Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-3343/2021

Arrêt du 24 mai 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Michael Peterli, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A._____**,** (Turquie)
Adresse postale : c/o B._____
recourant,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE,
autorité inférieure.

Objet

Assurance invalidité, suppression de la rente (décision du 25 juin 2021).

Faits :

A.
A._____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant suisse né le (…) 1970, marié et père de quatre enfants majeurs (nés entre 1988 et 1997), a travaillé dans le domaine de la construction en qualité de peintre en bâtiment (OAIE pce 1) et a cotisé à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse et survivant durant plus de 14 ans (OAIE pces 62 et 119). A la suite d'un accident non professionnel le 14 avril 1999, l'intéressé a subi une atteinte au poignet gauche. Dans ce cadre, il a déposé une demande de prestations AI le 17 mars 2000. Par décision du 5 septembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité du canton C._____ (ci-après : OAI-C._____) a octroyé à l'intéressé des mesures d'ordre professionnel et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité (OAIE pce 49). Par décision du 13 décembre 2006, la Caisse nationale des accidents (ci-après : SUVA) a octroyé à l'intéressé une rente d'invalidité de 25% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles de l'accident du 14 avril 1999 (OAIE pce 57).

Le 24 mars 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI-C._____ (OAIE pce 60). Par décision du 15 novembre 2012, une rente entière d'invalidité, complétée des rentes entières liées pour enfant, a été octroyé à l'intéressé, principalement en raison de troubles psychiatriques, dès le 1er septembre 2010 (OAIE pces 99, 106 et 108).

Le 16 juillet 2018, l'assuré a quitté la Suisse pour la Turquie (OAIE pce 114) et son dossier a à la suite été transféré à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure ; OAIE pce 116).

B.

B.a En septembre 2018, l'OAIE a initié une révision du droit à la rente (OAIE pce 123, 125 et 126). Par décision du 12 août 2019, la rente d'invalidité de l'intéressé a été supprimée avec effet au 30 septembre 2019 au motif que l'organisme de sécurité sociale, la Sosyal Güvenlik Kurumu (ci-après : SGK) à (…), n'a pas transmis la documentation médicale requise pour pouvoir procéder à la révision de la rente d'invalidité (OAIE pce 139). Par correspondance du 4 septembre 2019, l'assuré s'est opposé à la décision précitée et requis un délai supplémentaire afin de pouvoir transmettre des documents médicaux (OAIE pce 140). Le 19 septembre 2019 (timbre postal), l'intéressé a transmis un certificat médical établi, le

18 septembre 2019, par les Drs D._____ (ci-après : Dr D._____), compétent en orthopédie et traumatologie, E._____(ci-après : Dre E._____), psychiatre, F._____(ci-après : Dr F._____), spécialiste en neurologie, G._____ (ci-après : Dr G._____), président de la commission médicale, et H._____ (ci-après : Dr H._____), médecin en chef de l'Hôpital public I._____, lesquels ont conclu que sur le plan orthopédique, le patient, souffre d'une hernie lombaire et qu'il ne peut pas effectuer de travaux lourds, et que sur le plan neurologique, l'examen physique est dans la norme. Sur le plan psychiatrique, selon l'anamnèse communiquée, la Dre E._____ a constaté en substance que l'intéressé ne suivait pas de psychothérapie, était éveillé, orienté, coopératif et euthymique ainsi que l'absence de pensées délirantes, hallucinatoires ou suicidaires. La Dre E._____ a diagnostiqué un trouble d'anxiété (F41) et prescrit un traitement composé de Secita 10 mg (OAIE pces 143, 145 et 146). Par la suite, l'assuré a également transmis un certificat médical du 6 février 2020, établi par le Dr J._____ (ci-après : Dr J._____), compétent en médecine interne, lequel a indiqué que la dernière consultation de l'intéressé remontait à 2018 et qu'actuellement, il présentait toujours un état anxiodépressif et se plaignait de lombalgies chroniques et de douleurs au poignet gauche (OAIE pce 162 p.1). Le Dr J._____ a prescrit, selon l'ordonnance médicale du 6 février 2020, à l'intéressé un traitement composé de Tramadol 200 mg et de Temesta 1 mg (OAIE pce 162 p. 2).

En présence des doutes au sujet de l'évolution de l'état de santé et de la gravité actuelle des troubles de l'intéressé, l'OAIE a mis en place une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique en Suisse (OAIE pces 169, 171, 199 et 209).

B.b L'expertise bidisciplinaire a été réalisée par les Drs K._____ (ci-après : Dr K._____), spécialiste en psychiatre, et L._____ (ci-après : Dr L._____), spécialiste en rhumatologie, le 29 décembre 2020 et le 6 janvier 2021 auprès du Centre d'expertise médicale de Lancy (ci-après ; CEML). Selon le rapport d'expertise du 7 mai 2021, les experts ont à titre principal diagnostiqué un syndrome de dysbalance musculaire par déconditionnement global, des discopathies étagées en L4-L5, L5-S1, sans conflit et un épisode dépressif léger en rémission (F32.0) et conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle en raison de l'atteinte lombaire et une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée au profil d'effort (OAIE pce 230 pp. 52 et 54). L'OAIE a soumis l'expertise médicale au SMR qui a confirmé les conclusions des experts (cf. appréciation

médico-juridique du 9 juin 2021 des Drs M._____ [ci-après : Dre M._____], compétente en médecine générale FMH, médecine physique et de réhabilitation FMH, expert médical certifié SIM, et N._____ [ci-après : Dr N._____], psychiatre et psychothérapeute et O._____, [ci-après : la juriste ; OAIE pce 236]).

B.c Par décision du 25 juin 2021, l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet au 1er jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, au motif que le taux d'invalidité de 12% est insuffisant pour maintenir son droit à une rente. En substance, l'autorité inférieure a exposé qu'il était apparu des expertises rhumatologique et psychiatrique que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 18 septembre 2019 sur le plan psychiatrique, en particulier l'amélioration du trouble dépressif, actuellement qualifié de léger, et sans changement sur le plan rhumatologique. Sur cette base, l'autorité inférieure a considéré que l'intéressé est toujours en incapacité de travail dans son activité habituelle de collaborateur en gypserie-peinture, mais qu'une activité adaptée est entièrement exigible (OAIE pce 240).

C.

C.a Le 22 juillet 2021, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision du 25 juin 2021 de l'OAIE, concluant implicitement à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente entière d'invalidité. En substance, le recourant a contesté la documentation médicale transmise par la SGK à (…) en alléguant ne pas avoir été examiné ni avoir été contacté par cet organisme et a relevé des difficultés relatives à la situation économique locale de sa ville de résidence (TAF pce 1). L'intéressé a notamment produit un certificat médical, figurant déjà au dossier de l'OAIE, du 6 février 2020 établi par le Dr J._____ (annexe à TAF pce 1).

C.b Par ordonnance du 5 août 2021, le Tribunal a invité le recourant à indiquer un domicile de notification en Suisse dans un délai de 30 jours dès réception de ladite ordonnance (TAF pce 2). Par courrier du 2 novembre 2021 (timbre postal), le recourant a communiqué une adresse de notification en Suisse (TAF pce 10).

C.c Par ordonnance du 17 novembre 2021, le Tribunal a invité l'intéressé à remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » en y joignant les moyens de preuve et à le retourner au Tribunal dans un délai fixé au 17 décembre 2021 (TAF pce 12).

C.d Par correspondance du 16 mars 2022 (timbre postal), l'intéressé a indiqué vouloir renoncer à l'assistance judiciaire et accepter de payer l'avance sur les frais de procédure présumés (TAF pce 19). Par décision incidente du 6 avril 2022, le Tribunal a pris acte du retrait par le recourant de sa demande d'assistance judiciaire formulée dans son recours du 22 juillet 2021 et l'a invité à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans le délai fixé au 23 mai 2022, sous peine d'irrecevabilité du recours (TAF pce 20). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 23).

