Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-7101/2024

Arrêt du 13 octobre 2026

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Christoph Rohrer, David Weiss, juges,
Mattia Bernardoni, greffier.

Parties

A._____**,** (France)
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 7 octobre 2024).

Faits :

A.
A._____ (ci-après : le recourant ou l'intéressé) est un ressortissant suisse, domicilié en France, né le (...) 1969 (OAIE pce 99, TAF pce 1), qui a notamment travaillé en Suisse en tant qu'aide électricien monteur à plein temps du 1er juillet 2013 au 13 janvier 2014, date à partir de laquelle il a été mis en incapacité de travail totale (OAIE pces 4, 36 p. 14 et pce 68).

A.a Le 25 juillet 2014, l'intéressé a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____ (ci-après : l'OAI-B._____ ou l'Office AI cantonal) une demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) en raison d'une hernie discale (OAIE pce 4). Par décision du 18 septembre 2015 (OAIE pce 54), l'OAI-B._____ a mis le recourant au bénéfice d'une rente ordinaire entière d'invalidité du 1er janvier 2015 au 31 mars 2015 et d'une demi-rente ordinaire d'invalidité du 1er avril 2015 au 31 mai 2015.

A.b

A.b.a Le 3 février 2016, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office AI cantonal, indiquant notamment une atteinte au niveau du ligament du genou droit (OAIE pce 56).

A.b.b Dans son rapport du 24 mai 2017, concernant l'examen clinique du 25 avril 2017 (OAIE pce 113 p. 3 ss), le Dr C._____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR], ci-après : le Dr C._____) a notamment posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs et instabilité du genou droit chroniques (déchirure partielle de la plastie du ligament croisé antérieur le 22 juin 2015, plastie du ligament croisé antérieur selon Kenneth-Jones le 23 aout 2006 et chondropathie de grade II tricompartimentale), de spondylarthropathie (sacro-iliite bilatérale, enthésite antérieure du segment L2-L3 et psoriasis cutané) [M46.10 CIM-10], de lombalgies chroniques (discarthrose lombaire étagée modérée, hernie discale L4-L5 gauche et microdiscectomie L5-S1 gauche pour hernie discale le 13 juin 2014) [Z98.8 et M 47.86 CIM-10], et de cruralgies gauches non déficitaires chroniques (M79.6 CIM-10).

Par ailleurs, le Dr C._____ a indiqué que, même si l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé, il était certain que sa capacité de travail était nulle depuis le 17 juin 2015 et de manière définitive dans l'exercice de

l'activité habituelle du recourant. Or, le médecin a également retenu une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative depuis le 17 juin 2015, soit 2 jours après une entorse du genou droit, incapacité de travail qui a été prolongée par des lombo-pygialgies bilatérales et une cruralgie gauche chroniques et qui était par ailleurs justifiée médicalement du fait du nouveau diagnostic de spondylarthropathie.

A.b.c Par décisions des 22 décembre 2017 et 23 février 2018, l'OAI-B._____ a alloué au recourant une rente ordinaire entière d'invalidité dès le 1er août 2016 (OAIE pces 129 et 133).

A.c

A.c.a Par décision du 23 mai 2019 (OAIE pce 176 p. 5 ss), l'Office AI cantonal a supprimé la rente d'invalidité avec effet dès le 1er juillet 2019 et ce sur la base notamment du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 23 janvier 2019 (OAIE pces 159 ss) des Drs D._____ (psychiatre ; ci-après : le Dr D._____) et E._____ (rhumatologue ; ci-après : le Dr E._____), du Centre d'Expertises Médicales de F._____ (ci-après : le CEMed).

A.c.b Dans leur rapport, les experts ont retenu les diagnostics de spondylarthropathie inflammatoire avec sacro-iliite radiologique et psoriasis cutané, de lombocruralgies gauches chroniques sur troubles dégénératifs et statiques, de status après cure chirurgicale de hernie discale en L5-S1 (13 juin 2014), de gonalgies droites avec status après plastie du ligament croisé antérieur (23 août 2006), rupture partielle de la plastie du ligament croisé antérieur (15 juin 2015), gonarthrose, de status après hépatite C traitée en 2007, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger réactionnel sans syndrome somatique depuis juin 2018 (F33.00 CIM-10), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance depuis 1998, actuellement abstinent (F11.20 CIM-10), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance depuis 1998, utilise actuellement la substance (F10.24 CIM-10), de possibles troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance non datable, utilise actuellement la substance (F12.24 CIM-10) et d'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1 CIM-10).

De surcroît, les experts ont indiqué que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle sur le plan rhumatologique et entière sur le plan psychique. Ils ont toutefois conclu que, dans une activité adaptée à l'état

de santé du recourant, la capacité de travail était entière tant sur le plan somatique que psychique.

