

BVGer C-4010/2010 vom 26. Juni 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4010_2010

FR: TAF C-4010/2010 du 26 juin 2012

IT: TAF C-4010/2010 del 26 giugno 2012

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012).

E. 3

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en novembre 2008 et que l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1er juillet 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

E. 4

L'invalidité au sens de la LPGa et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale,

d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

E. 5

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Le Tribunal fédéral a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins mandatés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2; 9C_101/2010 du 5 août 2010 consid. 3.3.3).

E. 6

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en supprimant la rente entière d'invalidité de l'intéressé à partir du 1er juillet 2010 par la voie de la révision.

E. 7

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en

force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2). En présence d'un changement notable de l'état de fait, il convient de réexaminer le droit à la rente sous tous ses aspects aussi bien en ce qui concerne le droit que les faits, sans être lié par la décision d'octroi de rente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_72/2010 du 17 juin 2010 consid. 2).

E. 8

En l'espèce, lors de l'octroi initial de la rente, les documents suivants ont été versés à la cause.

E. 8.1

Dans un rapport du 22 mai 1995 (pce 18), les Drs B._____ et C._____, de l'Hôpital D._____, posent les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène chronique sur troubles statiques et ébauche d'arthrose des articulations postérieures lombaires et hernie discale médiane paramédiane au niveau L3-L4. Ils conseillent la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire.

E. 8.2

Dans un rapport du 21 septembre 1995 (pce 19), les Drs E._____ et F._____, travaillant également à l'Hôpital D._____, indiquent que malgré les traitements entrepris, le patient se plaint d'avoir encore plus de douleurs lombaires (syndrome lombo-spondylogène avec irradiation dans le membre inférieur gauche) auxquelles s'ajoutent des troubles du sommeil. Par ailleurs, l'assuré apparaît déprimé nonobstant l'introduction d'un traitement antidépresseur. Pour ces raisons, ils demandent à leurs confrères du Centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ de donner leur avis sur le cas.

E. 8.3

Le Dr H._____, spécialiste en médecine générale et médecine interne, fait part d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle de manoeuvre depuis le 11 février 1995 (rapport du 3 octobre 1995 [pce 20]). Selon lui, l'exercice d'une activité dans le bâtiment est contre-indiquée vu l'évolution défavorable des lombalgies. En revanche, la mise sur pieds de mesures professionnelles serait opportune. Une activité adaptée devrait comprendre la possibilité de changer fréquemment de position et ne devrait pas comporter de port de charges au-delà de 10 kg. Finalement, il précise qu'en désespoir de cause face à l'échec des traitements, il est actuellement prévu que l'intéressé soit évalué au Centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ tout prochainement.

E. 8.4

Pour sa part, la Dresse I._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, pose les diagnostics de syndrome lombo-spondylogène chronique sur troubles statiques du rachis lombaire, arthrose des articulations interapophysaires postérieures basses débutantes et hernie discale paramédiane L3-L4 (rapport du 3 octobre 1995 [pce 21 p. 1-3]). Selon elle, l'intéressé ne peut continuer à exercer sa dernière activité compte tenu des diagnostics retenus. De toute évidence, le port de charges lourdes à répétition ainsi que les contraintes physiques découlant de son travail de manoeuvre n'entrent plus en ligne de compte, de sorte

qu'il paraît incontournable de prévoir un changement d'activité professionnelle. La nouvelle activité envisagée devrait comprendre un travail à plein temps avec des changements de position durant la journée, les positions statiques à long terme étant peu indiquées. De même, le port de charges lourdes ou la répétition de port de charges modérément lourdes est à déconseiller. Mentionnant que le patient a été adressé au Centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ vu l'absence d'efficacité des traitements, la Dresse I._____ conclut que si l'intéressé retrouve une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas y avoir de raison que l'absentéisme soit important (pce 21 p. 3).

