



Arrêt du 15 mars 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Regina Derrer, Viktoria Helfenstein, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (Philippines)
représenté par Maître Michel de Palma,
De Palma & Fontana,
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 20 juillet 2021).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : le recourant, l'assuré, l'intéressé), ressortissant suisse né en 1966 et père de quatre enfants nés entre 1991 et 2003, s'est formé à (...) dans le domaine de la serrurerie de 1982 à 1985, puis a travaillé en Suisse en qualité de monteur dès 1998. Dans ce contexte, il a cotisé à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (OAIE pces 2, 4, 6, 8).

A.a Au mois de janvier 2001, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en relation avec une incapacité de travail attestée depuis septembre 2000 en raison d'un état de fatigue, de rigidités musculaires, de céphalées, de douleurs articulaires et au niveau du dos, de pertes de mémoire ainsi que de difficultés de concentration (demande du 8 janvier 2001, OAIE pces 2, 5 et 9 ss).

A.a.a Entre autres mesures d'instructions, l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : l'office AI) a mis en œuvre une expertise auprès du Dr C._____, spécialiste FMH en orthopédie.

Dans son rapport du 15 juin 2001, ce médecin a retenu au titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail une fibromyalgie (« *Fibromyalgie-Syndrom* »), un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires sur ostéochondroses/spondylarthroses L3/4 et L4/5 ainsi qu'un syndrome douloureux des vertèbres cervicales sur légère chondrite C5/6. Ont en outre été observés, sans que cela n'influence toutefois la capacité de travail, une ostéosclérose dégénérative des articulations sacro-iliaques, une sérologie positive à la syphilis, un rétrécissement urétral (« *Harnröhrenstriktur* »), une probable colite ulcéreuse, ainsi qu'un status après fracture ouverte de l'index et du pouce droits.

Cela étant, le Dr C._____ a exclu toute reprise par l'assuré de son ancienne activité de monteur, proposant une réinsertion progressive dans une activité adaptée, soit une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant ni de travaux prolongés en position debout, ni le port de charges supérieures à 10 à 15 kg. Ainsi, moyennant un accompagnement et un traitement appropriés, l'assuré devrait à terme être en mesure de fournir des performances normales (OAIE pce 11).

A.a.b Dès novembre 2001, une réadaptation sous la forme d'une réinsertion professionnelle a été mise en œuvre auprès de D._____ en Valais et de E._____ à (...). Ces mesures ont toutefois été interrompues en juin

2002 en raison du manque de motivation de l'intéressé, à qui une capacité de travail de l'ordre de 50 % a été reconnue (OAIE pces 14 ss).

A.a.c Après s'être prononcé sur les droits de l'assuré par préavis du 29 octobre 2002 (OAIE pces 39 et 41), contesté par correspondance du 15 novembre 2002 (OAIE pce 43), l'office AI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH (OAIE pce 50).

A suivre son rapport du 15 mai 2003 (OAIE pce 47) – ainsi que son complément du 2 juin 2003 (OAIE pce 52) –, l'assuré présente comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail un syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.10), une personnalité anankastique (CIM-10 F60.5), une utilisation d'alcool nocive pour la santé (CIM-10 F10.1), un syndrome de fibromyalgie, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires sur légères dégénérescences. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a repris en substance ceux énoncés par le Dr C. _____ dans son rapport du 15 juin 2001.

A suivre le Dr F. _____, le syndrome douloureux persistant, le trouble dépressif récurrent ainsi que le trouble de la personnalité diagnostiqués chez l'assuré entraînent une incapacité de travail de 50 % dans une activité légère (« *Aus psychiatrischer Sicht liegen, wie oben ausgeführt, eine charakterneurotische Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige Episode einer rezidivierend depressiven Störung und somatoforme Schmerzstörungen vor. Diese Störungen schränken die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht etwa 50% für leichtere Arbeiten ein* », p. 8 expertise). Vu le manque de motivation observé au cours des mesures de réadaptation, l'expert formule toutefois un pronostic défavorable quant à la réintégration de l'assuré.

A.a.d Dans une prise de position du 23 octobre 2003, le service médical de l'assurance-invalidité a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50 % dans des activités respectant les limitations énoncées par le Dr C. _____ (OAIE pce 61). Aussi, par décision du 28 octobre 2003, l'office AI a alloué à l'assuré une rente complète d'invalidité de juillet 2001 à juin 2002, puis une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 62,77 % résultant de la comparaison entre un revenu de valide de Fr. 64'947.25 et un revenu d'invalidité de Fr. 24'180.15 évalués sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; OAIE pce 62).

A.b En mai 2004, l'intéressé a quitté la Suisse pour s'installer aux Philippines (OAIE pce 71). Par décision du 28 octobre 2004, après avoir exclu – au vu essentiellement de renseignements fournis par l'assuré en réponse à un « questionnaire pour révision de rente » – toute évolution significative des circonstances médicales (OAIE pces 66 ss), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a porté la rente de l'assuré à trois-quatre de rente en application des dispositions de la 4^{ème} révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (OAIE pce 74).

A.c Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en 2007 (OAIE pce 78ss), le Dr G. _____ – médecin de spécialisation inconnue pratiquant aux Philippines et suivant l'assuré depuis 2005 en raison de ses douleurs au dos – a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de gastrite et de dépression ; aussi a-t-il pris acte des douleurs aux muscles, de la faible concentration, de l'irritabilité et des pertes de mémoire évoqués par l'assuré. En guise de traitement, une médication à base de morphine et d'antalgiques a été attestée par ce médecin, qui reconnaît à l'assuré une capacité de travail de 10 % dans son ancienne activité (rapport du 11 février 2008, OAIE pce 82 ; cf. également OAIE pce 86). Cela étant, s'appuyant sur une prise de position de son service médical (OAIE pce 89), l'OAIE a communiqué à l'assuré le maintien de sa rente d'invalidité en raison d'un état de fait resté inchangé (communication du 27 juin 2008, OAIE pce 90).

A.d Le 19 novembre 2010 est décédée l'épouse de l'assuré (OAIE pce 97). Par conséquent et afin de tenir compte du droit de ce dernier à une rente de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants et à une rente de l'assurance-invalidité, l'OAIE lui a alloué une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2010 (décision du 10 juin 2011, OAIE pces 99 s).