A.c.c Par arrêt du 9 novembre 2021 (OAIE pce 186), le Tribunal cantonal du canton G._____ a annulé la décision du 23 mai 2019 et renvoyé la cause à l'OAI-B._____ pour instruction complémentaire. En substance, le Tribunal cantonal a estimé que les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire du 23 janvier 2019 suivies par l'OAI-B._____ n'étaient pas complètes (consid. 2.5). En particulier, les juges (…) ont mis en exergue le fait qu'il eût appartenu à l'expert rhumatologue de déterminer précisément à partir de quand la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations pouvait être retenue (consid. 2.3). En outre, sur le plan psychiatrique, le Tribunal cantonal a estimé que l'expert ne pouvait pas conclure à une capacité de travail entière du recourant dans toute activité lucrative en laissant ouverte la question décisive des effets d'une possible dépendance au cannabis sur les troubles psychiques du recourant et de l'incidence de cette dépendance sur ses ressources face à ses troubles dépressifs (consid. 2.4).

A.d Par courrier du 10 janvier 2022, l'OAI-B._____ a transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité précédente ou l'autorité inférieure) comme objet de sa compétence, le recourant ayant quitté le canton H._____ pour prendre domicile en France (OAIE pce 196).

A.e

A.e.a Donnant suite au jugement du Tribunal cantonal précité (ci-dessus, let. A.c.c), l'OAIE a mandaté le centre Swiss Expertises Médicales Sàrl, qui a rendu son rapport, rédigé par les Drs J._____ (psychiatre ; ci-après : le Dr J._____) et K._____ (rhumatologue : ci-après : le Dr K._____) en date du 12 septembre 2022 (OAIE pces 220 s.). Dans leur évaluation interdisciplinaire, les experts – qui ont examiné le recourant en date des 23 et 24 août 2022 – relèvent notamment, sur le plan rhumatologique, des douleurs importantes depuis février 2022 et, sur le plan psychiatrique, l'absence de psychopathologie incapacitante. Par ailleurs, les experts indiquent que les plaintes rapportées par le recourant sont tout à fait plausibles dans le cadre de son rhumatisme inflammatoire qui est instable au jour de l'expertise. Et les médecins d'ajouter que la situation est à réévaluer dans un délai de 3 à 6 mois et que le pronostic sera favorable si l'expertisé répond à son traitement anti-inflammatoire voire bio-thérapeutique ou conventionnel.

Aussi, les experts retiennent une incapacité de travail totale (100 %) dans l'exercice de la dernière activité lucrative depuis juin 2015, et ce sur le plan rhumatologique uniquement, la capacité de travail au motif psychiatrique ayant toujours été entière (cf. p. 23 du rapport d'expertise). En ce qui concerne l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant (sans port de charges de plus de 5-10 kg, en évitant de surcharger le rachis, les positions agenouillées, la marche sur des terrains accidentés, la montée et la descente des échelles et des échafaudages et en alternant les positions assises et debout), une telle activité ne sera possible, selon les experts, qu'après stabilisation de l'état inflammatoire. La capacité de travail a été entière (100 %) dans une activité adaptée entre février 2018 et juillet 2018, ensuite nulle pendant un mois, pour être de nouveau entière entre septembre 2018 et février 2022, mois à partir duquel elle est de nouveau nulle (cf. p. 27 du rapport).

A.e.b Dans son appréciation médico-juridique du 7 octobre 2022 (OAIE pce 230), l'autorité inférieure confère valeur probante à la nouvelle expertise des Drs J._____ et K._____, et indique que l'amélioration de l'état de santé du recourant est confirmée dès janvier 2019, date de l'expertise du CEMed (cf. ci-dessus, let. A.c.a). Et l'OAIE d'ajouter que, en février 2022, l'état de santé s'est aggravé, sous forme de rechute du rhumatisme inflammatoire, entraînant une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité lucrative. L'autorité précédente souligne que, d'après les experts, grâce à la mise en place d'un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens, une amélioration est attendue à court / moyen terme. Ainsi, l'OAIE estime qu'il est nécessaire de prévoir une révision rapprochée à environ 6 mois, afin de pouvoir se déterminer sur l'évolution effective de la maladie. Aussi, l'OAIE retient une incapacité de travail de 100 %, dès le 17 juin 2015, dans l'activité habituelle du recourant, précisant que, dans des activités adaptées à l'état de santé de l'intéressé, l'incapacité de travail est de 100 % dès le 17 juin 2015, de 0 % dès janvier 2019 et de 100 % à compter de février 2022.

A.f Par deux décisions entrées en force du 15 septembre 2023 (remplaçant une précédente décision du 28 juillet 2023 [OAIE pce 240] ainsi que les décisions des 22 décembre 2017 et 23 février 2018 [cf. ci-dessus, let. A.b.c]), l'OAIE alloue au recourant une rente ordinaire entière d'invalidité du 1er juin 2016 au 30 avril 2019 et à compter du 1er mai 2022 (OAIE pces 242 et 244).

