à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1 et les réf. cit.). Il est en effet usuel de se baser, lors de la comparaison des revenus, sur le

marché du travail entier, lequel recouvre les salaires des secteurs de production et de services et contient un large éventail d'activités simples (arrêt du TAF C-991/2018 du 13 février 2010 consid. 13.5.3 et les réf. cit.). Ceci est d'autant plus pertinent lorsque, comme en l'espèce, la personne concernée ne peut plus accomplir son ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour son état de santé, mais conserve une capacité de travail importante, et que les limitations fonctionnelles qu'elle subit, en l'occurrence des limitations somatiques, permettent l'exercice d'une activité dans de nombreux secteurs, pour autant qu'elle soit adaptée. Pour ces personnes, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Ainsi, il convient de prendre en compte, comme l'a fait l'autorité inférieure, le salaire mensuel brut d'un homme exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1 ; cf. arrêt du TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1), tous secteurs confondus, s'élevant en 2018, selon la ligne « Total » du tableau TA1_skill_level, à CHF 5'417.- pour 40 heures par semaine (cf. par exemple arrêt du TAF C-991/2018 du 13 février 2010 consid. 13.5.3). Une fois adapté à l'horaire hebdomadaire usuel en 2018, tous secteurs confondus, soit 41.7 heures, ce salaire se monte à CHF 5'647.22.

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

appréciation à celle de l'administration ; il doit s’appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêt du TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4).

En l’espèce, l’OAIE a estimé qu’un abattement de 5% du salaire d’invalide était approprié pour tenir compte, avant tout, de l’âge et de la période d’inactivité ayant éloigné l’intéressé du marché du travail, dans la mesure où le taux d’exigibilité des activités de substitution, fixé à 85%, prenait déjà en compte, en particulier, les effets contraignants de la maladie. Cette argumentation n'est certes pas insoutenable, et l’abattement, comme l’ensemble de l’évaluation du taux d’invalidité, n’étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ainsi, après un abattement de 5%, le revenu d’invalide correspond à un montant de CHF 5'364.86.

15.7 Enfin, le revenu d’invalide de CHF 5'364.86 doit encore être réduit de 15%, la capacité de travail de l’intéressé dans une activité de substitution s’élevant à 85%, pour obtenir un montant de CHF 4'560.13.

15.8 La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 6'444.79) et avec invalidité (CHF 4'560.13) ainsi obtenus aboutit à une diminution de la capacité de gain du recourant, qui s’élève dorénavant à 29.24% ([6'444.79 – 4'560.13] x 100 : 6'444.79). C’est donc à bon droit que l’OAIE a considéré que dès janvier 2018, le taux d’invalidité du recourant avait subi une modification notable, n’ouvrant plus droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI).

16.
Il convient à présent de déterminer la date à partir de laquelle cette diminution du taux d’invalidité prend effet juridiquement.

16.1 Aux termes de l’art. 88*a* al. 1 RAI, l’amélioration de la capacité de gain n’est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu’à partir du moment où on peut s’attendre à ce qu’elle 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. Tel est le cas en l’espèce, dans la mesure où l’amélioration s’est manifestée dès janvier 2018.

16.2 Il ressort du texte de l'art. 17 LPGA que la révision d'une rente en cours fondée sur un changement de circonstances s'opère « pour l'avenir ». Cela est justifié par le fait que le bénéficiaire d’une rente qui se

comporte de manière correcte doit pouvoir compter sur le fait qu'une suppression ou une réduction ne sera pas rétroactive, mais seulement pour le futur (ATF 145 V 141 consid. 7.3.2 et les réf. cit.). L'art. 88bis al. 2 let. a RAI dispose ainsi que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

16.2.1 En l'occurrence toutefois, l'autorité inférieure a supprimé la rente entière allouée au recourant non pas « pour l'avenir », mais rétroactivement à partir du mois du 29 janvier 2018, au moment où l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé se sont améliorés de manière déterminante, en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure relève que bien que son état de santé se soit amélioré dès le 29 janvier 2018 (rapport du Dr D._____), le recourant, non seulement, n'a pas communiqué ce changement, mais, de plus, a simulé ses atteintes à la santé afin que le versement de sa rente se poursuive.

16.2.2 Le recourant rétorque qu'il n'était pas apte à reprendre une quelconque activité professionnelle début 2018 et que son état de santé n'a pas évolué de manière objective depuis cette date-là. Dès lors, sa rente ne pourrait être ni supprimée, ni réduite.