A.e En mars 2013, dans le contexte d'une nouvelle procédure de révision (OAIE pces 108 ss), le Dr G. _____ a réitéré le diagnostic de fibromyalgie, lequel se manifeste sous la forme de douleurs, principalement au dos, entraînant, d'une part, des limitations au niveau du rachis et des extrémités et, d'autre part, des mouvements déficitaires, une marche laborieuse et une grande fatigabilité. L'état mental est caractérisé par une humeur dépressive. Aux dires du médecin-traitant, la symptomatologie de l'assuré – qui s'est aggravée au cours des dernières années – l'empêche de réaliser des tâches quotidiennes et d'acquiescer des activités physiques modérées. Aussi l'intéressé demeure-t-il capable d'exercer de façon régulière des travaux légers proscrivant le risque de chute, l'exposition à l'humidité, au froid,

à la chaleur et aux émanations, ne nécessitant pas de travail posté ou nocturne et n'impliquant pas de flexion répétée, de port ou levage de charges et de gravir des plans inclinés, échelles ou escaliers. Excluant que l'assuré puisse en l'état exercer un travail adapté, le Dr G._____ reconnaît qu'une réadaptation et le suivi d'une médication à base de morphine 30mg et de diazépam sont susceptibles d'améliorer l'état de santé de ce dernier (OAIE pce 118).

Après avoir saisi l'avis de son médecin-conseil – qui exclut au vu du rapport ci-dessus toute modification de l'état de santé de l'assuré (OAIE pce 122) –, l'OAIE a maintenu les prestations allouées par communication du 14 juin 2013 (OAIE pce 123).

B.

En mai 2016, l'OAIE a ouvert une nouvelle procédure de révision (OAIE pce 132).

B.a Dans un rapport médical du 21 juillet 2016, le Dr H._____ – médecin spécialisé en médecine de la douleur et en anesthésiologie suivant l'assuré depuis juillet 2014 – a retenu un diagnostic de fibromyalgie donnant lieu à une médication à base de morphine par 2 tablettes quotidiennes de 10mg et de prégabaline à récurrence de 4 tablettes de 50mg par jour. Au plan mental, le médecin a constaté une humeur dépressive. En outre, des limitations provoquées par les douleurs sont observées au rachis et aux membres inférieurs et supérieurs, de même que sont décrits des mouvements déficitaires et une marche laborieuse. Cela étant, n'observant pas de changement depuis son précédent examen, le Dr H._____ a exclu chez l'assuré toute capacité résiduelle de travail (OAIE pce 136).

B.b Sur initiative de son service médical (OAIE pce 140), l'OAIE a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès des Drs I._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et J._____, psychiatre et psychothérapeute FMH (OAIE pce 141 ss).

B.b.a Dans son rapport du 27 avril 2017 (OAIE pce 163), le Dr I._____ a désigné comme diagnostics incapacitants les troubles dégénératifs mis en évidence par les radiologies réalisées (« *radiologisch pathologische Befunde* », p. 9 expertise) sous la forme essentiellement d'articulations sacro-iliaques discrètement sclérosées, usées et affectées d'arthrose, d'une arthrose légère au niveau de la deuxième phalange de l'annuaire droit, d'un status après fracture du métacarpe du pouce, d'une ostéochondrose légère liée à l'âge au niveau de la 6^{ème} vertèbre cervicale accompagnée

d'une lordose physiologique, d'une 12^{ème} vertèbre dorsale raccourcie (« *Stummelrippe von BWK 12* »), d'une scoliose légèrement convexe au niveau du bassin ainsi que d'une ostéochondrose légère et liée à l'âge au niveau des vertèbres lombaires 3 à 5 (p. 6 expertise).

Au titre par ailleurs de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu un syndrome douloureux chronique diffus sans élément somatique clair, associé à des éléments non pathologiques ainsi qu'à une fibromyalgie primaire et se manifestant sous la forme de polyarthralgie des articulations axiales et périphériques – elles-mêmes rapportées à un syndrome panvertébral avec irradiations diffuses à la tête et aux extrémités –, des douleurs diffuses à la pression ainsi que des plaintes multiples telles que troubles du sommeil et de la concentration, fatigue, céphalées et douleurs à la zone abdominale et à la poitrine. Ont également été rapportés comme diagnostics non-incapacitants une neurasthénie, une dyspepsie anamnesticque, un trouble de la glycogénose ainsi qu'un tabagisme.

Dans ces conditions, le Dr I. _____ a conclu que d'un point de vue purement somatique, la capacité de travail de l'assuré n'est plus limitée de manière durable depuis des années, peut-être déjà depuis l'expertise du Dr C. _____ de 2001. A dire d'expert, l'assuré dispose ainsi d'une pleine capacité de travail dans une activité modérément exigeante (« *mittelgradig körperlich belasten* ») n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 à 25 kg (p. 18 et 19 expertise).

B.b.b Dans un rapport daté du 27 avril 2017 également (OAIE pce 165), le Dr J. _____ a retenu le diagnostic de neurasthénie avec : (i) status après trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4) et images radiologiques pathologiques ; (ii) troubles dépressifs, aujourd'hui guéris (F32.4/F33.4) ; (iii) traits de personnalité accentués (perfectionniste, anankastique, histrionique et narcissique, Z73.1) ; et (iv) utilisation de dérivés morphiniques prescrits.

De là, l'expert a observé qu'en comparaison avec la situation au moment de la réalisation de l'expertise du Dr F. _____ de mai 2003, l'état de santé de l'assuré a connu une amélioration substantielle, sous la forme de la rémission du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif. Ainsi, en avril 2017, il ne demeure chez l'intéressé qu'un syndrome neurasthénique et des traits de la personnalité accentués, ces états n'ayant toutefois pas valeur de maladie et n'entraînant pas de répercussion sur la capacité de travail.

B.c Dans une prise de position du 2 mars 2017, le Dr H. _____ a réitéré que l'assuré poursuit son traitement à base de Morphine 10 mg et de Pregabalin 50 mg en raison de douleurs chroniques rapportées à une fibromyalgie (OAIE pce 169). Par la suite, dans un rapport du 15 mai 2017, le Dr K. _____ – médecin SMR spécialisé en médecine générale – a constaté, sur la base des rapports des Drs I. _____ et J. _____, que « *l'état de santé a changé de manière significative au point de modifier l'incapacité de travail* ». Partant, le médecin-conseil reconnaît à l'assuré une pleine capacité de travail pour un travail léger à modéré dans un local tempéré, permettant d'alterner les postions assise et debout et ne sollicitant pas la colonne vertébrale de manière répétitive (OAIE pce 171).

B.d Par décision du 25 juin 2018 et après que les Drs L. _____, M. _____ et N. _____ – médecins SMR spécialisés en psychiatrie, respectivement en rhumatologie – ont observé que rien au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions des experts I. _____ et J. _____ (OAIE pces 190, 193 et 194), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, autorité inférieure) a supprimé avec effet au 1^{er} août 2018 la rente de l'assuré, lui reconnaissant une invalidité de 24 % insuffisante pour fonder le droit aux prestations (OAIE pce 203).