C.e Dans sa réponse du 24 mai 2022, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaqué. Il a notamment avancé que l'expertise bidisciplinaire réalisée les 29 décembre 2020 et 6 janvier 2021, complète et ayant valeur probante, ferait état d'une amélioration de l'état de santé du recourant à compter du 18 septembre 2019, qui correspond à la date du rapport des Drs E._____, D._____ et F._____ (recte : Dr F._____), si bien qu'il était fondé à une nouvelle appréciation de la capacité de travail de l'intéressé dont résultait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et un taux d'invalidité de 12%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité. L'OAIE a en substance relevé que la décision du 25 juin 2021 s'appuyait principalement sur la prise de position des Drs M._____ et N._____ du 9 juin 2021, lesquels se sont déterminés après le rapport d'expertise CEML du 7 mai 2021 et que la SGK à (…) n'avait pas transmis de documents médicaux concernant l'intéressé, raison pour laquelle l'OAIE avait organisé une expertise bidisciplinaire en Suisse (TAF pce 25).

C.f Constatant l'absence de réaction du recourant pour répliquer dans le délai imparti, le Tribunal de céans a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction, par ordonnance du 31 août 2022 (TAF pce 28).

D.
Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.

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

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.
Le présent litige porte sur la suppression, par décision de l'OAIE du 25 juin 2021, du droit à la rente entière perçue par le recourant depuis le 1er septembre 2010 compte tenu du degré d'invalidité passé de 100% à zéro. A l'appui de ce prononcé, l'autorité inférieure a considéré qu'une amélioration, sur le plan psychiatrique, de la capacité de travail de l'assuré s'était produite de manière déterminante.

3.

3.1 Dans la mesure où le recourant est un ressortissant suisse qui a travaillé plusieurs années en Suisse et est domicilié en Turquie, la cause présente un aspect transfrontalier. Ainsi, il sied de mentionner la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la République de Turquie, conclue le 1er mai 1969 (ci-après : la Convention ; RS 0.831.109.763.1) qui instaure, comme règle générale, le principe de l'égalité de traitement des ressortissants suisses et turcs (art. 2 al. 1 de la Convention). Fait notamment partie de la législation concernée par la Convention, selon son

art. 1 al. 1 let. Bb, la législation fédérale suisse sur l'assurance-invalidité. Selon l'art. 25 de la Convention, pour l'application de la présente Convention les autorités et les organismes compétents se prêtent leurs bons offices comme s'il s'agissait de l'application de leur propre législation (al. 1) et, pour l'appréciation du degré d'invalidité, les organismes de chaque Partie contractante se fondent, le cas échéant, sur des constatations médicales et des renseignements fournis par les organismes de l'autre Partie. Ils conservent toutefois le droit de faire procéder à un examen de l'assuré par un médecin de leur choix (al. 2). Selon le message du Conseil fédéral à l'appui de la Convention, en vertu de cette disposition, les autorités et autres organismes des Etats contractants, chargés de l'application des conventions, sont tenus de se communiquer tous les renseignements utiles et de se fournir toute l'entraide nécessaire : certificats médicaux, exécution ou mise en train de contrôles, etc. (FF 1969 II 1425 ss, 1445). Est également applicable en l'espèce, l'Arrangement administratif conclu le 14 janvier 1970 concernant les modalités d'application de la Convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et la République de Turquie du 1er mai 1969 (ci-après : l'Arrangement ; RS 0.831.109.763.11). Selon l'art. 36 de l'Arrangement, les organismes assureurs et les organismes de liaison des Parties contractantes s'accordent, sur demande d'ordre général ou sur requête spéciale, l'entraide nécessaire à l'application de la Convention et de l'Arrangement. Selon l'art. 38 al. 2 de l'Arrangement, les frais résultant des examens médicaux et des examens visant à déterminer la capacité de travail ou de gain ainsi que les frais de déplacement, de nourriture ou de logement et les autres frais qui en découlent sont avancés par l'organisme chargé de l'enquête et sont remboursés séparément pour chaque cas par l'organisme qui l'a requise. Il sied également de préciser que selon la jurisprudence les autorités suisses ne sont pas liées par les décisions des autorités étrangères de la sécurité sociale et que le degré d'invalidité se détermine exclusivement selon le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.2 Le Tribunal administratif fédéral définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; TAF C−6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie

se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, n. 1.55 p. 29).

3.3 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 25 juin 2021. Les faits qui seraient survenus postérieurement, et qui auraient modifié cette situation, devraient normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

3.4 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 (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 25 juin 2021, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

3.5 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième phrase LPGA).

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

3.7 Selon l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28*a* al. 1 LAI, le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2 ; TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

3.8

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

3.8.2 Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer les travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a) dans le sens qu'elles entraînent une modification du droit à la rente (cf. ATF 145 V 141 consid. 7.3.1 ; 133 V 545 consid. 6.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 31 n°s 11 ss). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2 ; 115 V 308 consid. 4a/bb ; TF 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 ; I 755/04 du 25 septembre 2006

consid. 5.1). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier (TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées), la réglementation sur la révision ne constituant pas un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées ; VALTERIO, op. cit., art. 31 n° 11).

3.8.3 Pour examiner si une modification importante du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est survenue, le point de départ est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Les faits tels qu'ils se présentaient à ce moment-là doivent être comparés aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2.3 et références citées).

3.9 Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88*a* al. 1 RAI).

3.10 La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet normalement au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

3.11 Selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la Classification Internationale des Maladies (ci-après : CIM) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Discorders (ci-après : DSM-IV ; cf. notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1 ; 141 V 281 consid. 2 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 ; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Depuis le 30 novembre

2017, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1), les troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.), et dès le 11 juillet 2019 aussi les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215), doivent en règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin d'évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent, de plus, être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

- Catégorie « degré de gravité fonctionnel »
  - Complexe « atteinte à la santé »
    - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
    - Succès du traitement ou résistance à cet égard
    - Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
    - Comorbidités
  - Complexe « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles)
  - Complexe « contexte social »
- Catégorie « cohérence » (point de vue du comportement
  - Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
  - Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

4.

Pour examiner en l'espèce si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA, il sied de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors du prononcé de la décision d'octroi de la rente entière du 15 novembre 2012, dernier examen matériel du droit à la rente entré en force, avec ceux existant à la date de la décision litigieuse du 25 juin 2021. Dans un premier temps, le Tribunal de céans déterminera la situation prévalant le 15 novembre 2012 et, par la suite, il examinera celle du 25 juin 2021 pour la comparer à la situation antérieure.

4.1 Statuant par décision du 15 novembre 2012, l'OAI-C._____ s'est fondé sur l'examen clinique bidisciplinaire rhumato-psychiatrique du SMR réalisé le 22 juillet 2011 (ci-après : rapport d'examen clinique du 12 septembre 2011) par les Drs P._____ (ci-après : Dr P._____), compétent en médecine physique et réadaptation FMH et expert médical

SIM, et Q._____ (ci-après : Dr Q._____), psychiatre FMH ainsi que l'avis médical du 15 septembre 2011 de la Dre R._____ (ci-après : Dre R._____), médecin SMR de spécialisation inconnue. En particulier, les Drs P._____ et Q._____ ont retenu les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de trouble douloureux séquellaire du poignet gauche post-traumatique (status après ostéosynthèse avec fixateur externe, d'une fracture intra-articulaire comminutive du tiers distal du radius gauche en 1999 et status après algoneurodystrophie du poignet gauche sans séquelle clinique objectivable), d'agoraphobie (F40.0), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). S'agissant des diagnostics de lombalgies communes (M50.5), de trouble panique (F41.0), d'anxiété généralisée (F41.1) et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), les examinateurs ont indiqué que ces atteintes n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Au regard des limitations fonctionnelles, les experts ont mentionné sur le plan somatique la nécessité d'éviter les mouvements de pronation, supination contre-résistance du membre supérieur gauche, de porter des charges supérieures à 5 kg en ce qui concerne le membre supérieur gauche. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles, résultant des trois diagnostics incapacitants retenus, consistaient en la peur des foules, des espaces publics, des voyages, en particulier non accompagnés et les sorties hors du domicile de plus en plus difficiles, l'intolérance aux frustrations, l'irritabilité extrême, l'abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, la perturbation des relations sociales, le sentiment de détresse ainsi que la présence de douleurs somatiques constituant en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré (OAIE pce 100 p. 9 ss). Les experts ont ainsi conclu que le degré d'incapacité de travail était resté inchangé sur le plan ostéoarticulaire par rapport à la situation en 2005, soit une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle de plâtrier/peintre et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juin 2001. Cependant, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était nulle depuis le 13 juillet 2009, date retenue par le médecin traitant, le Dr J._____, de l'assuré dans son rapport médical du 17 mars 2011. Ces conclusions ont été confirmées par la Dre R._____ dans son avis médical du 15 septembre 2011 (OAIE pce 99).