16.3 Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est faite attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner. Cet article entre donc notamment en considération lorsque le bénéficiaire de prestations a manqué à son obligation de renseigner une fois que les prestations lui ont été attribuées, telle que prévue aux art. 31 al. 1 LPGA et 77 RAI.

16.3.1 Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. L'art. 77 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer

immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

Selon la jurisprudence, cette obligation d'annoncer les changements susceptibles d'influencer les prestations allouées est l'expression du principe de la bonne foi entre administration et administré (ATF 140 IV 11, traduit au JdT 2014 IV p. 217, consid. 2.4.5 et les réf. cit.).

16.3.2 Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif. D'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a ; arrêt du TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 6.1).

Il est généralement admis, en cas de violation de l'obligation de renseigner, que l'adaptation de la rente prend effet au moment où le devoir d'annoncer a été violé. Le Tribunal fédéral a jugé en effet que selon la systématique de la loi, la diminution ou la suppression de la rente – respectivement l'obligation de restituer les prestations indues – prend effet rétroactivement au moment où s'est produit le changement de circonstances pertinent pour la révision (ATF 145 V 141 consid. 7.3, en particulier 7.3.4 ; arrêt du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 6.2 ; THOMAS FLÜCKIGER, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger, ATSG-Kommentar, 2020, art. 17 N 65 ; KIESER, op. cit., art. 17 N 68 et art. 31 N 25 ss).

Il serait en effet choquant qu'une personne n'ayant pas annoncé à l'administration, en violation du principe de la bonne foi, un changement de circonstances influençant son droit aux prestations, puisse continuer à bénéficier de telles prestations sans autre conséquence. Si tel était le cas, elle serait ainsi mieux lotie qu'une personne assurée ayant satisfait à son obligation d'aviser, ce qui contreviendrait gravement au principe de l'égalité de traitement (ATF 145 V 141 consid. 7.3, en particulier 7.3.6 *in fine* ; arrêt du TF 8C_139/2018 du 26 mars 2019 consid. 6.2).

16.4 En l'occurrence, l'obligation de renseigner a été rappelée au recourant à plusieurs reprises, dans les décisions et communications que l'OAI Z. et l'OAIE lui ont adressées (OAIE pces 196, 228, 257, 286, 306, 312). En l'espèce, au vu des considérants précédents, la modification de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant apparaît importante dans la mesure où il ressort des éléments médicaux, en particulier de l'expertise du CEMed et du rapport du Dr D._____ du 29 janvier 2018,

que les atteintes de nature orthopédique qui limitaient sa capacité de travail et avaient justifié l'octroi de la rente entière se sont notablement améliorées dès le 29 janvier 2018 à tout le moins, et que le recourant était alors en mesure d'exercer, à un taux de 85%, des activités adaptées à son diabète. Or, l'intéressé n'a jamais communiqué une quelconque amélioration de son état de santé à l'autorité inférieure. Bien au contraire, il a annoncé, dans le questionnaire du 19 décembre 2020 qu'il était appelé à remplir dans le cadre de la quatrième révision de la rente entamée en octobre 2020, une aggravation de son état de santé et des limitations liées à sa cheville droite, à ses épaules, à son dos, à son genou gauche et à sa main gauche, qui l'empêcheraient de « courir, marcher, sauter, attraper, prendre, porter » (OAIE pce 530). Et ce, alors même que les photos versées au dossier, datant des années 2010, 2011, 2015, 2017, 2019, 2020 et 2021, puis le matériel d'observation de février 2022, le montrent menant campagne en vue de son élection au Conseil communal de V., puis au Conseil national suisse, grimpant sur des rochers, pédalant et tenant un guidon, debout ou à genou sur un paddle ou un kayak, ramant, marchant sans boiterie et sans canne, conduisant une voiture et portant des sacs sans gêne visible ou apparente, ni signe de limitations fonctionnelles, au point que les experts ont conclu à une simulation des atteintes (OAIE pces 625 et 628 ; arrêt du TF 9C_171/2014 du 17 septembre 2014 consid. 6.3.1.3).

Ce faisant, le recourant a manqué de manière fautive à l'obligation de renseigner qui lui incombait raisonnablement en vertu des art. 31 al. 1 LPGA et 77 RAI, ce qui justifie la suppression de sa rente d'invalidité avec effet rétroactif conformément à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, et ce, dès le mois de janvier 2018, correspondant au moment à partir duquel ladite prestation n'était plus justifiée au vu de l'état de santé de l'intéressé. Dans ces circonstances, la communication de l'OAIE du 12 mars 2018 (3ème procédure de révision) ne fait pas obstacle à une suppression rétroactive dès janvier 2018 du droit à la rente.