E. 8.5

Comme annoncé dans les rapports précités, l'assuré est examiné au Centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ en date des 9 et 18 janvier 1996. Ainsi, dans un rapport du 19 janvier 1996 (pce 31), les Drs J._____, neurologue, et K._____, psychiatre, indiquent que le bilan extensif pratiqué jusqu'ici n'a pas permis de mettre en évidence une étiologie certaine, hormis un discret trouble dégénératif lombaire, raison pour laquelle ils ont complété leur examen avec des testes psychologiques, étant précisé qu'au préalable ils avaient constaté chez le patient des troubles de la lignée dépressive avec des troubles du sommeil, ainsi qu'un sentiment d'impuissance. Sur cette base, ils posent les diagnostics de lombopygalgies gauches dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux chez une personnalité frustrée. Selon eux, ce contexte, associé à une intelligence vraisemblablement limitée, semble expliquer l'échec thérapeutique de même que l'exacerbation relatée par le patient à la suite des nombreux traitements essayés jusqu'alors. Vu l'insuccès des mesures thérapeutiques mises en place, ils conseillent de ne pas poursuivre celles-ci mais, en revanche, à plus long terme, de veiller à une prise en charge de l'assuré par le service psycho-social X._____. Ils concluent que, dans l'immédiat, une reprise du travail de l'intéressé semble difficile à envisager, en précisant que, selon eux, une reconversion professionnelle paraît vouée à l'échec. Ils proposent ainsi de transmettre l'assuré à l'assurance-invalidité afin qu'il lui soit octroyé une rente et une activité occupationnelle qui lui permettrait d'éviter de se replier sur lui-même.

E. 8.6

Par la suite, l'assuré est mis au bénéfice d'un stage professionnel au Centre d'évaluation de l'assurance-invalidité (ci-après: CEPAI) du 18 novembre 1996 au 17 février 1997. Dans un rapport du 17 février 1997 (pce 46), les maîtres de stage estiment qu'un rendement de 40% dans une activité de substitution légère paraît le maximum exigible de la part de l'intéressé compte tenu des nombreux arrêts de travail pour se coucher ou pour se dégorger les jambes.

E. 8.7

Dans deux notes manuscrites datées du 15 avril 1997 (pces 47-48), le Dr L._____ (signature difficilement lisible), médecin de l'administration, estime que les troubles physiques suffisent à expliquer l'incapacité de travail, si bien que la réalisation d'une expertise psychiatrique ne lui paraît pas nécessaire (pce 47). Pour ne pas psychiatriser le cas, il propose de reconnaître à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité (pce 48).

E. 8.8

Dans un document du 22 mai 1997 intitulé "évaluation des activités professionnelles et du salaire exigible" (pce 49), l'OAI FR retient que compte tenu de l'évaluation du centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ du 19 janvier 1996 et des résultats du stage

d'observation au CEPAI, il convient de retenir que l'assuré ne peut pas mettre en valeur sa capacité de travail en économie libre. Selon eux, il présente une capacité de travail de 40% (sur un plein temps exigible) dans une activité de substitution légère en atelier protégé. La comparaison du revenu de valide de Fr. 52'515.- à un revenu d'invalidé de Fr. 15'600.- fait ainsi apparaître un taux d'invalidité de 70% (pces 50-51). Ces documents ont servi de base à l'octroi à l'assuré d'une rente entière avec effet au 1er février 1996.

E. 8.9

Sur le vu de l'ensemble des pièces susmentionnées, le Tribunal administratif fédéral peut donc conclure que, lors de l'octroi initial de la rente, l'assuré disposait, d'un point de vue strictement somatique, d'une capacité de travail totale dans une activité de substitution légère. En effet, une telle évaluation ressortait clairement du rapport de la Dresse I._____, rhumatologue, qui était conciliable avec l'avis du Dr H._____ (pces 20 et 21 [rapports tous deux datés du 3 octobre 1995]). On note également que les Drs J._____ et K._____, dans leur rapport du 19 janvier 1996, faisaient part d'un discret trouble dégénératif lombaire qui n'était pas suffisant pour expliquer les douleurs intenses de l'intéressé (pce 31 p. 3-4). Compte tenu de ces prises de position univoques, l'opinion contraire du Dr L._____, selon lequel il convenait de retenir une incapacité de travail partielle de l'assuré dans toute profession pour cause de la seule atteinte lombaire (cf. prise de position du 15 avril 1997 [pces 47-48]), ne pouvait pas emporter la conviction. Cet avis a par ailleurs été écarté par l'administration, puisque l'OAI FR, dans son rapport final du 22 mai 1997 (pce 49), ne cite pas l'appréciation du Dr L._____ (dont la qualification est au demeurant inconnue) pour justifier d'une incapacité de travail prononcée de l'assuré dans toute activité, mais se réfère uniquement en sus du rapport de stage professionnel du 17 février 1997 (pce 46) au rapport du centre pluridisciplinaire de la douleur G._____ du 19 janvier 1996 établis par les Drs J._____ et K._____. Or, comme on l'a vu, ces derniers mettaient au premier plan les répercussions incapacitantes de l'affection psychique, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant. Il convient donc de conclure que ce diagnostic a été déterminant pour l'octroi d'une rente entière à l'intéressé par décision du 2 septembre 1997.