4.2 D'un point de vue psychiatrique, le Dr Q._____ s'est en substance référé à l'expertise interdisciplinaire effectuée le 27 juin 2005, qui retenait un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), dans le cadre de la première demande de prestations AI déposée par l'intéressé, étant précisé que l'assuré a toujours refusé toute idée de prise en charge

psychiatrique (OAIE pce 100 p. 4). Le Dr Q._____ a constaté que l'intéressé souffrait, depuis longtemps, d'un trouble de personnalité avec nervosité et irritabilité extrême, faible tolérance à la frustration, abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, incapacité complète à se remettre en cause, perturbation des relations sociales et que l'ensemble de ces symptômes n'entrait clairement pas dans l'une des catégories de la CIM, raison pour laquelle les experts ont retenu un trouble de la personnalité, sans précision. L'exploration de la lignée anxieuse objectivait une anxiété généralisée, avec tension motrice, agitation fébrile, incapacité à se détendre et difficultés de concentration et il existait également un trouble panique, avec la survenue inopinée de crises d'anxiété aiguë, associant sensation de mort imminente, transpiration, palpitations et tremblements, ces crises survenant souvent au cours de la nuit, réveillant brutalement l'assuré, avec une fréquence actuelle de deux à trois fois par semaine, pour lesquelles l'expert a retenu un trouble de panique d'intensité moyen. L'exploration de la lignée phobique objectivait une agoraphobie, avec la survenue de manifestations anxieuses dans les foules, les endroits publics et de conduites d'évitement des situations phobogènes, l'assuré sortant de moins en moins de chez lui, par peur des gens, et ne se rendant plus depuis au moins six mois dans les centres commerciaux. L'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique dans la mesure où l'exploration de la thymie objectivait en substance un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne, une diminution de l'intérêt et du plaisir, de l'estime de soi, de la confiance en soi ainsi que de la concentration, une réduction de l'énergie, avec augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité et le syndrome somatique de la dépression n'était pas présent. En outre, l'expert a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant dès lors que la présence de douleurs persistantes, intenses et accompagnées d'un sentiment de détresse constituait en permanence la préoccupation essentielle de l'intéressé. Par ailleurs, l'expert psychiatrique a précisé que la sévérité de la décompensation psychiatrique actuelle, et en particulier du trouble de la personnalité, rendait l'abord thérapeutique particulièrement délicat et que le pronostic évolutif plutôt défavorable, d'autant que les capacités d'« insight », d'introspection, étaient très limitées (OAIE pce 100 pp. 7-8, 10-11).

4.3 Sur le plan somatique, le Dr P._____ s'est principalement référé à l'expertise interdisciplinaire de 2005, au rapport médical de la Dre S._____ (ci-après : Dre S._____), rhumatologue, du 16 septembre 2010 ainsi qu'aux comptes rendu d'examens radiologiques figurant au dossier, à savoir l'arthro-CT du poignet gauche du 3 juillet 2009, l'IRM

lombosacrée du 15 mai 2005 et l'IRM lombaire du 19 mai 2010. A l'examen clinique, le Dr P._____ a en substance relevé que l'assuré présentait un trouble statique avec une projection antérieure du tronc, une attitude voûtée et statique scoliotique du rachis dorsolombaire, se corrigeant facilement à la demande et qu'il présentait également des signes de déconditionnement musculaire global et focal. L'expert a également indiqué que l'examen ostéoarticulaire ne mettait pas en évidence de limitations franches dans les amplitudes articulaires hormis celles imposées par une attitude oppositionnelle de crainte d'avoir mal et que le reste de l'examen mettait en évidence des signes de non organicité selon Waddel et Kummel, l'assuré présentant aussi 12/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie. En outre, la documentation radiologique mettait en évidence un trouble dégénératif débutant modéré du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assuré et ne correspondant pas à l'ensemble de la symptomatologie revendiqué par l'assuré ; l'arthroscanner du poignet gauche mettant en évidence une arthrose radiocarpienne post-traumatique avec une bascule dorsale de l'EDR, associée à une petite fissuration de la portion dorsale du ligament luno-pyramidal, l'assuré présentait des douleurs séquellaires dans un contexte de status arthrosique post-traumatique. Le Dr P._____ a retenu à l'issue de son examen que l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse chronique, sans mise en évidence de substrat organique significatif et que l'ensemble des plaintes présentées par l'intéressé ne pouvait être raisonnablement attribué aux troubles structurels modérés présentés au niveau du rachis. S'agissant des lésions structurelles objectives présentées au niveau du poignet gauche, une incapacité de travail totale avait été reconnue dans une activité habituelle, aussi bien par la SUVA que par l'OAI-C._____ en 2005. Toute activité qui respectait les limitations fonctionnelles concernant le poignet était possible à un taux de 100% sans diminution de rendement et raisonnablement exigible depuis 2001 (absence de mise en évidence de séquelles cliniques ou paracliniques d'une algoneurodystrophie développée en 1999, secondaire au traumatisme subi). En outre, l'expert a indiqué que la symptomatologie lombaire présentée actuellement par l'intéressé et revendiquée comme handicapante s'intégrait dans un processus de trouble somatoforme douloureux évoluant depuis le traumatisme subi en 1999. En conclusion, le Dr P._____ a retenu que le degré d'incapacité de travail est resté inchangé sur le plan ostéoarticulaire (OAIE pce 100 pp. 5-11).

4.4 En conclusion, la rente d'invalidité initiale a été accordée pour des troubles psychiatriques, soit une agoraphobie (F40.0), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble de la

personnalité, sans précision (F60.9) selon le rapport d'examen clinique du 12 septembre 2011 (OAIE pce 100 pp. 9 et 11) et l'avis médical du SMR, établi par la Dre R._____ le 15 septembre 2011 (OAIE pce 99). En outre, il sied de relever que ces médecins ont apprécié l'état de santé de l'intéressé dans son ensemble en retenant des limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique et ont attesté pour les atteintes psychiatriques une incapacité de travail totale dans toute activité ce qui a donné droit à une rente entière d'invalidité depuis le mois de juillet 2009.

5.
Il convient d'examiner la situation au 25 juin 2021 lorsque la décision attaquée a été prise. L'autorité inférieure disposait des nouvelles pièces qui ont été versées en cause suite à la procédure de révision introduite en septembre 2018 (OAIE pces 123, 125 et 126).