B.e Saisi d'un recours contre la décision susmentionnée du 25 juin 2018, le Tribunal administratif fédéral l'a admis par arrêt C-4986/2018 du 27 juillet 2020 et a renvoyé la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Singulièrement, la cour de céans a considéré que l'instruction mise en œuvre au plan psychique était équivoque sur l'existence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, de sorte qu'il se justifiait pour l'OAIE de « compléter l'expertise du Dr J. _____ en invitant ce spécialiste à désigner précisément en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de rente » (OAIE pce 226 ; cf. également rapport du Dr O. _____ du 31 octobre 2018 versé en procédure judiciaire, OAIE pce 211).

B.f Suite à ce jugement de renvoi, l'OAIE a repris l'instruction de la cause.

B.f.a Dans un questionnaire complété le 9 novembre 2020, l'assuré a ainsi expliqué passer la plupart de son temps dans sa chambre sans énergie ni force, affecté encore par son trouble dépressif récurrent. Aussi se considère-t-il « totalement limité », ses douleurs étant même aggravées par les travaux les plus légers (questionnaire révision complété le 9 novembre 2020, OAIE pce 233).

B.f.a Dans un complément d'expertise du 11 février 2021, le Dr J. _____ a réitéré que depuis la première expertise psychiatrique, l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré avec la rémission des troubles diagnostiqués par le Dr F. _____, observant néanmoins qu'une « comparaison n'est toutefois possible que de manière limitée » vu les lacunes de l'expertise réalisée par ce dernier médecin (« *es wird daraufhin im Vergleich [zum Gutachten von Dr F. _____] die Remission einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Störung sowie eine ebenso wesentliche Verbesserung der postulierten Pathologie der Persönlichkeit im April 2017 festgestellt. Bei einer ungenügenden Referenz ist dieser Vergleich jedoch [...] nur eingeschränkt möglich* »; OAIE pce 245).

B.f.b Dans une prise de position du 26 avril 2021, le Dr L. _____ a considéré que le rapport complémentaire du Dr J. _____ – circonstancié et convaincant – permet de confirmer les conclusions de son expertise du 27 avril 2017 (OAIE pce 250). De là, par décision du 20 juillet 2021, l'OAIE a supprimé avec effet au 1^{er} septembre 2018 la rente de l'assuré, évaluant son degré d'invalidité à 24 % en référence à sa précédente décision (OAIE pce 259 ; cf. également projet de décision du 10 mai 2021 et écriture de l'assuré du 11 juin 2021, OAIE pces 251 et 257).

C.

L'assuré interjette recours contre la décision du 20 juillet 2021, dont il demande l'annulation, reprochant notamment à l'OAIE d'avoir commis un déni de justice. A titre principale, il conclut à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 25 juin 2018 et, subsidiairement, à ce qu'une instruction complémentaire soit réalisée (TAF pce 1). À l'appui de son recours, l'intéressé a déposé une prise de position du 21 juin 2021 dans laquelle le Dr P. _____ explique suivre ce dernier en raison d'un état dépressif et d'une fibromyalgie (TAF pce 1 annexe 3).

Dans sa réponse du 13 décembre 2021, l'OAIE a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (OAIE pce 6). Aussi l'Office a-t-il versé en cause une appréciation du Dr L. _____, qui réitère ses précédentes observations et observe que la prise de position du Dr P. _____ n'apporte pas d'éléments nouveaux (rapport du 9 novembre 2021, OAIE pce 6).

L'échange d'écritures a été clôturé après que les parties aient réitéré leur position dans des écritures respectives des 2 février 2022, 11 mars 2022, et 2 mai 2022 (TAF pces 8 ss).

Droit :**1.**

1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître des recours dirigés contre les décisions de l'OAIE (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision de l'OAIE du 20 juillet 2021. En présence d'une décision concernant les prestations litigieuses, les moyens tirés du recours pour déni de justice au sens de l'art. 46a PA apparaissent en revanche sans objet et doivent être déclarés irrecevables (cf. arrêt du TF 9C_220/2022 du 11 août 2022 consid. 1).

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise. Il se limite en principe aux griefs soulevés et peut concentrer son examen sur ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3) ; il n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 135 I 91 consid. 2.1 ; ATAF 2014/24 consid. 2.2. et réf. citées).

3.

Au plan formel, le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'autorité précédente aurait procédé à une constatation inexacte des faits pertinents et violé le principe de l'instruction.

Cela étant, il se plaint en réalité d'une mauvaise appréciation des preuves et soulève ainsi un grief de nature matériel qui sera examiné avec le fond du litige (dans un contexte similaire, cf. arrêt du TF 8C_287/2017 du 6 février 2018 consid. 3.2 et réf. citées).

4.

Le litige a pour objet l'étendue du droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018. Compte tenu des conclusions des parties, il porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré a connu une modification notable justifiant de réviser la rente d'invalidité allouée à l'assuré depuis juillet 2002.

5.

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 144 V 210 consid. 4.3. 1 et les références), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dans la mesure où la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date (arrêt du TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 4. 1). Les dispositions visées seront par conséquent citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Pour le surplus, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant est domicilié aux Philippines, pays avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale (ci-après : la Convention ; RS 0.831.109.645.1). Ce nonobstant, en présence d'un ressortissant suisse ayant cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité suisse s'examine exclusivement en application du droit suisse (art. 6 de la Convention, en relation avec ses art. 2 al. 1 let. b, 3 al. 1 let. a et 5 al. 1).

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

trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

5.2 En vertu de 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. Aux termes par ailleurs de l'art. 88a al. 1 RAI, l'amélioration de la capacité de gain n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une interruption prochaine soit à craindre.

Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment: arrêt TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

5.3 On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et 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 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

5.3.1 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêt TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

5.3.2 En particulier, pour être retenues à la base d'une perte de gain, les atteintes à la santé psychique supposent la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1, 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les experts doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient en mesure d'apprécier définitivement cette capacité (ATF 140 V 193 consid. 3.2) à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3). Selon cette jurisprudence, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indicateurs qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et

des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418).