E. 9

Cela étant, il sied de fixer les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

E. 9.1

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel

acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

E. 9.2

En l'occurrence, l'administration a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité par décision du 2 septembre 1997 (pce 58), puis confirmé le droit aux prestations par communications des 13 décembre 1999 (pce 75) et 28 octobre 2004 (pce 104). Il se pose donc la question de savoir lequel de ces actes constitue le point de départ pour la comparaison des faits déterminants. Dans ce contexte, il appert que l'administration a rendu des avis divergents sur ce point. En effet, alors que les mandats d'expertise adressés aux Drs M._____ et N._____ se réfèrent à la date de l'octroi initial de la rente (cf. actes des 4 mai et 23 juin 2009 [pces 116 et 120]), l'OAIE estime nouvellement, dans son préavis du 16 décembre 2010 (pce TAF 12 p. 2, 3ème paragraphe), qu'il convient de se baser sur la communication du 28 octobre 2004. Pour sa part, le recourant ne s'est pas prononcé sur la question. Le Tribunal de céans prend position comme suit.

E. 9.2.1

Tout d'abord, la communication du 13 décembre 1999 (pce 75) appellent les remarques suivantes. S'il est vrai que l'OAIE avait récolté de nombreux documents, en grande partie de nature médicale (rapport neurologique du 15 juin 1999 relevant un syndrome dépressif important [pce 72]; rapport orthopédique du 3 août 1999 [pce 73] et rapport médical de révision de rente du 23 août 1999 [pce 71], tous produits par l'office de liaison de sécurité sociale portugaise; questionnaire pour la révision de la rente du 15 novembre 1999 [pce 70]; prise de position du service de l'OAIE du 9 décembre 1999 [pces 74]), avant de faire part des résultats de son examen à l'assuré en décembre 1999, on ne saurait toutefois parler d'une constatation des faits pertinents effectuée de façon conforme au droit (cf. supra consid. 9.1). En effet, il ressort du dossier que l'autorité inférieure avait confirmé le maintien de la rente entière en se basant principalement sur la prise de position précitée de son service médical du 9 décembre 1999. Dans ce document, la Dresse O._____, spécialiste en médecine générale et médecine interne de l'OAIE (pce TAF 21), posait les diagnostics de lumbago chronique et de syndrome dépressif. Or, force est de constater que cette praticienne qui elle-même n'est pas psychiatre ne disposait d'aucun rapport psychiatrique pour fonder son appréciation, étant précisé que l'OAIE avait requis auprès des institutions de sécurité sociale portugaise l'établissement d'un tel rapport, ce à quoi ce dernier n'avait cependant pas donné suite (cf. acte du 29 mars 1999 [pce 62]). En outre, dans son rapport du 9 décembre 1999, la Dresse O._____ ne mentionnait plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant mais celui de syndrome dépressif sans développer plus avant ce choix, ce qui était difficilement compréhensible, dès lors qu'en son temps une rente entière avait été allouée à l'assuré essentiellement sur la base du premier diagnostic cité (cf. supra consid. 8.9).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il y a donc lieu de conclure que la communication du 13 décembre 1999 se basait sur une instruction manifestement insuffisante. Par ailleurs, il sied de relever que la Dresse O._____, dans son rapport susmentionné du 9 décembre 1999, retenait explicitement que l'état de santé de l'assuré était resté inchangé. En ce sens, on peut en déduire qu'en posant les diagnostics "lumbago chronique et de syndrome dépressif", cette praticienne s'était exprimée de façon imprécise (sans vouloir faire part d'une modification du tableau clinique sur le plan psychiatrique et des diagnostics retenus en son temps) et s'était ainsi bornée à renvoyer à la

documentation médicale établie lors de l'octroi initial de la rente, c'est-à-dire notamment au rapport pluridisciplinaire neurologique/psychiatrique du 19 janvier 1996. Ainsi, même si l'on retenait à titre hypothétique la date du 13 décembre 1999 comme moment déterminant pour la comparaison des faits, il conviendrait de se référer à la documentation médicale réalisée en 1996/1997 pour juger de l'évolution de l'état de santé du recourant.