17.
Par souci de complétude, il sied d'examiner si le recourant pouvait encore mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques de travail qui lui ont été reconnues.

17.1 Conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle est un aspect de l'obligation de réduire

le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (cf. arrêt du TF 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.2). L'assuré doit ainsi recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé ; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (VALTERIO, op. cit., art. 7 N 3 et 4). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références).

17.1.1 Selon la jurisprudence toutefois, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, et qu'il n'est pas opportun de supprimer la rente avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression du droit à la rente concerne une personne qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne concernée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente, et que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires afin qu'elle puisse valoriser économiquement sa capacité de travail attestée médicalement (arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, *in* : SVR 2011 IV n° 73 ; voir également arrêts du TF 9C_707/2018 du 26 mars 2019 consid. 5.1 et les réf. cit. ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3 et les réf. cit. ; 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5 et les réf. cit. ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4).

17.1.2 Dans de telles situations, l'Office AI doit vérifier dans quelle mesure la personne concernée a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (arrêts du TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.2 ; 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les réf. cit.), à moins toutefois que le manque de volonté ou de capacité subjective à la réadaptation ne fasse objectivement défaut à la personne concernée (arrêts du TF 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3 ; 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les réf. cit). En effet, le manque de volonté ou de

capacité subjective à la réadaptation constitue un motif étranger à l'invalidité, pour lequel la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion (arrêts du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6 ; 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3). L'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être présumée que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante ; il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail (arrêts du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et les réf. cit. ; I 370/98 du 26 août 1999, publié in : Pratique VSI 3/2002, p. 111 ; arrêts du TAF C-1659/2023 du 26 juin 2024 consid. 14.1 ; C-1648/2019 du 19 avril 2024 consid. 10.3).

17.1.3 Pour établir la durée déterminante de perception de la rente et l'âge atteint, il faut se baser sur la date de la décision de révision, respectivement sur la date de suppression de la rente fixée dans cette décision (ATF 141 V 5 consid. 4 ; voir également, dans le cas d'une observation : arrêt du TF 9C_455/2022 du 13 novembre 2023 consid. 10, en particulier consid. 10.3 ; arrêts du TAF C-2453/2019 du 14 septembre 2022 consid. 11.1 ; C-2018/2021 du 4 mars 2022 consid. 20.5 ; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 N 31).

17.2 Il ressort de ce qui précède que la durée de perception de la rente au moment de sa suppression à partir du 29 janvier 2018 est en l'espèce de 13 ans. Au même moment, le recourant était en outre âgé de 52 ans révolus. Selon la jurisprudence rappelée précédemment, il n'y a donc pas lieu de présumer que le recourant n'était alors pas en mesure d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de sa capacité de travail résiduelle, notamment dans la mesure où toute activité lucrative simple était exigible avec les limitations répertoriées. Des mesures de réadaptation n'apparaissent donc pas nécessaires. D'autant plus que l'intéressé a manifesté une absence de volonté respectivement de capacité subjective à la réadaptation, tant en simulant ses atteintes, depuis janvier 2018 à tout le moins, que par ses déclarations, en particulier aux experts du CEMed. Ceux-ci rapportent en effet que l'expertisé « se sent incapable d'avoir une nouvelle activité professionnelle […]. Ses douleurs et ses troubles de concentration l'empêchent d'envisager une reprise d'activité » (OAIE pce 635 p. 16), qu'il « n'envisage à aucun moment pouvoir reprendre une activité professionnelle en raison de ses douleurs et de troubles de concentration » (OAIE pce 635 p. 18), qu'il « explique qu'il ne peut plus

travailler parce qu'il est malade, mais qu'il aurait aimé pouvoir reprendre son travail » (OAIE pce 635 p. 44), et qu'il « se dit incapable de reprendre son ancienne activité d'électricien, comme toute autre activité d'ailleurs » (OAIE pce 635 p. 67). Le Tribunal considère donc qu'une réadaptation par soi-même était exigible du recourant et que l'OAIE était légitimé à supprimer la rente d'invalidité sans examen préalable de mesures de réadaptation.

18.
Il suit de ce qui précède que l'autorité inférieure a supprimé à juste titre la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant avec effet au 29 janvier 2018, considérant qu'il disposait, à partir de cette date, d'une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, entraînant une incapacité de gain insuffisante pour bénéficier d'une rente d'invalidité.

19.
Enfin, se fondant sur l'art. 45 al. 4 LPGA, l'autorité inférieure a mis à la charge du recourant, pour un montant de CHF 8'704.30, les frais de l'observation ayant dû être effectuée, au motif que l'intéressé a sciemment simulé ses atteintes rhumatologiques.