Cela étant, l'évaluation de l'incapacité de travail fournie lege artis par l'expert-psychiatre est soumise au libre examen de l'autorité chargée d'appliquer le droit, qui pourra s'en écarter en présence de raisons valables (« *aus triftigen Gründen* » ; ATF 148 V 49 consid. 6). Tel est le cas lorsque l'hypothèse médico-psychiatrique d'une incapacité de travail n'est finalement pas assez sûre et convaincante en termes de résultat et au regard de la charge matérielle de la preuve (« *entscheidender Gesichtswinkel* ») que supporte l'assuré en vertu de l'art. 8 LPGA. Singulièrement, l'autorité doit vérifier si et dans quelle mesure les experts médicaux ont motivé de manière suffisante et compréhensible leur évaluation de l'incapacité de travail en tenant compte des indicateurs déterminants (thèmes de la preuve). A cet égard, il est déterminant pour les spécialistes consultés de faire le lien avec la partie de l'expertise médico-psychiatrique qui précède (avec extrait du dossier, anamnèse, résultats, diagnostics, etc.), c'est-à-dire de se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques recueillis dans le cadre d'un examen clinique et de l'exploration professionnelle relevant de leur compétence. Aussi le médecin doit-il exposer de manière circonstanciée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques de l'assuré sur les plans qualitatif, quantitatif et temporel (ATF 143 V 418 consid. 6). En d'autres termes, il ne suffit pas que l'expert psychiatrique conclue à une incapacité de travail en référence uniquement au diagnostic retenu ; il doit bien plus démontrer et développer ses conclusions en relation avec ses constatations et en tenant compte de toutes les particularités du cas d'espèce. Si l'expert s'acquitte de cette tâche de manière convaincante et en tenant compte des indicateurs standards développés dans l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique des conséquences sera également valable pour l'autorité d'application du droit. Dans le cas contraire, il existe une raison valable qui impose juridiquement de s'en écarter (cf. sur l'ensemble : ATF 148 V 49 consid. 6.2 et 145 V 361 consid. 4.3).

5.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Le juge doit ainsi examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1 et les références ; arrêt du TF 9C_4718/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). En outre, dans le cadre d'une révision, les constatations médicales doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. A défaut, elles seront dénuées de valeur probante, faute d'aborder les points litigieux de façon circonstanciée (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.22).

5.5 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vrai-

semblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

6.

Dans le cas d'espèce, l'autorité précédente a valablement examiné l'existence d'un motif de révision au regard de l'évolution de la situation médicale de l'assuré depuis la décision initiale de rente du 28 octobre 2003. En effet, ni la décision de l'OAIE du 28 octobre 2004 – qui s'insère essentiellement dans le contexte de la 4^{ème} révision de la LAI –, ni les communications des 27 juin 2008 et 14 juin 2013 ne reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (consid. 5.2 ci-avant). Quant à la décision du 25 juin 2018, elle a été annulée par arrêt de la cour de céans du 27 juillet 2020 et n'apparaît ainsi pas décisive dans le cas d'espèce (sur ces aspects, cf. ATF 147 V 167).

Cela étant, en se fondant principalement sur l'expertise du Dr C. _____ du 15 juin 2001 et sur celle du Dr F. _____ du 15 mai 2003, l'assureur-invalidité a considéré – dans sa décision initiale de rente – que le recourant présentait au plan rhumatologique une fibromyalgie et un syndrome douloureux chronique compatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit, en substance, une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 10 à 15 kg ; à cela s'ajoutait une incapacité de travail de 50 % admise en relation avec le syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), le trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.10) et le trouble de la personnalité (CIM-10 F60.5) diagnostiqués au plan psychiatrique. Dans la décision attaquée, l'autorité précédente considère que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré depuis la décision initiale de rente, avec principalement la rémission des troubles psychiques incapacitants. Pour ce faire, elle se base essentiellement sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire des Drs I. _____ et J. _____ du 27 avril 2017 ainsi que du complément d'expertise du Dr J. _____ du 11 février 2021. Aussi l'OAIE conclut-il que le recourant présente désormais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques.

Reprochant à l'autorité précédente d'avoir établi les faits de manière erronée et d'avoir procédé à une appréciation incorrecte des preuves, le recourant soutient pour sa part ne pas être en mesure de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Il considère par conséquent être totalement invalide, soutenant ainsi implicitement que sa situation s'est péjorée

depuis l'octroi en 2002 d'une rente partielle d'invalidité. Dans ce contexte, il se prévaut principalement des prises de position des Drs H._____, P._____, F._____, Q._____, C._____ et G._____, ainsi que de l'arrêt C-4986/2018 du 27 juillet 2020, reprochant à l'OAIE de ne pas avoir mis en œuvre l'instruction requise par la cour de céans et d'avoir de ce fait manqué à la maxime inquisitoire.

7.

7.1 En l'occurrence, après avoir retranscrit l'anamnèse de l'assuré, le Dr C._____ a expliqué dans son rapport du 15 juin 2001 que ce dernier se plaint au premier plan de douleurs au dos – essentiellement lombaires avec irradiations dans les cuisses – accentuées à l'effort ou en position debout et présentes depuis 7 à 8 ans avec une aggravation depuis mars 2000. Au niveau des extrémités par ailleurs, l'intéressé évoque des douleurs liées au port de charges. L'examen clinique mené par l'expert a essentiellement permis d'observer des sensibilités à la pression (« *Druckpunkte* » ; « *Druckempfindlichkeit* ») au niveau de la musculature de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, du trapèze, des poignets, du fémur et des genoux. Quant aux examens diagnostics réalisés depuis 1993, ils ont documenté diverses affections de la colonne vertébrale et du sacrum, soit en particulier de l'ostéochondrose, de l'arthrose ainsi que des discopathies affectant les segments L3 à L5, C5 et C6.

Cela étant, le Dr C._____ a constaté que les atteintes observées aux vertèbres L3/4 et L4/5 s'étaient aggravées au cours des dernières années en dépit des traitements de physiothérapie instaurés, retenant que cette évolution défavorable allait à l'avenir se poursuivre. A l'inverse, les troubles cervicaux sont restés en grande partie stationnaires. Par ailleurs, confirmant le diagnostic de fibromyalgie rapporté par le Dr Q._____ – spécialiste en médecine interne – en présence de 14 « tender points » sur 18 (rapport du Dr Q._____ du 14 novembre 2000, OAIE pce 86 p. 3) ainsi que par les spécialistes du centre de réhabilitation R._____ au terme d'un séjour du 17 janvier au 7 février 2001 (OAIE pce 49), l'expert a admis des effets correspondants sur la capacité de travail de l'assuré (« *Dagegen muss die von Dr. med. Q._____ diagnostizierte und in der Rheumaklinik Leukerbad ebenfalls dargelegte Fibromyalgietendenz aufgrund der deutlichen mehrfachen Tenderpoints bestätigt werden, mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten* », expertise, p. 8 ; cf. également p. 11).