E. 9.2.2

En ce qui concerne la communication du 28 octobre 2004 (pce 104), il appert que l'administration avait également récolté de nombreux rapports médicaux qui cette fois-ci contenait aussi une prise de position expresse d'un spécialiste en psychiatrie avant de communiquer le résultat de ses recherches à l'assuré (cf. rapport psychiatrique du 25 mars 2004 [pce 89]; rapport orthopédique du 16 avril 2004 [pce 88]; rapport médical E 213 du 20 mai 2004 [pces 90-101]; rapport du service médical de l'OAIE du 24 octobre 2004 [pces 103]). Dans le dernier document cité, qui a été considéré comme déterminant par l'administration, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne de l'OAIE (pce TAF 21), posait les diagnostics de lombalgies chroniques et de troubles somatoformes chronicisés. Il estimait qu'il n'existait aucune amélioration de l'état de santé du requérant par rapport à l'octroi de la rente et qu'il convenait dès lors d'admettre une incapacité de travail inchangée. Certes, on peut se demander si l'instruction de la cause avait été entreprise de façon conforme au droit, dès lors que certains indices non discutés par le Dr P._____ laissaient supposer que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Ainsi, dans un rapport psychiatrique du 25 mars 2004 (pce 89), le Dr Q._____ retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) justifiant de retenir une incapacité de travail de seulement 10%. Cette opinion divergeait donc fortement de l'évaluation de l'administration lors de l'octroi initial de la rente, dès lors qu'en son temps l'OAI FR avait retenu une capacité de travail de l'intéressé limitée à 40% dans un travail de substitution léger essentiellement sur la base du diagnostic de trouble somatoforme douloureux (cf. supra consid. 8.9). Par ailleurs, pour ce qui est de l'atteinte au rachis, le Dr R._____, dans un rapport orthopédique du 16 avril 2004 (pce 88), mentionnait qu'il n'observait pas de déformation au niveau de la colonne dorso-lombaire (pce 88). Ce constat différait donc fortement des diagnostics posés lors de l'octroi initial de la rente, puisque la Dresse I._____, dans un rapport rhumatologique du 3 octobre 1995 (pce 21), faisait part de la présence d'une hernie discale en L3-L4. La question de savoir si l'autorité inférieure a manifestement violé le principe inquisitoire en reconduisant la rente entière en l'état du dossier, sans procéder au préalable à des mesures d'instruction complémentaires (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1749/2009 du 1er juillet 2011 consid. 9.2.2 et les références citées; C-3692/2010 du 19 avril 2012 consid. 9.2, 2ème paragraphe; C-3209/2010 du 7 juin 2012 consid. 10.2), peut toutefois rester indécise. En effet, même en retenant comme date déterminante le 28 octobre 2004 comme le propose l'autorité inférieure, il convient de souligner que cela n'a pas d'incidence significative pour l'issue de la cause. En effet, comme on l'a vu, le Dr P._____ relevait expressément, dans sa prise de position du 24 octobre 2004, qu'"il n'exist[ait] aucune amélioration de l'état de santé du requérant par rapport à l'octroi de la rente". Ce faisant, il estimait donc que la nouvelle documentation médicale fournie lors de la procédure de révision n'était pas assez étayée et convaincante pour conclure à une amélioration du tableau clinique et se limitait ainsi à renvoyer aux constats médicaux retenus lors de l'octroi initial de la rente, notamment au rapport pluridisciplinaire neurologique/psychiatrique du 19 janvier 1996 qui retenait la présence chez l'intéressé d'un trouble douloureux somatoforme persistant très incapacitant.

Ce document devrait par conséquent également être mis au premier plan lors de la comparaison des faits (voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3.2.2.1).

E. 9.3

Eu égard à tout ce qui précède, il appert qu'il convient de se référer à la documentation médicale ayant servi de fondement à la décision du 2 septembre 1997 pour la constatation des faits déterminants.

E. 10

Il reste à examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente de l'assuré par voie de révision avec effet au 1er juillet 2010.