Pour sa part, le recourant nie tout comportement répréhensible et toute simulation, répétant que ses douleurs et son invalidité sont bel et bien réelles et indiquant qu'il n'a jamais caché accomplir à de rares occasions des activités sportives douces, compatibles avec son impotence (TAF pce 1 p. 16 à 18).

19.1 L'art. 45 al. 4 LPGA prévoit que si l'assuré a obtenu ou a tenté d'obtenir une prestation en fournissant sciemment des indications fausses ou d'une autre manière illicite, l'assureur peut mettre à la charge de l'assuré les frais supplémentaires que lui a occasionnés le recours à des spécialistes chargés d'effectuer des observations pour lutter contre la perception indue de prestations.

Cet alinéa concerne les frais supplémentaires occasionnés par le recours à des spécialistes selon l'art. 43*a* LPGA, qui effectuent une observation requérant l'enregistrement d'images et de sons. Pour que ces frais puissent être mis à la charge de la personne observée, il faut que celle-ci ait eu un comportement répréhensible, pas nécessairement au sens du droit pénal, mais en raison des conséquences qui en découlent, considérées sous l'angle du droit de l'assurance. Soit la personne

concernée a tenté de percevoir une prestation alors même qu'il savait qu'il n'y avait pas droit, soit il a contribué par un comportement illicite à ce qu'une prestation lui soit indûment octroyée, par exemple en communiquant des informations fausses à l'assurance ou aux médecins experts (Message concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 2 mars 2018 [FF 2018 1597 p. 1625]). En outre, il faut, pour que les frais soient mis à la charge de la personne concernée, qu'il soit possible de déterminer, grâce à l'observation, qu'il y a eu perception illégale de prestations.

19.2 Il ressort des considérants qui précèdent que le recourant a bel et bien adopté un comportement répréhensible, en particulier en annonçant, dans le questionnaire pour la révision du 19 décembre 2020 déjà, une aggravation de son état de santé qui l'empêcherait de « courir, marcher, sauter, attraper, prendre, porter », alors même que des photographies provenant du réseau social Facebook, datant des années 2010, 2011, 2015, 2017, 2019, 2020 et 2021, le montrent menant campagne en vue de son élection au niveau communal, puis national, grimpant sur des rochers, pédalant et tenant un guidon, debout ou à genou sur un paddle ou un kayak, et toujours sans canne (voir *supra* consid. 11.2.5). Constatant ces incohérences, l'OAIE a requis une observation du recourant par un détective, tout en ordonnant dans le même temps une expertise pluridisciplinaire. Or, cette observation a permis de démontrer la présence d'une simulation, à savoir que l'intéressé adoptait sciemment un comportement différent au moment de l'expertise et hors examen, arrivant au centre d'expertise et en repartant en boitant et avec une canne, prétendant souffrir de l'épaule et de la cheville droites au point de ne pouvoir être examiné, ni marcher ni lever le bras droit, alors que le matériel d'observation le montre, les jours suivants, sans boiterie, sans canne et sans aucune des limitations dont il prétend souffrir. C'est donc précisément grâce à la mesure d'observation que les experts, qui avaient constaté déjà une exagération des symptômes, ont pu confirmer la présence d'une simulation visant à les induire en erreur, dans le but de maintenir le droit à la rente et d'obtenir des prestations indues de l'assurance-invalidité.

Les conditions de l'art. 45 al. 4 LPGA sont donc manifestement remplies, et les frais d'observation de CHF 8'704.30 doivent être mis à la charge du recourant.

20.
En conséquence de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse du 3 novembre 2022 confirmée.

21.
Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à CHF 800.- (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction (TAF pces 2 et 4).

Par ailleurs, vu l'issue du litige, il n'est alloué de dépens ni au recourant, qui succombe (art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 et 2 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), ni à l'autorité inférieure, les autorités fédérales et, en règle générale, les autres autorités parties n'ayant pas droit aux dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté et la décision du 3 novembre 2022 de l'OAIE est confirmée.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est prélevé sur l'avance de frais d'un montant égal versée en cours de procédure.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure, à l'OFAS et à la Fondation Collective […].

(L'indication des voies de droit figure à la page suivante)

La présidente du collège :	La greffière :
Caroline Gehring	Isabelle Pittet

Indication des voies de droit :

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

Expédition :

Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Acte judiciaire)
– à l'autorité inférieure (n° de réf. […] ; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)
– Fondation Collective […] (pour information ; adresse cf. TAF pce 28)