Retenant ainsi les diagnostics incapacitants de fibromyalgie (« *Fibromyalgie-Syndrom* ») et de syndrome douloureux chronique des vertèbres lombaires et cervicales, le Dr C. _____ a reconnu à l'assuré une capacité de travail dans une activité légère permettant d'alterner les positions de travail et n'impliquant ni de travaux prolongés en position debout, ni le port de charges supérieures à 10 à 15 kg.

7.2 De son côté, dans son expertise de 2003, le Dr F. _____ a relevé à l'anamnèse un traumatisme vécu par l'assuré durant son enfance, lorsque celui-ci a été querellé par des voisins plus âgés. Durant son apprentissage ensuite, l'intéressé a été affecté par la mort d'un collègue de travail, après quoi il a développé des pensées dépressives ainsi qu'un rapport nocif à l'alcool. A la suite de la chronicisation de ses douleurs aux vertèbres, il a de surcroît développé des humeurs dépressives, particulièrement prononcées en octobre 2002. Cela étant, quelques séances de psychothérapie ont été mises en œuvre dès octobre 2002 auprès du centre de psychiatrie S. _____, qui a attesté d'une médication à base de Celebrex 200mg, de Mydocalm et de Valium 5mg (rapport du 26 novembre 2002, OAIE pce 44).

Toujours selon le Dr F. _____, l'assuré se plaint au plan subjectif essentiellement de douleurs handicapantes et d'intensité irrégulière au niveau du dos, de la nuque, des coudes et des genoux. Il exprime en outre une humeur dépressive avec parfois une volonté de se suicider ainsi que des difficultés de concentration. Au status psychique, est décrit un assuré orienté, présentant une capacité à mémoriser intacte, une bonne intelligence et une capacité de concentration normale. Sa personnalité est marquée par un sentiment dépressif ainsi que par des traits perfectionnistes et obsessionnels. Cela étant, aux yeux de l'expert, le diagnostic de trouble de la personnalité apparaît au premier plan, avec des composantes relevant de la phobie sociale et du manque de confiance en soi. L'état dépressif, qui se manifeste de façon récidivante depuis l'adolescence, est marqué depuis plusieurs années par l'influence des douleurs chroniques et d'une situation sociale, familiale et professionnelle fragile. Quant aux multiples douleurs – qui ont de nouveau été rapportées à un syndrome de fibromyalgie par le centre R. _____ à l'issue d'une cure du 19 mars au 8 avril 2003, au terme de laquelle un traitement à base de Valium et de Tryptisol 20mg était prescrit (OAIE pce 49) –, l'expert les met partiellement en relation avec la structure de caractère de l'assuré, des conflits socio-familiaux ainsi qu'avec la problématique d'estime de soi ; aussi observe-t-il que ces facteurs ont pour effet d'aggraver les douleurs et motivent par conséquent le diagnostic de syndrome douloureux persistant.

Dans ces conditions, le Dr F. _____ conclut que le syndrome douloureux persistant, le trouble dépressif récurrent ainsi que le trouble de la personnalité diagnostiqués chez l'assuré entraînent une incapacité de travail de 50 % dans une activité légère (« *Aus psychiatrischer Sicht liegen, wie oben ausgeführt, eine charakterneurotische Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige Episode einer rezidivierend depressiven Störung und somatoforme Schmerzstörungen vor. Diese Störungen schränken die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht etwa 50% für leichtere Arbeiten ein* », p. 8 expertise).

8.

8.1 Relativement à la situation en vigueur au moment de la révision, le Dr I. _____ a observé dans son rapport du 27 avril 2017 une importante discrédence entre les plaintes de l'assuré d'une part et son status clinique et objectif d'autre part. Ainsi, les dégénérescences objectivées par les examens diagnostics au niveau de la main droite et de la colonne vertébrale essentiellement sont de faibles intensités (« *Leichtgradige* »), respectivement correspondent à l'âge de l'assuré. De même, au plan objectif et sous réserve des quelques limitations liées aux lésions radiologiques, l'examen clinique est essentiellement normal. Or, ce nonobstant, l'assuré se plaint d'importantes douleurs au niveau des tissus mous et du dos notamment, lesquelles s'expliquent plus par des facteurs n'ayant pas valeur de maladie que par un substrat organique objectivable. Dans ce contexte, en présence de symptômes inorganiques essentiellement et d'une attitude démonstrative de l'assuré, l'expert retient le diagnostic de fibromyalgie primaire, dont les manifestations ne sont la plupart du temps pas expliquées par un substrat somatique quelconque. Observant de façon abstraite que le rhumatologue ne peut justifier de restrictions de la capacité de travail que sur la base de plaintes somatiques justifiables ou de constatations organiques, l'expert reproche au Dr C. _____ d'avoir fait preuve d'une erreur de jugement (« *Fehleinschätzung* ») en admettant, dans son expertise de 2001, une incapacité de travail en raison du syndrome de fibromyalgie, sans investiguer davantage la nature des plaintes exprimées par l'assuré et sans solliciter l'avis d'un psychiatre (expertise, p. 11 et 12). Aussi l'évaluation de la capacité de travail fournie par le Dr C. _____ est-elle qualifiée de trop généreuse (« *sehr grosszügig* ») par le Dr I. _____, qui exprime ne pas être convaincu par les conclusions de la première expertise rhumatologique, laquelle ne met en définitive pas en évidence de limitations durables de la capacité de travail de l'assuré ; à cela s'ajoute selon l'expert que la description des plaintes contenue dans cette première expertise ne permet pas au lecteur de se faire une représentation fiable de l'état de santé de

l'intéressé au moment de sa réalisation. Néanmoins, s'en remettant essentiellement aux constatations cliniques, le Dr I. _____ observe que depuis le rapport du Dr G. _____ du 20 mars 2013 – ou du moins depuis celui du Dr H. _____ du 9 août 2016 (expertise p. 18) –, l'assuré présente, par rapport à 2001, une faible amélioration (« *leichtgradige Verbesserung* ») de son état de santé principalement en relation avec ses genoux, son index droit, ainsi que sa colonne vertébrale, qui connaît un regain de mobilité lombaire (p. 13 à 16 expertise).

Ainsi, en dépit des troubles dégénératifs observés au niveau des articulations sacro-iliaques et de l'annuaire droit, du status après fracture du métacarpe du pouce ainsi que des troubles du rachis, le Dr I. _____ retient que la capacité de travail de l'assuré n'est plus limitée de manière durable depuis des années, peut-être déjà depuis l'expertise du Dr C. _____ de 2001. Aussi reconnaît-il à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité modérément exigeante (« *mittelgradig körperlich belastend* ») n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 à 25 kg (p. 18 et 19 expertise).