E. 11

Dans le cadre de la présente procédure de révision, les documents suivants ont été versés à la cause.

E. 11.1

Un rapport médical E 213 du 3 février 2009 (pce 112) pose les diagnostics de pathologie dégénérative de la colonne vertébrale à prédominance lombaire et de hernie discale en L3-L4. Il est indiqué que l'assuré n'est plus à même d'accomplir son activité habituelle mais qu'il est en revanche capable d'effectuer de façon répétée une activité légère.

E. 11.2

L'administration ayant mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, un rapport psychiatrique du 21 septembre 2009, établi par le Dr M. _____ ainsi qu'un rapport rhumatologique du 1er octobre 2009 signé par la Dresse N. _____ sont versés à la cause (pces 128 et 130). Le premier praticien cité retient l'absence de toute maladie psychiatrique incapacitante depuis l'examen de l'assuré selon le rapport E 213 du 3 février 2009. Pour sa part, la Dresse N. _____ pose les diagnostics d'excès pondéral R 63.2, de douleurs chroniques irréductibles R 52.1, de dyslipidémie E 78.5, de gastrite chronique K 29.3 et de haute tension artérielle probablement labile I 10. Selon elle, on peut admettre que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 50% en tant que manoeuvre dans la construction s'il parvient à être engagé auprès d'un patron qui dispose de plusieurs employés. Elle précise que si les limitations ne peuvent être respectées, cette activité ne devient plus qu'une activité occupationnelle (pce 130 p. 25). Par contre, la capacité de travail médico-théorique de l'assuré serait totale dans un travail adapté respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de soulèvement répétitif de charges supérieures à 15 kg, pas de soulèvement occasionnel de charges supérieures à 30 kg, possibilité d'alterner les positions assise, à genoux et debout (pce 130 p. 24, 3ème paragraphe).

E. 11.3

Dans une prise de position du 11 janvier 2010 (pce 137), le Dr S. _____, de l'OAIE, reprend à son compte les conclusions des experts.

E. 11.4

Suite à la notification du projet de décision du 4 février 2010, l'assuré verse à la cause quatre certificats médicaux nouveaux. Un rapport radiographique du 10 août 2009 fait part de différents troubles dégénératifs du rachis (pces 143). Dans un rapport du 18 février 2010

(pce 146), le Dr T. _____ estime que l'assuré présente une aggravation de la pathologie ostéoarticulaire relative à sa colonne vertébrale et les articulations coxo-fémorales, ce qui serait démontré par les imageries médicales effectuées récemment. Il en déduit que le patient n'est pas en mesure d'effectuer les activités de substitution proposées par l'OAIE du fait qu'elles l'obligent à rester de longues périodes dans la même position. Un rapport radiographique du 19 février 2009 fait part de différents troubles dégénératifs du rachis et du bassin (pces 149). Dans un rapport du 24 février 2010 (pce 152), le Dr V. _____, orthopédiste, donne un compte-rendu des imageries médicales établies jusqu'alors. Il est d'avis que cette documentation permet d'expliquer les plaintes du patient, de sorte qu'il convient de maintenir le taux d'invalidité de 70% retenu jusqu'alors.

E. 11.5

Appelé derechef à se déterminer, le Dr S. _____, de l'OAIE, ne décèle aucun élément pertinent qui lui permettrait de revenir sur ses conclusions antérieures (prise de position du 7 avril 2010 [pce 157]).

E. 12

Cela étant, le Tribunal de céans prend position comme suit.