5.1 Les documents suivants ont notamment été versés au dossier :

- un questionnaire adressé à l'assuré pour la révision de la rente, rempli et signé, non-daté, où l'intéressé mentionne qu'il suit un traitement médicamenteux pour ses problèmes de santé et qu'il n'exerce aucune activité lucrative (OAIE pce 128),

- un certificat médical, en turc, du 19 octobre 2018 établi par le Dr D._____, compétent en orthopédie et traumatologie (OAIE pce 130). Selon ce rapport, le Dr D._____ constate en substance que l'intéressé présente de l'arthrose au poignet et une atteinte lombaire avec une sciatique, un traitement ayant été mis en place à cet effet, et que les contrôles ont été effectués,

- une ordonnance médicale établie le 19 octobre 2018 par le Dr D._____, indiquant un traitement médicamenteux composé de Cabral 400 mg (pour les spasmes musculaires), trois fois par jour, de Muscoflex Duo Jel 30 g (pour douleurs musculaires et ostéoarthrites), application externe trois fois par jour et Bi-Profenid 100 mg (anti-inflammatoires non stéroïdiens), comprimé sécable à libération prolongée, deux fois par jour (OAIE pce 129),

- un certificat médical du 18 septembre 2019 établi par les Drs D._____, E._____, F._____, G._____ et H._____, lesquels ont conclu que sur le plan orthopédique, le patient, souffrant d'une hernie lombaire, ne peut pas effectuer de travaux lourds et que sur le plan neurologique, l'examen physique est dans la norme. Sur le plan psychiatrique, selon l'anamnèse communiquée, la Dre E._____ a constaté que l'intéressé ne suivait pas de psychothérapie, était éveillé, orienté, coopératif et euthymique ainsi que l'absence de pensées délirantes, hallucinatoires ou suicidaires. La Dre E._____ a diagnostiqué un trouble d'anxiété (F41 ; OAIE pces 143 p. 1 et 145 p. 1),

- une ordonnance médicale établie par la Dre E._____, prescrivant un traitement composé de Secita 10 mg (OAIE pce 143 p. 2 et 146 p. 1),

- une prise de position médicale du 28 octobre 2019 du Dr T._____(ci-après : Dr T._____), spécialiste FMH en médecine générale, médecin SMR et expert certifié SIM, mentionnant en substance que les nouvelles informations font état d'un examen physique normal, sans anomalie psychiatrique et constatant une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré, celle-ci permettant une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux troubles du rachis sans déficit neurologique depuis la date du rapport médical du 18 septembre 2019 (OAIE pce 148),

- un certificat médical du 6 février 2020 établi par le Dr J._____ indiquant que la dernière consultation de l'intéressé remonte à 2018 et mentionnant qu'il présente toujours un état anxiodépressif et se plaint également de lombalgies chroniques et de douleurs au poignet gauche (OAIE pce 162 p.1),

- une ordonnance médicale du 6 février 2020 du Dr J._____ par laquelle il a prescrit du Tramadol retard depotabs 200 mg et du Temesta Expidet, comprimé, 1 mg (OAIE pce 162 p. 2),

- un rapport d'expertise du 7 mai 2021 établi par les Drs L._____ et K._____, lesquels retiennent un diagnostic de syndrome lombo-vertébral par déconditionnement musculaire, des discopathies étagées en L4-L5 et en L5-S1, sans conflit, et un épisode dépressif léger en rémission (OAIE pce 230 p. 52). En raison de l'atteinte lombaire, une incapacité totale dans l'activité habituelle depuis 2009 est retenue ainsi que des limitations fonctionnelles consistant à éviter le port de charges de plus de 5-10 kg, de monter et descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité (OAIE pce 230 p. 28). Ils retiennent une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées (OAIE pce 230 pp. 28 et 54),

- une appréciation médico-juridique du 9 juin 2021 établie par les Drs M._____, N._____ et la juriste de l'OAIE, lesquels ont conféré pleine valeur probante à l'expertise du CEML et ont retenu une capacité de travail totale dans une activité de substitution dès le 18 septembre 2019 en raison de l'amélioration du trouble dépressif, actuellement qualifié de léger et en rémission (OAIE pce 236).

5.2 Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'intéressé a produit un seul rapport médical, soit celui du Dr J._____ du 6 février 2020 (annexe à TAF pce 1).

6.

6.1 La question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis l'octroi de la rente conformément à l'art. 17 LPGA est litigieuse entre les parties. Se basant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire des Drs L._____ et K._____ ainsi que sur l'appréciation médico-juridique du 9 juin 2021, l'autorité inférieure soutient que, sur le plan psychiatrique, l'état

de santé du recourant s'est amélioré (OAIE pce 240) alors que ce dernier prétend que l'OAIE s'est basé sur des informations incorrectes émanant de la SGK à (…), que la décision litigieuse contient des incohérences dans l'évaluation de son état de santé et qu'il ne peut pas trouver un emploi respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts à (…), en Turquie (TAF pce 1).

6.2

6.2.1 Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. 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 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). La compétence des médecins consiste donc à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de la personne assurée. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3 ; 140 V 193 consid. 3.2 ; au niveau psychiatrique : ATF 144 V 50 consid. 4.3 ; arrêt du TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

6.2.2 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 ; 9C_745/2010 du

30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 33).

6.2.3 Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition afin d'éclairer les aspects médicaux. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes, ignore des éléments essentiels ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ces cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le tribunal ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa ; arrêts du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 ; I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

6.2.4 La valeur probante d'une expertise médicale établie en vue d'une révision dépend 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 (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 ; I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; 8C_445/2017 du 9 mars 2018 consid. 2.2).

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

6.4 En l'espèce, pour supprimer la rente d'invalidité du recourant, l'OAIE s'est avant tout fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 (OAIE pce 230) ainsi que sur l'appréciation médico-juridique dudit rapport par son SMR et son service juridique le 9 juin 2021 (OAIE pce 236),

lesquels se fondent à leur tour sur l'ensemble de la documentation médicale versée au dossier depuis 1999. Il sied donc dans un premier temps d'analyser si le rapport d'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 peut se voir reconnaître pleine valeur probante à la lumière des exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus.

6.4.1 L'expertise bidisciplinaire a été établie par les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie et K._____, spécialiste en psychiatrie, portant sur la période du 15 avril 1999 au 6 mars 2020 (OAIE pce 230 pp. 6 ss). Les experts ont examiné l'assuré, séparément, le Dr K._____ le 29 décembre 2020 dès 10h00 et le Dr L._____ le 6 janvier 2021 dès 13h30 (OAIE pce 230 p. 3 et 32), et ont d'abord apprécié le cas spécifiquement à leur discipline médicale respective puis établi et signé conjointement le rapport d'expertise après une discussion interdisciplinaire (OAIE pce 230 p. 51 ss). Au niveau de la connaissance du dossier médical, le rapport d'expertise liste et résume les pièces médicales sur lesquelles les experts ont fondé leur expertise dans la partie « Synthèse du dossier » (OAIE pce 230 p. 6 ss). N'y sont pas mentionnés le rapport médical et l'ordonnance médicale du 19 octobre 2018 du Dr D._____ (OAIE pces 129 et 130). Il sied cependant d'admettre que les principaux actes médicaux y sont listés et étaient donc connu des experts au moment de réaliser l'expertise. Ces derniers avaient donc pleine connaissance des diagnostics et des limitations fonctionnelles du recourant et disposent de la formation et de toutes les connaissances nécessaires pour juger valablement de l'état de santé, de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles du recourant dans leur discipline médicale respective.

6.4.2 Il ressort du rapport d'expertise du 7 mai 2021 que celui-ci a été établi en pleine connaissance du dossier médical (OAIE pce 230 p. 6-15) et contient une anamnèse complète, prenant en compte les plaintes du recourant qui y sont compilées (OAIE pce 230 pp. 16 ss et 33 ss) et qu'il a été établi sur la base d'examens approfondis et d'investigations complètes (OAIE pce 230 pp. 21 ss et 42 ss). Concrètement, les deux experts effectuent des examens poussés sur la personne, ceux-ci donnant ensuite lieu à des constatations objectives et à des diagnostics. Ainsi, une IRM lombaire a été réalisée à la demande du Dr L._____ (OAIE pce 230 p. 56).

6.4.3 Après évaluation consensuelle, les experts concluent à une incapacité de travail totale et durable, depuis 2009, dans l'activité habituelle en qualité de peintre en bâtiment, et à une capacité de travail entière, sans

diminution de rendement, dans une activité de substitution respectant le profil d'effort. Au niveau des limitations fonctionnelles, ils retiennent, sur le plan somatique, que l'intéressée doit éviter le port de charges supérieures à 5 kg, de monter et descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité (OAIE pce 230 p. 28 et 54).