8.2 Au plan psychique, le Dr J. _____ a reproduit dans ses rapports des 27 avril 2017 et 11 février 2021 l'anamnèse de l'assuré et a résumé son dossier médical, observant que les prises de position fournies par les médecins non spécialisés en psychiatrie documentent une amélioration de l'état psychique de l'assuré dès son emménagement aux Philippines en 2004, les humeurs dépressives mentionnées en 2008 et 2013 n'étant pas corroborés en référence à la CIM-10. Par ailleurs, l'expert a décrit la façon dont l'intéressé structure ses journées et a rapporté les plaintes exprimées par celui-ci, à savoir principalement un état de fatigue, un trouble de la concentration, des douleurs d'intensité variable au niveau de la nuque, du dos et des genoux ainsi qu'une humeur dépressive. Aussi le status clinique est-il décrit par l'expert, qui observe un assuré dans un bon état général, démontrant une bonne intelligence, adapté socialement, compétent, cohérent et éveillé, aucun syndrome dépressif n'étant objectivé au test MADRS-S, le test MMPI-2 mettant en revanche en évidence un assuré retiré, découragé, ralenti, rigide, exigeant et histrionique.

Selon les explications de l'expert, l'assuré a subi dans les suites en 2000/2001 d'un syndrome douloureux chronique et de pressions sociales importantes une première décompensation psychique sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux et d'un épisode dépressif moyen. Il s'en est suivi une accentuation des traits narcissique et histrionique de sa personnalité ainsi qu'une consommation accrue d'alcool. Cela étant, à dire

d'expert, ces troubles sont désormais guéris. En particulier, aucune atteinte au sens de la catégorie F45 de la CIM-10 n'est constatée par le Dr J._____. En effet, la caractéristique d'un trouble somatoforme est de manière générale la présentation répétée de symptômes physiques, associés à des demandes persistantes d'examens médicaux malgré des résultats négatifs répétés et l'assurance des médecins que les symptômes ne sont pas justifiables sur le plan physique ; or, un tel comportement n'est pas documenté dans l'expertise réalisée en 2003 au-delà de l'évaluation subjective de l'assuré et n'a au demeurant pas été observé lors de l'évaluation de 2017, où l'assuré ni ne se plaint de douleurs persistantes, sévères et pénibles, ni ne formule dans ce contexte des demandes particulières. De même, l'épisode dépressif diagnostiqué n'est pas décrit de manière compréhensible par le premier expert, ses constatations objectives – très peu nombreuses – illustrant une atteinte d'un degré de gravité correspondant non pas à un épisode dépressif au sens de la CIM-10 F3x, mais plutôt à une humeur-anxieuse dépressive ; ainsi le Dr F._____ n'a-t-il pas observé chez l'assuré de rigidité affective, de véritable inhibition de l'élan vital ou de symptômes d'une gravité ou longueur suffisantes pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent, soit-il de faible gravité. Observant que les symptômes observés – à savoir, au premier plan, un syndrome neurasthénique résiduel – ne sont pas suffisamment graves ou de longue durée pour admettre un état dépressif, même léger, le Dr J._____ retient que le « trouble dépressif évoqué au dossier est en rémission et n'a pas valeur de maladie », mais constitue l'expression de certains de ses traits de personnalité (« *Die in den Akten postulierte depressive Störung ist remittiert und kann auch nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert bestätigt werden* »). D'ailleurs, contrairement à l'avis du Dr F._____ – qui étaye ses conclusions de façon trop succincte et sans qu'il ne soit possible de vérifier si les critères diagnostics sont effectivement remplis avec une vraisemblance suffisante –, les traits accentués de personnalité observés chez l'assuré, au vu de leur gravité, constituent des variantes de la norme (« *Varianten der Norm* »), susceptibles d'influencer l'état de santé (CIM-10 Z73.1), mais n'ayant pas valeur de maladie au sens de la CIM-10. Aussi le diagnostic de trouble de la personnalité (F60.5) doit-il être exclu.

De là, l'expert retient qu'en comparaison avec la situation au moment de la réalisation de l'expertise du Dr F._____ de mai 2003, l'état de santé de l'assuré au jour de l'examen a connu une amélioration substantielle, sous la forme de la rémission du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif. Ainsi, en avril 2017, il ne demeure chez l'intéressé qu'un syndrome neurasthénique et des traits de la personnalité accentués, ces états

n'ayant toutefois pas valeur de maladie et n'entraînant pas de répercussion sur la capacité de travail. A dires d'expert, une « comparaison n'est toutefois possible que de manière limitée » vu les lacunes de l'expertise réalisée par le Dr F._____, qui n'étaye pas suffisamment ses diagnostics à la lumière d'un système de classification médical (« *es wird daraufhin im Vergleich [zum Gutachten von Dr F._____] die Remission einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Störung sowie eine ebenso wesentliche Verbesserung der postulierten Pathologie der Persönlichkeit im April 2017 festgestellt. Bei einer ungenügenden Referenz ist dieser Vergleich jedoch [...] nur eingeschränkt möglich* »).

Invité à désigner précisément la manière dont l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la décision initiale de rente, l'expert a observé ne pas avoir constaté de trouble de la concentration lors de son examen du 16 avril 2017 ; au plan affectif, l'assuré était équilibré, calme, serein, bon vivant (« *geniesserisch* ») et capable de rire, sourire et plaisanter de manière appropriée ; aussi présentait-il une accentuation de certains traits de la personnalité (perfectionniste / anankastique, histrionique, narcissique) sans que cela ne soit constitutif d'un trouble de la personnalité. En comparaison, le Dr F._____ mentionnait comme résultats objectifs frappants – c'est-à-dire pathologiques – une capacité de concentration limitée « douteuse » et décrivait au plan affectif un assuré perfectionniste, nerveux, tendu, peu sûr de lui, anxieux en arrière-plan et au moins moyennement dépressif. Cela étant, l'expert explique que « la classification des résultats en mai 2003 comme épisode dépressif modéré ne peut plus être confirmée en avril 2017 en raison d'un changement clairement objectif de la situation clinique [; la] récupération par l'assuré d'une pleine capacité de travail [échouant] depuis le début en raison de son auto-limitation ».

9.

Cela étant et ainsi que cela a été retenu dans le jugement de renvoi du 27 juillet 2020 précité – auquel il peut à cet égard être renvoyé (consid. 6.2.1 de l'arrêt C-498/2018) –, les appréciations des Drs I._____ et J._____ des 27 avril 2017 sont complètes et objectives. En tant qu'ils se prononcent sur la situation prévalant au jour de l'examen, les experts – spécialisés dans les disciplines concernées – procèdent en effet à une discussion claire des circonstances médicales susceptibles d'influencer la capacité de travail de l'assuré, énonçant précisément les raisons retenues à la base de leur position. En outre, les Drs I._____ et J._____ ont dressé l'anamnèse détaillée de l'assuré en résumant systématiquement les pièces médicales importantes versées au dossier, ont consigné avec précision les plaintes exprimées par celui-ci et ont dressé son tableau clinique complet.