B.

B.a Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité, le Dr L._____ (spécialiste en médecine interne, en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation auprès de l'OAIE ; ci-après : le Dr L._____), dans sa prise de position du 19 mars 2024 (OAIE pce 265), indique notamment que, du moment que l'intéressé a repris un traitement anti-inflammatoire selon les recommandations du centre Swiss Expertises Médicales Sàrl (cf. ci-dessus, let. A.e.a), la condition pour une levée de l'incapacité de travail est remplie. En conséquence, selon le Dr L._____, l'incapacité de travail dans une activité adaptée est de 0 % dès le 31 janvier 2023, date qui correspond à la révision anticipée prévue environ 6 mois après l'expertise du centre précité. Pour être adaptée, l'activité lucrative doit être exercée en position de travail assise et debout en alternance, en évitant notamment de pencher la tête en avant, de s'accroupir ou de se mettre à genoux, le port de charges de plus de 5-10 kg, les activités en équilibre ou en hauteur, ainsi que l'exposition au froid, à l'humidité et aux intempéries.

B.b Dans son avis du 21 juin 2024 (OAIE pce 271), le Dr L._____ précise que, en date du 31 janvier 2023, l'intéressé suivait depuis au moins 5 mois les recommandations du centre Swiss Expertises Médicales Sàrl de reprise du traitement anti-inflammatoire. Aussi, le Dr L._____ confirme que l'incapacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant est de 0 % dès le 31 janvier 2023 et était toujours de 0 %, inchangée et de manière définitive, à partir du 15 septembre 2023, date à laquelle une rente d'invalidité entière a notamment été allouée par l'OAIE à compter du 1er mai 2022 (cf. ci-dessus, let. A.f).

B.c Faisant suite à son projet de décision du 23 août 2024 (OAIE pce 276), l'OAIE, par décision du 7 octobre 2024, supprime la rente d'invalidité avec effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (TAF pce 2). Indiquant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité d'aide électricien à compter du 17 juin 2015, l'OAIE souligne que l'incapacité de travail dans l'exercice d'activités adaptées à l'état de santé du recourant est de 100 % depuis le mois de février 2022. En particulier, l'autorité précédente se réfère au rapport de biochimie sanguine et d'hématocytologie du 6 février 2024, à diverses ordonnances de la Dre M._____ (médecin généraliste ; ci-après : la Dre M._____) et à une feuille de soins de ce médecin pour indiquer que, à partir du 15 septembre 2023, l'état de santé s'est amélioré, et permet l'exercice d'activités lucratives adaptées à 100 %. Compte tenu de cette nouvelle capacité de travail,

l'OAIE indique que la perte de gain est de 17.04 % dès le 15 septembre 2023. Pour ce qui est de la documentation médicale produite par le recourant en procédure d'audition (ordonnance médicale du 16 août 2024 et demande de reprise du suivi rhumatologique de la Dre M._____ du 22 mars 2024), l'OAIE précise qu'elle n'est pas à même de modifier les conclusions de son service médical (cf. avis du Dr L._____ du 26 septembre 2024 [OAIE pce 281]).

C.

C.a Par acte du 31 octobre 2024 (TAF pce 1), l'intéressé interjette recours contre la décision du 7 octobre 2024 précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le Tribunal de céans), concluant en substance au maintien de sa rente d'invalidité. Mettant en exergue des limitations causées notamment par son genou et son bras droit, le recourant indique la présence de douleurs aux mains et au dos. Par ailleurs, le recourant annexe à son recours l'ordonnance médicale du 16 août 2024 citée ci-dessus.

C.b Dans sa réponse du 30 janvier 2025 (TAF pce 12), l'autorité précédente indique en particulier ne pas avoir de motifs pour s'écarter des conclusions de son service médical interne, raison pour laquelle l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise.

C.c Invité à répliquer par ordonnance du 11 février 2025 dans un délai de 30 jours dès réception de ladite ordonnance (TAF pce 13), l'intéressé informe le Tribunal, par courrier du 1er avril 2025 (TAF pce 18), être dans l'attente d'une échographie de l'épaule droite, pour ensuite revoir son médecin traitant, pour qu'il rédige un rapport.

C.d Par ordonnance du 9 avril 2025 (TAF pce 19), le Tribunal constate qu'aucune suite n'a été donnée à l'ordonnance du 11 février 2025, qu'en particulier aucune réplique n'a été produite dans le délai imparti. Par ailleurs, le Tribunal transmet une copie du courrier du recourant du 1er avril 2025 à la connaissance de l'autorité inférieure et invite l'intéressé à produire, dans un délai de 30 jours, toute nouvelle pièce médicale.