6.5

6.5.1 Sur le plan rhumatologique, le Dr L._____ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral par déconditionnement musculaire et des discopathies étagées en L4-L5 et en L5-S1 sans conflit radiculaire et sans radiculalgie ou syndrome irritatif et n'a posé aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail (OAIE pce 230 p. 25). L'expert en rhumatologie a exposé pour l'essentiel que l'intéressé se plaignait de douleurs lombaires intenses évaluées à 8/10 irradiant au membre inférieur gauche de trajet radiculaire S1, avec des troubles du sommeil liés au stress et à la douleur et que ses douleurs lombaires étaient devenues chroniques, évoluant de façon récurrente et évolutive. A l'issue de l'examen médical, le Dr L._____ relève que l'examen neurologique est normal (OAIE pce 230 pp. 21 et 24) et que l'examen rhumatologique dans son ensemble ne retrouve qu'un banal syndrome lombo-vertébral par déconditionnement musculaire global. En particulier, il ne retient pas de signe en faveur d'une fibromyalgie, le score de Wolfe de 2/31 points ne permettant pas de retenir le diagnostic qui requiert un score supérieur à 13/31 conformément aux critères ACR 2010, révisés en 2016, et conclut à l'absence de signe d'algodystrophie, de critère en faveur d'un rhumatisme inflammatoire, d'arthrite, de synovite, d'œdème, de dactylite, de rachialgie inflammatoire et d'atteinte périphérique (OAIE pce 230 pp. 22-24). En outre, l'expert indique que les plaintes rapportées par l'intéressé qualifiées d'intolérables et incapacitantes ne sont pas retrouvées à l'examen somatique et ne concordent pas avec l'examen radiologique (OAIE pce 230 pp. 25-26), en particulier l'experte rapporte que l'intéressé est resté pendant 45 minutes assis sans demander à changer de position, s'est mis en position de tailleur, assis sur la chaise pour remettre ses chaussures de façon spontanée, sans aucune réaction de gêne douloureuse (OAIE pce 230 p. 27). En outre, le Dr L._____ note qu'il n'existe pas de simulation avérée ou ressentie et précise qu'il existe une autolimitation. Par ailleurs, l'expert en rhumatologie relève que le traitement médicamenteux de Tramal à fortes doses, pris par l'assuré selon ses dires, est exagéré par rapport à ce qui est trouvé à l'examen somatique et estime qu'il est difficile de se prononcer sur les chances de guérison compte tenu de l'atteinte

dégénérative arthrosique, qui est sans conflit radiculaire (OAIE pce 230 p. 27). Concernant des mesures et thérapies médicales pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail, l'expert préconise la musculation abdomino-vertébrale, l'application des gestes d'épargne du rachis et le port de ceinture lombaire en cas de crise ou lors des efforts inhabituels (OAIE pce 230 p. 54-55). S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert indique que l'assuré doit éviter de porter des charges de plus de 5-10 kg, de monter et descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité (OAIE pce 230 p. 27). En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, l'expert retient qu'elle est nulle dans l'activité habituelle en raison des atteintes lombaire et au poignet, même si l'atteinte au poignet est fixe, elle ne permet pas la reprise de l'activité habituelle. Toutefois, il retient une capacité de travail entière, depuis 2019, dans une activité adaptée sans réduction de la performance si les limitations fonctionnelles susmentionnées sont respectées (OAIE pce 230 pp. 28-29).

6.5.2 Le Dr L._____ s'est également prononcé sur l'évolution de l'état de santé depuis le 15 novembre 2012 (date de la décision initiale) et retient qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé du recourant (OAIE pce 230 p. 30). S'agissant des diagnostics somatiques retenus à l'examen clinique du 22 juillet 2011 par le SMR, le Dr L._____ retient une évolution globalement favorable dans le temps au vu de l'anamnèse et de son examen médical, sans toutefois pouvoir préciser davantage par manque d'information (OAIE pce 230 p. 26).

6.5.3 S'agissant des diagnostics somatiques, le Tribunal constate par conséquent que l'expertise rhumatologique a pleine valeur probante, les conclusions de l'expert devant être considérées comme dûment motivées et leurs appréciations ne contiennent pas de contradictions.

6.5.4 Sur le plan psychiatrique, le Dr K._____ retient un épisode dépressif léger en rémission (F32.0) comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et ne retient pas de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail (OAIE pce 250 p. 43). L'expert a rapporté que l'intéressé a évoqué une symptomatologie douloureuse causée par ses affections à la colonne vertébrale, sans exprimer de doléances au niveau du poignet gauche, et a décrit de manière succincte une symptomatologie dépressive réactionnelle dès 2010 relative à des aspects contextuels de sa vie, en particulier, la fracture du poignet gauche, les douleurs lombaires et les problèmes de santé de sa fille aînée. Singulièrement, l'expert relève que le récit du recourant est imprégné d'une pensée opératoire avec tendance à exprimer des symptômes somatiques touchant la motricité

volontaire et que l'exposé de l'intéressé laisse apercevoir que les symptômes psychiques se sont largement atténués, n'occupant pas une place centrale de son discours, et que les sensations et les affects se sont redéployés au moins depuis son retour en Turquie en 2018 (OAIE pce 230 pp. 33-34). A l'issue de l'examen, le Dr K._____ a constaté que l'humeur de l'intéressé était euthymique, mais ce dernier décrivait des moments de tristesse et de culpabilité en lien avec son état de santé physique et l'expert a constaté l'absence d'idées noires, de tentative de suicide et d'automutilation objectivée. Orienté dans le temps et l'espace, la mémoire immédiate de l'assuré était intacte tandis que sa mémoire à long terme était diminuée, l'intéressé n'arrivant pas à donner de dates précises, mais l'expert a également souligné que l'assuré faisait peu d'effort à sonder le passé. L'expert psychiatrique n'a pas relevé d'agitation ou de ralentissement psychomoteur, d'irritabilité, de diminution de l'estime de soi, de sentiment de dévalorisation et a noté qu'il n'y avait pas d'illusion, d'hallucination, de perturbation de l'image corporelle ou de dépersonnalisation, la conscience de soi étant présente. Il a aussi observé que le cours de la pensée était dans la norme, malgré un appauvrissement du contenu de la pensée, lesquelles étaient centrées sur son état de santé (OAIE pce 230 p. 42). S'agissant des limitations fonctionnelles actuelles, l'expert psychiatrique a retenu la fatigabilité, le découragement, l'évitement, le sentiment d'incapacité devant la tâche, l'indécision et la démotivation. En outre, le Dr K._____ a indiqué que ces atteintes ne justifiaient pas une incapacité de travail sur le plan psychiatrique dans la mesure où elles n'étaient pas uniformes au niveau des activités similaires dans tous les domaines de la vie de l'assuré même si elles provoquaient des limitations tant dans la sphère professionnelle que privée (OAIE pce 230 p. 45).

6.5.5 Concernant l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr K._____ a constaté une évolution thymique favorable depuis le 22 juillet 2011 (date de l'examen clinique du SMR), dans la mesure où l'intéressé n'a pas été hospitalisé ni n'a bénéficié d'un suivi thérapeutique, se montrant toujours peu enclin à suivre un traitement thérapeutique. Après son retour dans son pays d'origine en 2018, l'intéressé a mobilisé des ressources personnelles et compétences psychosociales lui permettant de constituer un entourage et d'agrémenter un fonctionnement social et contextuel et que même s'il passait la plupart de son temps à la maison, il sortait faire des balades, aidait son épouse à jardiner en cas de nécessité et rencontrait des amis, étant précisé que l'intéressé n'a pas donné de renseignements concernant ses centres d'intérêts ainsi que ses activités de loisirs avant ses problèmes de santé (OAIE pce 230 pp. 44-45).

En outre, le Dr K._____ a écarté le diagnostic de trouble de la personnalité au motif que le recourant a pu maintenir durant des années un bon niveau de fonctionnement psychosocial et professionnel en entretenant des relations professionnelles et privées épanouies, sans aucune souffrance subjective. Il a retenu les traits de la personnalité évitante avec un sentiment de ne pas être à la hauteur, de tension et d'appréhension et une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité et des traits de personnalité dépendante avec le besoin d'être pris en charge, peinant à prendre des décisions seul et ayant du mal à initier des activités ou des projets seul (OAIE pce 230 p. 44). Enfin, l'expert psychiatrique a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux au motif que la symptomatologie douloureuse dont souffre l'intéressé en raison de l'atteinte à la colonne vertébrale depuis plusieurs années a certes entraîné une gêne clinique mais, actuellement, elle n'est pas intense ni persistante et ne s'accompagne pas d'un sentiment de détresse ni d'une sollicitude accrue de son entourage (OAIE pce 230 pp. 43-44).