Quoiqu'en dise le recourant, on ne voit par ailleurs pas que l'autorité précédente ait ignoré les instructions formulées par la cour de céans dans son arrêt du 27 juillet 2020. A l'inverse, le complément d'expertise requis a été mis en œuvre et le Dr J. _____ a été expressément invité à désigner en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de rente et à expliquer si la rémission des diagnostics retenus initialement est corroborée par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par le recouvrement d'une pleine capacité de travail. Vu l'objet des questions complémentaires adressées au Dr J. _____ – de nature largement rétrospective –, il n'apparaît pour le surplus pas décisif que son appréciation du 11 février 2021 ne résulte pas d'un nouvel examen personnel de l'assuré.

Au demeurant, on n'identifie aucun indice concret ou circonstance particulière remettant en cause la cohérence des évaluations des Drs I. _____ et J. _____ des 27 avril 2017 et 11 février 2021. Particulièrement succinctes, les appréciations médicales postérieures dont se prévaut le recourant – soit principalement celles de ses médecins traitants les Drs H. _____ et P. _____ – n'apportent en particulier pas d'éléments objectifs ignorés par les experts et ne sauraient raisonnablement suffire à établir une aggravation de l'état de santé de l'assuré, quoiqu'il en dise.

9.1 Dans ces conditions, on peut admettre avec l'autorité inférieure que les expertises des Drs I. _____ et J. _____ présentent une valeur probante suffisante. Il n'apparaît pour autant pas d'emblée que les constatations de ces médecins mettent en évidence une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision de rente du 28 octobre 2003.

9.1.1 Comme déjà observé dans l'arrêt C-4986/2018 de renvoi du 27 juillet 2020, cette éventualité doit être écartée d'emblée s'agissant des troubles somatiques, respectivement des atteintes rhumatologiques. En effet, lorsqu'il se prononce sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis la décision initiale de rente, le Dr I. _____ observe uniquement de faibles améliorations du status clinique, en particulier au niveau des extrémités et de la colonne vertébrale. Pour autant, aucune amélioration notable de la capacité de travail n'est attestée en relation avec cette évolution. Ainsi, l'expert n'y fait plus référence lorsqu'il dresse le profil d'exigibilité médicothéorique de l'assuré. Il retient en revanche que d'un point de vue strictement somatique, la capacité de travail du recourant n'a jamais réellement été restreinte de manière permanente. Qualifiant de trop généreux le profil d'exigibilité dressé par le Dr C. _____ – qui tiendrait compte à tort de symptômes ne trouvant pas de substrat organique – le Dr I. _____ fournit

ainsi davantage une appréciation nouvelle d'un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé. Certes, l'expert exclut de façon péremptoire toute limitation de la capacité de travail de l'assuré « *en raison de l'amélioration de l'état de santé* » (« *Aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der seit dem orthopädischen Gutachten vom 15.06.01 ausgewiesen ist, kann ich spätestens seit diesem aktuellen Gutachten für eine angepasste Verweistätigkeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründen* », expertise p. 19, OAIE pce 163). En présence d'améliorations expressément qualifiées de faibles par l'expert (« *leichtgradige Verbesserung* »), cette assertion – qui intervient d'ailleurs précisément lorsque ce dernier critique l'appréciation initiale de son confrère C._____ – ne saurait toutefois suffire à elle seule à retenir l'existence d'un changement clairement objectivé des circonstances médicales pertinentes.

9.1.2 La situation au plan psychique est tout autant équivoque. Ainsi, il apparaît manifeste que le Dr J._____ ne partage pas l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assuré fournie par le Dr F._____ à l'occasion de l'expertise réalisée en 2003. Dans son expertise du 27 avril 2017 comme dans son rapport complémentaire du 11 février 2021, le Dr J._____ critique en effet expressément les diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble somatoforme retenus par son confrère, considérant que les symptômes caractéristiques de ces atteintes – en particulier les douleurs persistantes, importantes et atroces – ne ressortent pas du rapport d'expertise du Dr F._____ ; par ailleurs, faute de documenter une rigidité affective, de véritable inhibition de l'élan vital ou des symptômes d'une gravité ou longueur suffisantes, les constatations objectives consignées par le premier expert illustrent aux yeux du Dr J._____ une atteinte d'un degré de gravité correspondant non pas à un épisode dépressif au sens de la CIM-10, mais plutôt à une humeur anxio-dépressive n'ayant pas valeur de maladie. Dans la mesure où elles doivent être assimilées à l'expression d'une opinion divergente, de telles considérations ne sauraient toutefois fonder un motif de révision.

Il se pose ainsi uniquement la question de savoir si en dépit de cette divergence d'opinion, l'expertise du Dr J._____ met en évidence une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. A cet égard, et contrairement à ce que suggère l'expert, on peut exclure d'emblée que les rapports médicaux obtenus dans les suites de la décision de rente du 28 octobre 2003 soient décisifs. Comme déjà énoncé par la cour de céans dans son arrêt du 27 juillet 2020, il faut en effet bien constater que le recourant n'a plus fait l'objet d'investigations médicales approfondies suite à l'expertise du Dr

F._____. Ainsi, les pièces médicales postérieures à la décision initiale de rente attestent tout au plus que l'intéressé a poursuivi le traitement médicamenteux à base d'antidouleurs et d'antidépresseurs instauré déjà en 2003 et qu'il a continué à être pris en charge aux Philippines en raison essentiellement d'une symptomatologie douloureuse, que ses médecins-traitants ont systématiquement rapportée à une fibromyalgie (OAIE pces 103, 106, 147, 152, 165 et 200 essentiellement). Ces rapports médicaux, tant ils sont succincts, ne disent en revanche rien de la façon dont les symptômes de l'intéressé se sont manifestés entre 2003 et 2017 et ne permettent pas d'établir la manière dont le tableau clinique de celui-ci a évolué. Aussi ne voit-on pas que l'on puisse en déduire un changement clairement objectivé de la situation psychique de l'assuré, quand bien même ces prises de position ne documenteraient pas un tableau clinique évocateur de troubles psychiques incapacitants (dans ce contexte, cf. arrêt du TF 9C_860/2015 du 1er juin 2016 consid. 4.3). D'ailleurs, s'il retient que les rapports médicaux fournis par les médecins consultés aux Philippines dès 2004 documentent une amélioration de l'état psychique de l'assuré, le Dr J._____ concède expressément qu'il ne s'agit pas là d'avis de spécialistes et que ces appréciations ne sont au demeurant pas corroborées en référence à la CIM-10.