C.e Par ordonnance du 10 juin 2025 (TAF pce 21), le Tribunal constate qu'aucune suite n'a été donnée à l'ordonnance du 9 avril 2025, qu'en particulier aucune nouvelle pièce médicale n'a été produite dans le délai imparti et signale que l'échange d'écritures est en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

C.f Par courrier spontané du 24 juin 2025 (TAF pce 22), le recourant produit le rapport de la Dre M._____ du 13 juin 2025, faisant notamment état d'un patient douloureux chronique, gêné dans son quotidien par des rachialgies basses, des cervicalgies et des scapulalgies droites. Par ailleurs, le médecin relate que les douleurs nécessitent la prise quotidienne d'antalgiques niveau 2, ont des répercussions sur le sommeil et l'humeur et sont donc à l'origine d'un syndrome dépressif attribuable à un syndrome douloureux chronique.

C.g Par ordonnance du 2 juillet 2025 (TAF pce 23), le Tribunal transmet à l'OAIE une copie du courrier du recourant du 24 juin 2025 et de son annexe. En outre, le Tribunal rappelle que l'échange d'écritures est en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

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

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

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 al. 1 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon un principe général, les règles de procédure sont applicables dès leur entrée en vigueur à tous les cas en cours, sauf dispositions transitoires contraires (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2 ; 129 V 113 consid. 2.2).

1.3 Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le

surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.
Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 octobre 2024, par laquelle l'OAIE a supprimé – avec effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision – la rente ordinaire entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er mai 2022.

3.

3.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, 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 vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

3.2 Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 no

1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C−6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

4.

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

4.2 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où le recourant est un ressortissant suisse, est domicilié en France, a été assuré à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) et demande de pouvoir continuer à bénéficier d'une rente AI suisse (ATF 145 V 231 consid. 7.1 ; 143 V 354 consid. 4 ; 143 V 81 en particulier consid. 8.1). Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 par. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 par. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.3

4.3.1 Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur, dans le cadre du « Développement continu de l'AI », la modification de la LAI et de la LPGA adoptée le 19 juin 2020 (RO 2021 705 ; FF 2017 2363), ainsi que celle du 3 novembre 2021 apportée au règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; RO 2021 706).

4.3.2 Dans les cas de révision de rente, ces nouvelles dispositions s'appliquent si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021. Si cette modification s'est produite avant le 1er janvier 2022, ce sont les dispositions de la LPGA, de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88*a* RAI (cf. ci-dessous, consid. 6.5 ; arrêt du TF 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, ch. 9102 en lien avec ch. 5500 à 5505).

4.3.3 En l'espèce, l'amélioration déterminante de la capacité de gain, si elle était confirmée, se serait produite après le 1er janvier 2022, conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI. Il convient par conséquent d'appliquer à la présente cause les dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2022.

4.4 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 7 octobre 2024). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_758/2020 du 25 mai 2021 consid. 3.2 ; 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Aussi, le Tribunal ne tiendra compte du rapport médical postérieur au 7 octobre 2024 (cf. ci-dessus, let. C.f) que dans la mesure où les conditions précitées sont remplies.

5.

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

5.2 Aux termes de l'art. 28*b* LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2), tandis que pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Enfin, pour les taux d'invalidité compris entre 40 % et 49 %, les rentes s'échelonnent de façon linéaire de 25 % à 47.5 % d'une rente entière (al. 4).

6.

6.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b).

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

6.3 Tout changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, constitue un motif de révision (ATF 125 V 368 consid. 2). Ainsi, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas, par exemple, lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne justifie pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les réf. cit. ; voir également arrêt du TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 3.2). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du TF I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les réf. cit.). En matière de révision, il revient au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écarté (arrêt du TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2).

6.4

6.4.1 Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de motiver une révision, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques, de manière complète, sans que des évaluations antérieures de l'invalidité ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente ; il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (ATF 141 V 9

consid. 2.3 et 6 et les réf. cit. ; arrêt du TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.2).

6.4.2 A l'inverse, si aucune modification notable de l'état de fait n'a pu être établie selon la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'effectuer un examen du droit à la rente sous tous ses aspects factuels et juridiques et d'évaluer à nouveau le degré d'invalidité en conséquence ; la situation juridique prévalant jusqu'alors est maintenue et le droit à la prestation reste inchangé, conformément au principe régissant le fardeau de la preuve (arrêts du TF 9C_158/2012 du 5 avril 2013 consid. 3 ; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 ; MARGIT MOSER-SZELESS, JENNY CASTELLA, *in* : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire, 2e éd. 2025, ad art. 17 LPGA nos 27 et 29).