E. 12.1

Tout d'abord, force est de constater que l'expertise réalisée par les Drs M. _____ et N. _____ a été effectuée par un psychiatre et une rhumatologue/interniste, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'assuré, étant relevé que, contrairement à ce que semble croire le recourant (cf. réplique du 9 mars 2011 [pce TAF 14 p. 4 n° 10]), le concours d'un neurologue n'apparaissait pas indispensable en l'espèce puisque, jusqu'à ce jour, la documentation médicale versée au dossier permet d'exclure la présence d'une atteinte radiculaire du recourant (cf. notamment rapports des 10 août 2009 [pce 143], 18 février 2010 [pce 146], 19 février 2010 [pce 149] et 24 février 2010 [pce 152]; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012). En outre, cette mesure d'instruction revêtait un caractère interdisciplinaire dès lors que les experts ont discuté ensemble du cas avant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (pce 128 p. 1), ce qui renforce la valeur probante de leur appréciation. Finalement les rapports d'expertise des 21 septembre et 1er octobre 2009 ont été fait en connaissance de l'anamnèse, se basent sur des examens circonstanciés complétés par des tests sanguins (pce 130 p. 27 s.) ainsi qu'une radiographie du bassin et de la colonne cervico-dorsolombaire (pce 129), prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant, dressent un tableau global cohérent et contiennent des conclusions dûment motivées. En particulier, conformément à l'objet de la preuve en matière de révision (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3692/2010 du 19 avril 2012 consid. 13 et les références citées), les Drs M. _____ et N. _____ prennent position de façon circonstanciée quant à l'évolution de l'état de santé depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité en septembre 1997 (cf. pce 130 p. 21 ss; 128 p. 8). Il convient donc de reconnaître pleine valeur probante à leurs rapports des 21 septembre et 1er octobre 2009.

E. 12.2

Cela étant, force est de constater que les autres certificats médicaux versés à la cause ne permettent pas de remettre en question l'avis des experts.

E. 12.3

Ainsi sur le plan psychiatrique, le Dr M. _____ relève qu'il ne retient pas de trouble psychiatrique atteignant le seuil diagnostic des ouvrages de référence. Selon lui, "la recherche d'une pathologie dépressive mentionnée au dossier n'a pas été contributive. Il n'y a pas de plaintes en ce sens. Il n'y a pas de signes parlant pour une telle affection. L'expertisé n'a jamais eu de traitement antidépresseur ces dernières années. Il n'a pas eu de suivi spécialisé. Il réfute la dépression de façon réitérée. Bref, en se référant à ce que l'on observe et non à ce qu'on interprète, on ne peut manifestement pas retenir une quelconque pathologie du registre affectif. La recherche d'autres pathologie a été vaine. Il n'y a pas de trouble anxieux spécifique. Il n'y a rien pour des troubles psychotiques. La bonne stabilité personnelle et socioprofessionnelle de ce sujet depuis les débuts de l'âge adulte parle contre un trouble de personnalité grave et potentiellement incapacitant" (pce 128 p. 7). En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, on note que, selon la description de la CIM-10 F 45.4, "la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien; le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins; une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici." Prenant en détails position quant à la présence de cette atteinte chez l'assuré, le Dr M. _____ relève ce qui suit: "Dans le cas présent, il y a bien des douleurs qui pourraient être en discordance avec les bases organiques objectives, en l'état actuel des investigations. Elles sont aussi la plainte principale. Il n'y a pourtant pas de détresse tant objective que subjective, l'assuré n'ayant aucune plainte en ce sens. On peut être formel sur ce point. Il n'y a dès lors plus ou pas de motif de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant dans ce cas, dans la mesure où l'on se réfère aux critères de référence" (pce 128 p. 8). Sur la base de ces constats, l'expert estime que depuis la date de l'examen du recourant par le médecin de l'office de liaison portugais, à savoir le 9 décembre 2008 [recte: 3 février 2009 {cf. pce 112 p. 2 n° 2.1}], il n'y a plus lieu de poser un diagnostic psychiatrique, les troubles y afférents s'étant amendés. Le Tribunal de céans ne voit aucun motif pertinent pour remettre en question cette évaluation tout à fait convaincante et qui concorde avec la documentation médicale recueillie. Ainsi, on observe qu'en 1997, il était fait part d'un assuré de plus en plus démoralisé, déprimé, irritable, en proie à des conflits conjugaux et souffrant de troubles du sommeil, ce qui amenait le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie, à poser expressément dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire de la douleur effectuée avec son confrère neurologue, le Dr K. _____ le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sur personnalité frustrée (cf. rapport du 19 janvier 1996 [pce 31]; voire aussi rapport du 21 septembre 1995 [pce 19]). Or, la documentation médicale produite en 2009/2010 ne met plus en évidence de symptomatologie psychiatrique. Ainsi, dans le rapport médical E 213 du 3 février 2009, l'assuré est décrit comme une personne sans affection au niveau psychique (pce 112 p. 3 n° 4.1 et p. 8 n° 7) et aucun document médical postérieur ne mentionne une problématique y afférente (cf. notamment rapports des 18 février 2010 [pce 146] et 24 février 2010 [pce 152]). Bien plutôt, le Dr M. _____, dans son rapport du 21 septembre 2009, relève que l'assuré ne fait part d'aucune difficulté dans sa famille nucléaire, l'entente familiale étant décrite comme excellente (pce 128 p. 3-4); par ailleurs, l'intéressé dit se lever vers 7 heures 30 le matin et se coucher vers 21 heures, s'occuper du jardin, des poules, des chiens et des