Enfin, le Dr K._____ souligne également la difficulté de se prononcer rétrospectivement et de manière objective quant à la capacité de travail de l'intéressé au fil du temps. En effet, il relève l'absence d'éléments cliniques, hormis le dossier mis à disposition avant l'expertise, et constate sur la base du rapport de la Dre E._____, psychiatre, du 18 septembre 2019, que l'intéressé n'a aucun suivi médicamenteux et psychothérapeutique (OAIE pce 230 p. 47).

En somme, le Dr K._____ conclut que le recourant ne présente pas de pathologie grave incapacitante.

6.5.6 Il convient d'examiner si le volet psychiatrique du rapport d'expertise suit la grille d'évaluation normative et structurée telle que développé par l'ATF 141 V 281.

Pour les indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel », le complexe « atteinte à la santé » est traité par l'expert notamment dans la présentation de l'anamnèse médicale et personnelle (OAIE pce 230 pp. 6 et 33-41). L'expert psychiatrique a exprimé les éléments pertinents pour le diagnostic retenu d'épisode dépressif léger en rémission, humeur euthymique, absence d'agitation ou ralentissement psychomoteur et de diminution de l'estime de soi. L'expert psychiatrique a également analysé les autres rapports psychiatriques au dossier (en particulier l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2011 du SMR) en comparant les divers diagnostics retenus aux éléments observés lors de l'expertise et aux

éléments de l'anamnèse. En outre, le Dr K._____ a relevé que l'assuré ne prenait pas de traitement psychotrope et n'avait pas de suivi thérapeutique, s'étant toujours montré peu enclin à suivre une telle thérapie. A cet égard, l'expert a relevé à plusieurs reprises que la réalisation de l'exercice anamnestique et de l'évaluation clinique avait été laborieuse en raison de la discrète collaboration de l'intéressé sur le plan psychiatrique. En outre, l'expert a préconisé qu'une amélioration des limitations fonctionnelles était vraisemblablement imaginable avec un traitement lege artis. En ce qui concerne la comorbidité, l'expert exposé que la symptomatologie douloureuse que présente l'intéressé provoque une altération dans les registres émotionnels et comportementaux, ce qui peut entraîner un effet délétère sur le plan thymique en augmentant le retentissement des handicaps psychosociaux liés à chacune des pathologies. Cependant, il constatait qu'actuellement, l'état psychologique de l'intéressé ne comportait pas les critères symptomatiques nécessaires pour que soit retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur. Quant au complexe « personnalité », le Dr K._____ décrit que l'intéressé présente les traits de la personnalité évitante et dépendante, avec sentiment de ne pas être à la hauteur, de tension et d'appréhension et une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité et le besoin d'être pris en charge, peinant à prendre des décisions seul et à initier des activités ou des projets seul. En termes de ressources personnelles, l'expert constate que l'assuré a pu maintenir durant des années un bon niveau de fonctionnement psychosocial et professionnel en entretenant des relations professionnelles et privées épanouies, sans souffrance subjective. L'assuré entretient une bonne relation avec son épouse et ses deux filles et a deux amis proches, qu'il fréquente régulièrement. Il effectue des promenades dans la nature. Le recourant n'a pas de formation professionnelle, ayant été scolarisé jusqu'à la cinquième primaire en Turquie, mais il a déclaré avoir toujours donné satisfaction à ses employeurs lorsqu'il a travaillé en tant que peintre en bâtiment (OAIE pce 230 p. 46). Le complexe « contexte social » est décrit au moyen de l'anamnèse familiale, personnelle et psychosociale du recourant ainsi que de sa journée type (OAIE pce 230 pp. 39-40). L'intéressé entretient de bonnes relations avec son épouse et ses deux filles ainsi que deux amis proches de longue date vivant également dans son village, qu'il voit régulièrement, sans toutefois donner plus de détails concernant les activités partagées avec ces derniers (OAIE pce 230 p. 39). Pour le reste, l'intéressé décrit vivre de manière isolée et qu'il n'y aurait pas beaucoup d'activité à faire dans son village. Quant à ses deux fils, l'intéressé les voit une fois par année lorsqu'il se rend en Suisse. En ce qui concerne ses parents et ses frères et sœurs, le recourant a indiqué ne pas entretenir de

relations avec ces derniers. Quant aux loisirs, le recourant a déclaré se promener dans la nature et ne pas exercer d'activité sportive. Quant aux indicateurs de la catégorie « cohérence », l'expert note qu'il existe une divergence manifeste concernant l'appréciation objective de l'état clinique de l'assurée et les antécédents anamnestiques dans le dossier mis à disposition, l'assuré décrivant souffrir d'une symptomatologie douloureuse avec des éléments de tristesse entraînant une lassitude, une fatigabilité et un découragement, sans toutefois bénéficier d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement médicamenteux (OAIE pce 230 p. 41). L'expert ajoute que les troubles cliniques dont se plaint le recourant objectivement ne provoquent pas de limitations fonctionnelles uniformes dans tous les domaines de sa vie au quotidien et que les plaintes et les constations semblent par moment exagérées. La grande demande de reconnaissance de sa souffrance et les divergences entre les éléments anamnestiques du dossier, les constatations cliniques lors de l'entretien d'expertise ainsi que les caractéristiques vagues de certains éléments attesteraient sans que cela ne soit objectivement démontrable en une recherche de bénéfices secondaires, influençant ainsi de manière négative l'état émotionnel de l'intéressé. En outre, l'absence de suivi thérapeutique actuelle priverait l'intéressé de mobiliser ses ressources personnelles de façon optimale.

En conséquence, le Tribunal constate que le volet psychiatrique du rapport d'expertise respecte la grille d'évaluation normative et structurée voulue par la jurisprudence fédérale. Appréciée sous l'angle des critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, le volet psychiatrique permet de conclure en la présence d'un épisode dépressif léger en rémission et des traits de la personnalité dépendante et évitante, sans impact notable sur les capacités de fonctionnement du recourant puisque ces diagnostics ne constituent pas en l'occurrence des troubles psychiatriques d'intensité suffisante pour générer une incapacité de travail, même partielle, dans une quelconque activité et ne perturbent pas les mécanismes adaptatifs du recourant. L'expert a, en outre, précisé que les limitations fonctionnelles actuelles, à savoir, la fatigabilité, le découragement, l'indécision, la démotivation, l'évitement et le sentiment d'incapacité devant la tâche, ne sont pas uniformes au niveau des activités similaires dans tous les domaines de la vie de l'assuré, provoquant quand même des limitations tant dans la sphère professionnelle que privée, mais ne justifiant pas une incapacité de travail. Selon l'expert, ces limitations, remises en perspective avec le fonctionnement de l'intéressé, ne relèvent vraisemblablement pas d'un degré de gravité tel qu'il limiterait sa capacité de travail (OAIE pce 230 p. 48).

6.5.7 Aussi le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 7 mai 2021 peut-il se voir accorder une pleine valeur probante.

6.5.8 Les conclusions du rapport d'expertise sont confirmées par les médecins du service médical interne et par le service juridique de l'OAIE dans l'évaluation médico-juridique du 9 juin 2021 (OAIE pce 236).

6.6 Il apparaît de ce qui précède que le recourant souffrait le 25 juin 2021 principalement d'un syndrome de dysbalance musculaire par déconditionnement global, de discopathies en L4-L5 et L5-S1, sans conflit, et d'un épisode dépressif léger en rémission (F32.0).

La comparaison de ces diagnostics avec les atteintes de santé présentes le 15 novembre 2012 fait apparaître que, sur le plan somatique, le Dr L._____ a constaté une évolution globalement favorable dans le temps, sans toutefois pouvoir préciser davantage cette évolution en raison du manque d'information. Sur le plan psychiatrique, le Dr K._____ n'a pas retenu les diagnostics d'agoraphobie, de trouble panique et de trouble de l'anxiété généralisée que le Dr Q._____ avait notés en juillet 2011. Du reste, il a constaté une évolution thymique favorable.