6.4.3 Dans le cadre d'une éventuelle suppression ou diminution du droit à la rente, le fardeau de la preuve relative à une modification notable du taux d'invalidité incombe à l'assureur, qui supporte les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve, laquelle doit être rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 ; arrêt du TAF C-7097/2018 du 3 avril 2023 consid. 5.1.4 et les réf. cit.).

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

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à

porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ;125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.).

Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.2.1 Ainsi, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 ; 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, ad art. 57 no 33).

7.2.2 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position des SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical interne de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ces prises de position ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 n° 43) ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Pour avoir valeur probante, ces rapports présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement soit complet (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel), contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permette l'appréciation d'un état de fait médical stabilisé et non contesté, établi de manière concordante par les médecins (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; arrêt du TAF C−2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., ad art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; arrêt du TAF C−2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

7.2.3 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-

ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales − Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; VALTERIO, op. cit., ad. art. 57 LAI n^{os} 48 et 49).

8.

8.1 En l'occurrence, la décision attaquée se fonde en particulier sur les prises de position du service médical interne de l'autorité inférieure (cf. ci-dessus, let C.b). Il s'agit ainsi de déterminer si ces appréciations médicales permettent de retenir une modification des circonstances propre à entraîner une réduction de la rente d'invalidité.

8.2

8.2.1 La décision du 15 septembre 2023 par laquelle l'OAIE a notamment mis le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2022 reposait sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du 12 septembre 2022 (cf. ci-dessus, let. A.e.a). Le rapport d'expertise précité indique, comme diagnostics incapacitants, une spondylarthrite axiale et périphérique avec psoriasis et sacro-iliite instables au jour de l'expertise, un status post chirurgie lombaire, une micro-discectomie L4-L5 en juin 2014 et un syndrome lombo-vertébral. En tant que diagnostic non incapacitant, le rapport fait état d'un syndrome de déconditionnement global, et comme diagnostics différentiels, d'un possible rhumatisme psoriasique versus spondylarthrite avec psoriasis et d'une possible polyarthrite rhumatoïde débutante (cf. p. 20 du rapport). Retenant une incapacité de travail totale dans l'exercice de toute activité lucrative à compter du mois de février 2022, les experts ont proposé de procéder à une réévaluation de la situation dans un délai de 3 à 6 mois, en raison d'un pronostic favorable si le recourant suit son traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (cf. ci-dessus, let. A.e.a et p. 45 s. du rapport d'expertise).

Dans son appréciation médico-juridique du 7 octobre 2022 (cf. ci-dessus, let. A.e.b), l'autorité précédente – qui a conféré valeur probante au rapport d'expertise du 12 septembre 2022 et reconnu donc la présence d'une rechute du rhumatisme inflammatoire dès février 2022 – a précisé que, dans le cadre de la révision à venir de la rente, il faudrait requérir un rapport

rhumatologique détaillé avec description des limitations fonctionnelles objectives, dans lequel le médecin se prononcerait notamment sur la question de savoir s'il y a eu une amélioration depuis la date de la dernière décision d'octroi de la rente d'invalidité.

8.2.2 Dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la décision dont est recours, le Dr L._____ retient les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants (cf. prise de position du 21 juin 2024 [OAIE pce 271] :

- lombalgies dès 2009, puis dès 2012 lombo-cruralgies gauches :
  - trouble dégénératif,
  - status post micro-discectomie L5-S1 le 13 juin 2014,
  - petite hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche (IRM du 28 janvier 2014),

- possible spondylarthropathie :
  - IRM du 29 juillet 2016 et du 20 novembre 2018 interprétée comme sacro-iliite bilatérale, IRM du 15 janvier 2015 interprétée comme remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques,
  - infiltration des articulations sacro-iliaques le 11 juillet 2018,
  - psoriasis cutané, genou gauche, région rétro-auriculaire et pli interfessier,

- gonalgies à droite chronique avec instabilité :
  - déchirure partielle de la plastie du ligament croisé antérieur le 15 juin 2015,
  - plastie du ligament croisé antérieur selon Kenneth-Jones le 23 août 2006.

En tant que diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, le médecin mentionne une hypertension artérielle traitée, une hépatite C ancienne, un status après utilisation de dérivés du cannabis et un tabagisme à 2 paquets par jour.

Aussi, le médecin du service médical interne de l'OAIE conclut à une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé du recourant (cf. ci-dessus, let. B.a s.).

8.3 Pour pouvoir déterminer si l'on est en présence d'une modification des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA, il convient maintenant de

comparer la situation existant lors de la dernière décision entrée en force du 15 septembre 2023 – allouant une rente entière dès le 1er mai 2022 et reposant sur une instruction matérielle complète du droit à la rente – aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 7 octobre 2024 (cf. ci-dessus, consid. 6.2).