Une modification sensible de l'état de santé de l'assuré ne ressort pas non plus des constatations consignées par les experts psychiatres dans leur rapport respectif des 5 mai 2003, 27 avril 2017 et 11 février 2021. A l'inverse, force est de constater que les plaintes et le status clinique initialement rapportés par le Dr J._____ ne diffèrent pas sensiblement de ce qui est énoncé en 2003 par le Dr F._____, qui semble en revanche accorder une part plus importante aux plaintes subjectives de l'assuré. Ainsi, ces deux spécialistes décrivent un assuré dans un bon état général, dont certains traits de la personnalité sont marqués et souffrant au premier plan de douleurs diffuses, d'un syndrome neurasthénique et d'un état de fatigue, ainsi que d'une humeur dépressive, mise en relation notamment avec un contexte socio-familiale difficile. Invité à désigner précisément la manière dont l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la décision initiale de rente, le Dr J._____ a certes observé ne pas avoir retrouvé le trouble de la concentration, l'anxiété, la nervosité, le manque de confiance en soi et les traits perfectionnistes décrits par le Dr F._____. Il ne met toutefois pas cette évolution du status en corrélation avec une récupération de la capacité de travail, soutenant au contraire que celle-ci a été restreinte « dès le début » en raison de l'auto-limitation par l'assuré de ses capacités (sur ces aspects, cf. ATF 148 V 49 consid. 6.2). D'ailleurs, le Dr J._____ retient expressément qu'une comparaison des faits tels qu'ils se présentaient au

moment de la décision initiale de rente et des circonstances actuelles n'est « possible que de manière limitée » vu la difficulté à procéder à une évaluation rétrospective fiable de l'état de santé de l'assuré. De là, il apparaît douteux que l'expertise du Dr J. _____ – soit-elle conforme aux prescriptions en la matière – permette de tirer des conclusions juridiquement pertinentes sur l'évolution de la capacité de travail (cf. par analogie arrêt du TF 8C_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.3 et 6.4).

En définitive, l'expertise psychique du 27 avril 2017 et son complément du 11 février 2021 n'établissent pas à suffisance la survenance d'une modification notable de l'état de santé de l'assuré. Il n'y change rien dans ce contexte que le Dr J. _____ rapporte un « changement clairement objectif de la situation clinique » du recourant et une « amélioration substantielle » de son état psychique, avec la « rémission » du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif. Ces conclusions apparaissent en effet essentiellement déduites de ce constat que l'assuré ne présentait pas – lors de l'examen du Dr J. _____ – les diagnostics retenus à l'époque de la première expertise. En revanche, l'amélioration évoquée par ce dernier médecin n'est pas corroborée par un changement effectif et clairement objectif de la situation clinique de l'assuré et par l'amélioration, pour ce motif, des limitations fonctionnelles précédemment décrites. A cet égard, on ajoutera qu'une amélioration de l'état de santé ne peut être déduite de ce que les diagnostics retenus à l'époque par le Dr F. _____ ne le sont plus par le Dr J. _____. De jurisprudence en effet, le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Or, tel est précisément le cas en l'espèce, le Dr J. _____ critiquant d'ailleurs expressément les conclusions de son confrère F. _____ et son évaluation de la capacité de travail de l'assuré (s'agissant des traits d'appréciation inhérents aux expertises médicales, cf. ATF 148 V 49 consid. 6.2.1; pour le surplus, cf. arrêt du TF 9C_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.2.2 et réf. citées).

9.2 Indépendamment de leurs mérites, les expertises des Dr J. _____ et I. _____ ne constituent ainsi qu'une appréciation clinique différente de la situation médicale – demeurée inchangée – du recourant. Dans ces conditions, en l'absence d'un motif de révision, l'autorité précédente n'était pas en droit de revenir sur sa décision d'octroi de prestations (sur les règles en matière de fardeau de la preuve, cf. entre autres arrêt du TF 8C_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.4). La décision attaquée n'apparaîtrait d'ailleurs pas davantage fondée si elle résultait d'une reconsidération au sens de l'art. 53

al. 2 LPGA. La décision du 28 octobre 2003 ouvrant le droit à la rente d'invalidité n'a en effet pas lieu d'être qualifiée de manifestation erronée, mais apparaît fondée sur une appréciation admissible des preuves compte tenu de la situation de fait et de droit prévalant au moment de son entrée en force (ATF 125 V 383 consid. 6a ; cf. également arrêt du TF 9C_212/2021 du 22 octobre 2021 consid. 4.5).

10.

Dans ces conditions, le recours doit être admis et la décision attaquée doit être annulée sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant ou de se prononcer sur le respect des principes prévalant en matière de révision de rentes allouées durant une période prolongée (à ce propos, cf. ATF 148 V 321 consid. 7 et réf. citées).

11.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4).

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), il se justifie par ailleurs d'allouer une indemnité de dépens au recourant, représenté par un avocat. Le montant de Fr. 5'000.- réclamé à ce titre par l'assuré ne saurait toutefois être simplement repris. En effet, le travail du mandataire a ici consisté en la rédaction d'un recours (TAF pce 1), complété de quelques prises de position succinctes (TAF pces 8, 12 et 14). Le litige ne posait par ailleurs pas de questions juridiques particulières et s'insérait dans la continuation de la procédure C-4986/2018 déjà menée devant la cour de céans par le mandataire en question. A cela s'ajoute que le procès en matière d'assurances sociales est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a). Lors de telles procédures enfin, l'indemnité allouée aux parties représentées par un avocat correspond en général à un forfait de Fr. 2'800.-, frais compris (arrêt du TAF C-1028/2016 du 20 juillet 2017, consid. 10.2 et réf. cit. ; cf. également ATF 139 V 496 ainsi que les arrêts du TF 9C_474/2021, 9C_475/2021 du 20 avril 2022 consid. 6, 9C_440/2021 du 25 mars 2022 consid. 6, 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 5 et 9C_554/2019 du 21 avril 2020 consid. 6). Cela étant, on ne voit pas de raison ici de s'écarter de ce montant, qui rétribue équitablement l'intervention du mandataire du recourant, qui n'a au demeurant produit aucune note d'honoraire ni justifié d'aucune manière l'indemnité requise.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Dans la mesure où il est recevable, le recours est admis en ce sens que la décision attaquée est annulée.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il est alloué au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

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. 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 :