6.7 La présence de nouveaux diagnostics tout comme la suppression de diagnostics ne constitue pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ; encore faut-il que le changement de la situation soit clairement objectivé et propre à influencer le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 5.2 ; arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2).

En l'occurrence, le Dr L._____ constate une évolution favorable des diagnostics retenus lors de l'examen clinique, sur le plan rhumatologique, du SMR du 22 juillet 2011. Toutefois, cette amélioration n'a intrinsèquement pas de conséquence sur la capacité de travail du recourant. En effet, la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle est toujours nulle et elle est entière dans une activité adaptée au profil d'effort. Partant, sur le plan somatique, la situation est restée inchangée en comparaison à la décision initiale du 15 novembre 2012.

Sur le plan psychiatrique, le Dr K._____ a expliqué que s'agissant des symptômes de la lignée dépressive, l'assuré, ne présentant plus de diminution de l'intérêt et du plaisir, d'agitation ou ralentissement psychomoteur, de sentiment de dévalorisation, se plaignait essentiellement d'une humeur fluctuante liée à ses douleurs somatiques, mais arrivant à les gérer sans difficulté, d'une fatigabilité matinale et d'une diminution de

l'aptitude à se concentrer. L'expert ne constate pas d'irritabilité chez l'assuré. En outre, l'expert a relevé que l'intéressé a décrit de manière succincte une symptomatologie dépressive réactionnelle dès 2010, en lien avec des aspects contextuels de sa vie, à savoir la fracture du poignet gauche, les douleurs lombaires, l'état de santé de sa fille aînée, souffrant d'un syndrome de Robinow, laquelle vit actuellement avec son fils de huit ans dont elle s'occupe sans difficultés. Quant aux symptômes de la lignée anxieuse (les diagnostics d'agoraphobie, de trouble panique et de l'anxiété générale), l'expert psychiatrique retient qu'il n'existe pas de signe somatique d'anxiété ni de symptômes en lien avec un trouble de panique, tel que, par exemple, une suffocation, un vertige, une sensation d'évanouissement ou de perte d'équilibre, la peur de mourir et des battements du cœur très rapide ; l'expert constate que l'intéressé présente une tendance à éviter la foule, sans toutefois présenter, quant à la lignée phobique, de peur des lieux d'où il pense qu'il serait difficile ou gênant de s'échapper, d'être secouru ou aidé, de peur irrationnelle d'une situation particulière, comme par exemple la peur de prendre l'ascenseur, l'avion ou d'un objet spécifique. Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr K._____ l'écarte aux motifs que les douleurs liées à la colonne vertébrale ne sont pas intenses ni persistantes et qu'elles ne s'accompagnent actuellement pas d'un sentiment de détresse ni d'une sollicitude accrue de son entourage. Partant, le Tribunal constate que l'expert psychiatrique motive de manière convaincante ses conclusions relatives à l'amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique.

6.8 S'agissant des griefs du recourant, il sied de constater que ce dernier allègue en substance des incohérences quant à l'évaluation de son état de santé et déclare que son état de santé n'a pas changé depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité. En outre, il reproche, d'une part, à l'autorité inférieure de s'être basée sur la documentation médicale transmise par la SGK à (…) pour rendre la décision litigieuse (TAF pce 1) et, d'autre part, trouve injuste que sa rente d'invalidité soit supprimée à cause du manque de collaboration de l'organisme de liaison en Turquie.

Quant aux incohérences relatives à l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé, le recourant ne s'explique pas en quoi consiste les incohérences alléguées. A cet égard, il sied de relever que les contestations d'ordre général et abstrait ne sont d'aucun secours au recourant. En effet, le Tribunal rappelle que les experts ont tenu compte dans leur appréciation des plaintes du recourant, en motivant leurs conclusions lorsqu'ils ont retenu ou écarté un diagnostic, et qu'ils

disposaient de l'ensemble du dossier médical de l'intéressé, hormis le rapport médical et l'ordonnance médicale du 19 octobre 2018 du Dr D._____ mais dont l'absence n'a pas eu d'incidence in casu sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire (cf. supra consid. 6.4.1). En l'absence de toute motivation de la part du recourant, il sied, partant, d'écarter ses allégations quant aux incohérences relatives à l'évaluation de son état de santé. Contrairement aux reproches de l'intéressé, l'autorité inférieure ne s'est pas basée sur la documentation médicale transmise par la SGK à (…) pour le simple motif que cet organisme de liaison n'a transmis aucun document médical à l'OAIE, raison pour laquelle l'autorité inférieure a supprimé la rente d'invalidité de l'intéressé avec effet au 30 septembre 2019 et a mis en place diverses mesures d'instruction afin d'obtenir les éléments médicaux nécessaires permettant de se prononcer sur l'état de santé de l'intéressé dont notamment l'expertise du 7 mai 2021. La présente décision litigieuse repose ainsi sur la documentation transmise par l'intéressé en septembre 2019, l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 ainsi que les avis médicaux des médecins du SMR.

En outre, le recourant allègue qu'il ne pourrait pas trouver un emploi respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts médicaux en raison de la situation économique locale. En effet, selon ses dires, il n'existerait que des activités lourdes, n'offrant pas de sécurité sociale. Ses allégations ne reposent sur aucune preuve et ne sont pas convaincantes. C'est le lieu de rappeler que la jurisprudence du Tribunal fédéral a déduit l'obligation de l'assuré de se réadapter professionnellement du principe de la réduction du dommage ; l'assuré doit entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son atteinte à la santé sur le plan professionnel (cf. notamment l'art. 7a LAI ; ATF 138 V 457 consid. 3.2 ; ATF 114 V 281 consid. 3a). En l'occurrence, dans sa prise de position du 28 octobre 2019, le Dr T._____, médecin SMR, a donné plusieurs exemples de domaines d'activités respectant le profil d'effort de l'intéressé, soit diverses activités dans le secteur industriel, tel qu'ouvrier non qualifié, dans le secteur du commerce en général, tel que magasinier ou encore vendeur en général dans le commerce de détail (OAIE pce 148). Ainsi, il est difficile d'imaginer que l'assuré ne puisse pas trouver un emploi, adapté à son état de santé (soit, les activités n'impliquant pas le port de charges supérieures à 5 kg, de monter et de descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité ; OAIE pce 230 p. 28). Partant, les allégations de l'intéressé ne sont pas pertinentes.

S'agissant des rapports des médecins traitants, du 19 octobre 2018, du 18 septembre 2019 et du 6 février 2020, transmis par le recourant dans le cadre de la procédure de révision, il sied de constater que ces rapports ne contiennent pas d'éléments ou diagnostics nouveaux n'ayant pas l'objet d'une appréciation médicale de la part des experts du CEML. Le rapport médical du Dr D._____ du 19 octobre 2018 constate en substance que le recourant souffre d'une atteinte lombaire et au poignet et ne mentionne aucune limitation fonctionnelle ni ne contient d'informations sur sa capacité de travail (OAIE pce 130). Les auteurs du rapport médical du 18 septembre 2019 notent que sur le plan orthopédique, l'intéressé doit éviter d'effectuer des travaux lourds, en raison de l'atteinte lombaire, que l'examen neurologique est la norme et que sur le plan psychiatrique, le recourant souffre d'un trouble d'anxiété mais ne bénéficie d'aucun traitement psychiatrique, il a en substance une conscience ouverte, est orienté et euthymique (OAIE pce 145 et 146). Dans son certificat médical du 6 février 2020, Dr J._____ indique que la dernière consultation du recourant remonte à 2018 et qu'il présente toujours un état anxiodépressif et se plaint de lombalgies chroniques et de douleurs au poignet gauche (OAIE pce 162 p. 1). Il sied de relever que les atteintes mentionnées par les médecins traitants de l'intéressé ont fait l'objet d'un examen par les experts du CEML et qu'en substance, les conclusions des médecins traitants du recourant et celles des experts du CEML s'accordent dans une large mesure. Partant, les rapports médicaux des médecins traitants ne lui sont d'aucune utilité.