8.3.1

8.3.1.1 Le Tribunal constate que, bien que dans l'appréciation médico-juridique du 7 octobre 2022 – à laquelle ont notamment participé deux médecins du service médical interne de l'OAIE (les Drs N._____ [spécialiste en médecine générale et en médecine physique et de réhabilitation ; ci-après : la Dre N._____] et O._____ [psychiatre et psychothérapeute ; ci-après : le Dr O._____]) – ces médecins aient demandé de requérir un rapport rhumatologique détaillé lors de la future révision de la rente (cf. ci-dessus, consid. 8.2.1), l'OAIE s'est limité à requérir, auprès du recourant, copie des actes médicaux déjà existants dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la décision entreprise (cf. OAIE pce 245). Par ailleurs, le Tribunal constate que le Dr L._____ – dans son avis du 20 novembre 2023 (OAIE pce 255) – a notamment demandé au gestionnaire en charge du dossier de requérir auprès de l'organe de liaison un rapport médical E213 dûment rempli et reprenant de manière détaillée l'anamnèse et l'évolution de l'état de santé, avec un examen clinique étayé et une description des limitations fonctionnelles. Dans son avis, le médecin du service médical interne de l'autorité inférieure a insisté sur le fait que la production du formulaire précité était nécessaire si l'intéressé n'avait pas encore consulté de rhumatologue, auquel cas un rapport de consultation aurait été requis. Or, l'OAIE n'a pas demandé ni obtenu de rapport médical détaillé portant sur l'évolution de l'état de santé du recourant après la dernière décision entrée en force. C'est ainsi uniquement sur la base d'un dossier composé par les nouvelles pièces médicales suivantes – produites en procédure de révision – que l'autorité inférieure a rendu la décision litigieuse :

- feuille de soin de la Dre M._____ comportant une facture de pharmacie du 19 septembre 2023 pour Tramadol, Ibuprofène et Lercanidipine (OAIE pce 251),

- factures de pharmacie des 13 mars 2023, 12 avril 2023, 6 mai 2023, 1er et 26 juin 2023, 24 juillet 2023, 19 septembre 2023, 20 octobre 2023, 22 et 25 novembre 2023 et 18 décembre 2023 pour Tramadol et Ibuprofène notamment (OAIE pces 258 ss),

- ordonnances médicales des 27 février 2023, 26 mai 2023, 23 août 2023, 22 novembre 2023 et 16 août 2024 pour Tramadol et Ibuprofène notamment (OAIE pces 258 ss et 278),

- analyses de laboratoire du 6 février 2024 (OAIE pce 262),

- demande de reprise de suivi rhumatologique de la Dre M._____ du 22 mars 2024 (OAIE pce 277).

8.3.1.2 Malgré l'absence d'un rapport médical détaillé – pourtant estimé nécessaire par le service médical interne de l'OAIE pour pouvoir se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant –, le Dr L._____, qui met de nouveau en exergue, dans sa dernière prise de position du 26 septembre 2024 (OAIE pce 281), qu'un rapport rhumatologique étayé comprenant une anamnèse, l'évolution de l'état de santé, un examen physique et la description des limitations fonctionnelles fait toujours défaut, confirme l'amélioration de l'état de santé du recourant. En dépit du constat de l'absence d'un rapport médical complet, le Dr L._____, pour justifier son appréciation, indique que, comme recommandé par le Dr K._____ lors de son expertise du mois d'août 2022, le recourant a repris un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien interrompu en février 2022 et l'a maintenu, précisant que ce traitement est connu pour son effet favorable sur l'état de santé de l'intéressé (cf. prise de position du 21 juin 2024 [OAIE pce 271]). Par ailleurs, le Dr L._____ se réfère aux analyses de laboratoire du 6 février 2024 pour appuyer son appréciation, soulignant que les résultats de ces analyses révèlent une amélioration des paramètres inflammatoires avec une VS (vitesse de sédimentation) qui s'est normalisée à 4 mm (norme < 20) et une CRP (protéine C-réactive) diminuée à 12 mg/l (norme < 5).

8.3.1.3 Le Tribunal constate que les analyses de laboratoire précitées permettent de retenir, comme l'indique le Dr L._____ (cf. prise de position du 21 juin 2024), une régression de l'inflammation. En effet, lors de l'expertise du mois d'août 2022, les examens de laboratoire faisaient état d'une VS à 38 mm et d'une CRP à 15.1 mg/l, ce qui avait été interprété comme un signe de présence d'un syndrome inflammatoire (cf. p. 41 du rapport d'expertise). Or, s'il est certes vrai que les analyses du 6 février 2024 indiquent des valeurs plus basses, il n'en demeure pas moins que la CRP reste au-dessus de la norme (cf. consid. ci-dessus). Le médecin du service médical interne de l'OAIE explique en particulier, dans sa prise de position du 19 mars 2024 (OAIE pce 265), que la CRP est un marqueur précoce de la réaction inflammatoire et se normalise rapidement après la

disparition de la source d'inflammation, ajoutant qu'une augmentation de la CRP n'est pas spécifique d'un rhumatisme inflammatoire. Aussi, le Dr L._____ indique que la VS est régulièrement augmentée en cas de syndrome inflammatoire et que, contrairement à la CRP, la VS n'augmente et ne diminue pas rapidement avec l'apparition ou la disparition d'une inflammation.

8.3.1.4 En particulier, le Tribunal de céans ne saurait tirer aucune conclusion, au degré de la vraisemblance prépondérante, des derniers résultats de laboratoire – ni de l'analyse qu'en fait le Dr L._____ – sur la capacité de travail du recourant. Celle-ci ne peut en effet pas être fixée sur la base de tests sanguins ou d'ordonnances médicales qui, s'ils peuvent certes attester de la prescription et de la prise de médicaments pouvant contribuer à la réduction de la VS et de la CRP – dont la valeur ne s'est pas normalisée –, ne permettent pas de retenir, à eux seuls, une modification notable de l'état de santé de l'intéressé (ou de ses conséquences sur la capacité de gain de ce dernier) lui permettant de reprendre à 100 % l'exercice d'une activité lucrative. Par ailleurs, les analyses de laboratoire du 6 février 2024 n'ont à l'évidence pas été déterminantes pour le Dr L._____, qui a fixé le début de l'amélioration de l'état de santé au 31 janvier 2023 – date correspondant à la révision anticipée prévue de la rente selon le médecin (cf. ci-dessus, let. B.a ; OAIE pce 265) –, laissant ainsi clairement entendre que ce n'est pas sur la seule base de résultats des tests sanguins qu'il a forgé son appréciation. Bien plutôt, au lieu d'attester une amélioration de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision entrée en force du 15 septembre 2023, le médecin du service médical interne de l'autorité inférieure émet des doutes concernant l'expertise réalisée par le Dr K._____ en date du 23 août 2022, expertise qui a justifié l'octroi de la rente entière d'invalidité à compter du mois de mai 2022 (cf. ci-dessus, let. A.e.b s.).

8.3.1.5 En effet, le Tribunal constate que, dans le rapport d'expertise du 12 septembre 2022, le Dr K._____ écrit clairement « présence d'un syndrome inflammatoire » lorsqu'il commente les résultats de laboratoire précités (cf. p. 41 du rapport). Par ailleurs, lorsqu'il commente le rapport d'échographie et des mains du 23 août 2022, l'expert rhumatologue indique des atteintes mixtes inflammatoires et dégénératives (p. 43 du rapport d'expertise). De surcroît, comme illustré ci-dessus (let. A.e.a), le rapport d'expertise fait état de plaintes exprimées par l'intéressé tout à fait plausibles dans le cadre du rhumatisme inflammatoire, que les experts jugent comme étant instable au jour de l'expertise.

Le Dr L._____, lorsqu'il se réfère au rapport d'expertise précité, indique notamment que la faible intensité du suivi médical ne concorde pas avec la présence d'une spondylarthropathie inflammatoire (cf. prise de position du 19 mars 2024 [OAIE pce 265 p. 2]). Et le médecin du service médical interne de l'autorité précédente d'ajouter que, par rapport à 2017, les performances du recourant sont restées stables ou se sont même améliorées, soulignant qu'en 2017, l'intéressé annonçait que la conduite automobile lui était possible par périodes de 30 minutes (cf. rapport du Dr C._____ du 24 mai 2017 [OAIE pce 113 p. 7]), contre un trajet de 7 heures en 2022 avec des pauses (cf. rapport d'expertise du 12 septembre 2022 p. 19). Le Dr L._____ souligne également qu'en 2017, la marche n'était pas limitée et qu'en 2022, le recourant était toujours en mesure de faire des promenades ainsi que de jardiner et de bricoler (cf. p. 30 du rapport d'expertise précité). Plus particulièrement, en ce qui concerne le rhumatisme inflammatoire retenu par le Dr K._____, et dont la rechute dès février 2022 constatée par ce dernier (cf. p. 25 du rapport d'expertise) a justifié l'octroi d'une rente entière dès le 1er mai 2022 par décision entrée en force du 15 septembre 2023, le Dr L._____ estime que, sur le plan des examens cliniques et de l'imagerie radiologique, l'examen clinique du Dr K._____ était compatible avec un possible rhumatisme inflammatoire sans manifestations aigues ou des lombalgies communes (cf. p. 2 de la prise de position du Dr L._____ du 19 mars 2024). Or, cela revient à remettre en doute l'appréciation du Dr K._____, qui n'a pas indiqué que le rhumatisme inflammatoire était juste *possible*.