6.9 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le recourant n'a pas réussi à mettre en doute les conclusions de l'expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique du 7 mai 2021 et qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que son état de santé s'est modifié notablement depuis la décision du 15 novembre 2012, en particulier sur le plan psychiatrique. L'assuré présente depuis septembre 2019 une pleine capacité de travail dans une activité de substitution, n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg, de monter et de descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité.

7.

7.1 Il reste à déterminer si l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'autorité inférieure est conforme au droit.

7.2 Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés ayant exercé précédemment une activité à plein temps, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28*a* al. 1 LAI et 16 LPGA).

7.3 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la révision du droit à la rente, soit en l'espèce, le 18 septembre 2019, date retenue pour l'amélioration de l'état de santé. En outre, 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 ; 128 V 174 consid. 4a).

7.4

7.4.1 Les revenus doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré après et avant la survenance de l'invalidité. À défaut d'un salaire de référence de personne valide dans des rapports de travail stables mettant pleinement en valeur la capacité de travail de l'assuré, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) ou si les circonstances le justifient et le permettent sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 ; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). En cas de perte d'emploi due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes (arrêts du TF 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1 ; 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités ; cf. aussi arrêts du TF 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1 et 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2).

Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité de travail, respectivement sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (cf. arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). Il y a lieu de se référer en principe toujours aux données de l'ESS les plus

récentes (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et 4, 142 V 178 consid. 2.5.8.1; arrêts du TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1, 8C_520/ 2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.1). Sont déterminantes les données publiées au moment de la décision attaquée et non celles qui l'ont été plus tard (arrêt du TF 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 et les réf.).

7.4.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé ou ne pouvant être pris en considération du fait de ne pas correspondre à la capacité résiduelle de travail exigible de l'assuré, la jurisprudence admet pour le revenu d'invalide la référence au groupe des tableaux « A », correspondant aux salaires bruts standardisés, de l'ESS (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa ; arrêt du TF 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé ; ATF 126 V 75 consid. 7a ; arrêt du TF 8C_124/2021 cité consid. 4.4.2).

7.4.3 L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce – une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) – et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation.

7.4.4 La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1) qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. notamment arrêts du TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2 ; 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références citées). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, mais il ne faut pas non plus poser des exigences

excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (arrêts du TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 ; 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2). L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles et correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2).

7.5 En l'espèce, l'autorité inférieure a évalué le degré d'invalidité de l'assuré au 18 septembre 2019 à l'aune d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée au profil d'effort, n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg, de monter et de descendre des échelles et des échafaudages et de surcharger le rachis dans sa totalité.

Pour éviter une distorsion par l'indexation sur une longue durée d'un salaire versé il y a de nombreuses années, l'OAIE a indiqué établir, de manière exceptionnelle, le salaire sans invalidité avec les données statistiques de l'OFS (OAIE pce 154). Ainsi, l'autorité inférieure, se référant au revenu de l'ESS 2016 à la table TA1_tirage_skill_level dans la branche de la construction (41-43), a retenu un salaire mensuel de 5'508 francs pour une durée hebdomadaire de 40 heures. Elle a ajusté ce salaire à l'horaire usuel de la branche en 2016 de 41.4 heures par semaine, soit un salaire mensuel de 5'600 francs 78 (5'508 francs x 41.4h / 40h). Quant au salaire d'invalide, l'OAIE a indiqué un salaire mensuel de 5'340 francs, en se basant sur le niveau de compétence 1 du secteur privé en générale (1-96), pour un horaire hebdomadaire de 40 heures. L'horaire usuel de la branche étant de 41.7 heures par semaine en 2016, le salaire mensuel se monte ainsi à 5'566 francs 95 (5'340 francs x 41.7h / 40h). De plus, l'autorité inférieure a effectué un abattement de 10% en raison de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, en particulier l'âge (49 ans en 2019), les limitations fonctionnelles, l'ancienneté dans l'entreprise (9 ans), la période d'inactivité ayant éloigné l'intéressé du marché de travail (10 ans) et le manque de formation. Ainsi, elle a retenu un salaire mensuel de 5'010 francs 26 (5'566 francs 95 x 0.9) dans une activité de substitution tenant compte du profil d'effort et d'un abattement de 10%. La perte de gain est alors de 690 francs 52, soit un taux d'invalidité de 12.11% (5'700 francs 78 – 5'010 francs 26) x 100 / 5'700 francs 78).

En l'occurrence, le Tribunal constate que le calcul de comparaison des salaires effectué par l'autorité inférieure n'est pas critiquable et que le recourant n'a soulevé aucun grief à l'encontre de ce calcul dans son recours. En effet, le revenu antérieur à l'invalidité du recourant ne pouvant

pas être exactement chiffré, le recours subsidiaire aux données statistiques est admissible en l'espèce. En outre, l'OAIE s'est référé aux bonnes branches d'activité professionnelle exigible. Certes, il peut être reproché à l'autorité inférieure de ne pas avoir utilisé les données statistiques les plus récentes publiées, soit l'ESS 2018, publiée en 2020, dans la mesure où la jurisprudence constante du Tribunal fédéral l'exige (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.3 ; arrêt du TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.1). Toutefois, la situation reste inchangée même avec les données de l'ESS de 2018, soit le taux d'invalidité serait de 12.44% (revenu sans invalidité : 5'622 francs x 41.3 heures / 40 heures = 5'804 francs 71 ; revenu avec invalidité : 5'417 francs x 41.7 heures / 40 heures = 5'647 francs 22 ; revenu avec invalidité avec réduction de 10% : 5'647 francs 22 x 0.9 = 5'082 francs 50 ; taux d'invalidité : 5'804 francs 71 – 5'082 francs 50 / 5'804 francs 71 x 100% = 12.44 %).

7.6 Vu ce qui précède, la suppression de la rente d'invalidité entière peut être confirmée.

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

Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, 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 peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne concernée n'est pas en mesure − pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail − de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêts du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2).

Ainsi, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne concernée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une

diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'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 médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), 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 dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. 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 et 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées), 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 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 5.1 et les références citées ; arrêt du TAF C-7370/2016 du 23 mars 2018 consid. 13.2.1). En l'absence d'une telle volonté ou aptitude subjective de réadaptation de la part de la personne concernée, l'administration peut en effet refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du TF I 370/98 du 26 août 1999, publié in : Pratique VSI 3/2002, p. 111). Dans la mesure où ils sont déterminants pour la question de la réadaptation par soi-même raisonnablement exigible de la part d'un assuré, le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55ème année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4 ; voir également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2018/2021 du 4 mars 2022 consid. 20.5).

En l'occurrence, il ressort du dossier que le recourant a perçu une rente d'invalidité entière du 1er septembre 2010 au 31 juillet 2021, soit durant presque 11 ans. Le recourant était âgé de 51 ans révolus au jour où la décision litigieuse a été rendue. Selon la jurisprudence rappelée précédemment, il n'y a pas lieu de présumer que l'assuré n'est pas en mesure d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut

raisonnablement attendre de lui pour tirer profit de sa capacité de travail. Le Tribunal considère qu'une réadaptation par soi-même est exigible. Il est tout à fait possible au recourant de mettre à profit sa capacité de travail sur un marché équilibré, toute activité lucrative légère étant exigible avec les limitations répertoriées.

8.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité inférieure a supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant dès le 1er août 2021, considérant qu'il disposait d'une capacité de travail de 100%, entraînant une incapacité de gain insuffisante pour bénéficier d'une rente d'invalidité, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par conséquent, le recours est rejeté et la décision litigieuse du 25 juin 2021 est confirmée.

9.

Le recourant, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à 800 francs (art. 63 al. 1 PA ; voir également art. 69 al. 1bis et 2 LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 23).

Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit aux dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En vertu de l'art. 7 al. 3 FITAF, l'autorité inférieure n'a pas droit aux dépens.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure de 800 francs sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance sur les frais, d'un même montant, versée en cause le 21 avril 2022.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège : La greffière :

Caroline Bissegger Müjde Atak

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 :