8.3.2 Sur le vu de ce qui précède, le Tribunal constate que l'appréciation du Dr L._____ ne permet pas de retenir un changement propre à fonder un motif de révision selon l'art. 17 LPGA, étant rappelé qu'un motif de révision doit clairement ressortir du dossier et qu'il revient au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail (cf. ci-dessus, consid. 6.3). Remettant en question les constatations faites et les conclusions tirées par l'expert rhumatologue (le Dr K._____) dans le rapport du 12 septembre 2022 – rapport ayant servi de fondement à la dernière décision entrée en force du 15 septembre 2023 – , le Dr L._____, qui fait remonter une prétendue amélioration de la capacité de travail du recourant à une époque antérieure à la décision précitée – soit au 31 janvier 2023, date qui ne correspond à aucune pièce médicale – , a apprécié différemment une situation qui n'a pas notablement changé. En effet, les pièces médicales reçues en procédure de révision ne sont pas à même de prouver un changement des circonstances pouvant justifier une nouvelle capacité de travail depuis la décision d'octroi de la rente entière à

compter du 1er mai 2022, étant rappelé que le fardeau de la preuve incombe à l'OAIE (cf. ci-dessus, consid. 6.4.3). Le Dr L._____ a certes motivé son appréciation, mais l'on ne saurait perdre de vue qu'une évaluation médicale considérée pour elle-même en soi complète, convaincante, qui serait probante dans le cadre d'une évaluation initiale à la base de l'octroi initial des prestations (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a), ne revêt pas la valeur probante juridique requise si l'évaluation médicale (par rapport à une évaluation médicale antérieure divergente) n'établit pas suffisamment dans quelle mesure un changement effectif de l'état de santé a eu lieu. La question de savoir si un tel changement s'est produit ou si, du point de vue de la révision, il ne s'agit que d'une appréciation médicale différente et sans grande signification d'un état de santé resté inchangé, doit être examinée avec le plus grand soin, notamment au vu de ses conséquences pour la personne concernée. La simple possibilité d'un tel changement ne suffit pas. Il faut qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du TF 9C_244/2017 du 26 octobre 2017 consid. 4.2.1 ; 8C_160/2017 du 22 juin 2017 consid. 2.2 ; 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et 4.2).

8.3.3 Ainsi, en se limitant essentiellement à livrer sa propre appréciation d'une situation médicale constatée dans le cadre d'une décision entrée en force et ayant autorité de chose décidée et en ne s'appuyant que sur de nouvelles ordonnances médicales et de nouveaux tests de laboratoire qui mettent certes en exergue une légère régression de l'inflammation mais qui sont dépourvus d'une évaluation complète de l'évolution de la pathologie, le médecin du service médical interne de l'OAIE ne fournit pas les éléments propres à justifier une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA.

9.

De manière contraire à l'art. 17 LPGA, l'autorité inférieure a ainsi fait siennes les conclusions de son service médical, concluant à une amélioration de la capacité de travail résiduelle du recourant. En ce qui concerne le nouveau rapport de la Dre M._____ du 13 juin 2025 produit en procédure de recours (cf. ci-dessus, let. C.f), dans la mesure où il doit être pris en compte car il porte sur l'état de santé du recourant tel qu'il était avant la date de la décision litigieuse, il n'apporte pas d'éléments ayant valeur probante permettant de retenir un motif de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ci-dessus, consid. 4.4), le médecin ne se prononçant pas sur l'évolution de l'état de santé du recourant à compter du 15 septembre 2023. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause, la documentation versée au dossier n'étant pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état

de santé du recourant, les limitations fonctionnelles qu'il subit, leurs conséquences sur sa capacité de travail, ainsi que leur évolution dès le 15 septembre 2023. Il y a donc lieu de procéder à une instruction complémentaire.

10.

10.1 Aux termes de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les réf. cit.), lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10.2 Afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant au-delà du 15 septembre 2023 – soit à compter de la date de la dernière décision entrée en force – l'autorité précédente mettra en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en Suisse (cf. art. 44 LPGA) en médecine interne, rhumatologie, psychiatrie – étant rappelé que, dans son dernier rapport (cf. ci-dessus, let. C.f) la Dre M._____ fait notamment état d'un syndrome dépressif – et dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.3). En particulier, la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4), qui se prononceront également sur l'impact des médicaments sur la capacité de travail du recourant.

11.
Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 7 octobre 2024 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

12.

12.1 Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr. 800.- (TAF pces 5 et 7) versée par le recourant lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

12.2 En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 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), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure en particulier où le recourant n'est pas représenté, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens (art. 7 al. 4 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis en ce sens que la décision de l’autorité inférieure du 7 octobre 2024 est annulée et la cause renvoyée à l’OAIE pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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 n’est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l’OFAS.

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

La présidente du collège : Le greffier :

Caroline Bissegger Mattia Bernardoni

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, 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 :