lapins, marcher beaucoup, garder une vie sociale normale, ayant notamment des échanges quand il va se promener (pce 128 p. 5). L'expert relève également que, selon les dires de l'assuré, les troubles du sommeil sont reliés aux douleurs sans plus (pce 128 p. 5). Au demeurant, selon l'expertise rhumatologique du 1er octobre 2009, le recourant est passablement sollicité par son fils qui, bon espoir de football, s'entraîne chaque jour et à besoin d'être conduit en voiture aux terrains de sport. Cela prendrait beaucoup de temps et d'investissement (pce 130 p. 10). L'ensemble de ces éléments est donc de nature à confirmer l'évaluation du Dr M._____, selon lesquelles l'assuré ne souffre plus d'un sentiment de détresse au sens du diagnostic CIM-10 F45.4 (cf. supra consid. 12.3, 1er paragraphe), vu qu'actuellement et à la différence de 1997, son environnement personnel et social apparaît comme intact (cf. H. Dilling/W. Mombour/M. H. Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7ème éd., Berne 2010, p. 207; Pierre-André Fauchère, Douleur somatoforme, Chêne Bourg 2007, p. 41). Au surplus, on précisera que le fait que le Dr M._____, à deux endroits de l'expertise, semble relativiser l'importance des troubles psychiatriques diagnostiqués en son temps en les qualifiant de minimales (pce 128 p. 9 et 11 n° 5), ne saurait être déterminant. En effet, dès lors que l'expert indique lui-même ne pas pouvoir se prononcer valablement sur la période précédant les constats du rapport E 213 du 3 février 2009 (pce 128 p. 9), il n'y a aucune raison de douter du caractère particulièrement incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant tel que retenu par les Drs J._____ et K._____ dans leur rapport du 19 janvier 1996 qui étaient tout à fait clairs sur ce point (cf. à ce sujet supra consid. 8.5 et 8.9; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3). Le Tribunal de céans peut donc conclure qu'au moment déterminant le recourant ne souffrait plus d'un trouble somatoforme douloureux persistant, ce qui constituait une amélioration considérable de son état de santé par rapport à la situation médicale ayant existé antérieurement (cf. à ce sujet supra consid. 8.9).

E. 12.4

Sur le plan somatique, la Dresse N._____, dans l'expertise rhumatologique du 1er octobre 2009, fait les constatations suivantes: "A un délai d'observation de 13 ans nous nous trouvons face à un homme en bonne santé apparente, de corpulence athlétique, qui ne présente pas de limitation fonctionnelle significative reproductible de l'appareil locomoteur, qui, sans l'effet d'une médication a démontré un status que nous estimons normal. Le trouble douloureux irréductible est amélioré dans le sens où A._____ décrit une vie normale à domicile même s'il annonce des épisodes où il doit s'aliter une semaine, même s'il se décrit par moments grabataire lorsque sont analysées ses aptitudes résiduelles pour une activité professionnelle adaptée au rachis spondylarthrosique avec discopathies. Les documents de ses médecins relatent ses plaintes subjectives mais ne font pas état d'une autre pathologie ni de décompensations aiguës avec signes neurologiques. A._____ nous a donné des arguments pour attester qu'il va tout de même subjectivement mieux qu'en 1996. Les documents neuroradiologiques montrent une régression de la petite hernie discale [en L3-L4] décrite à l'époque qui a fait place à un prolapsus discal banal, associé à des images de spondylodiscarthrose modérée étagée cervicale et lombaire sans souffrance radiculaire ni médullaire. S'il atteste de douleurs chroniques irréductibles, force est de constater que A._____ s'en accommode bien. Ses douleurs ne s'accroissent à aucune spécificité lésionnelle au plan biomécanique. La grille d'entretien montre un profil évolutif favorable au cours des dernières années, un allègement certain des traitements médicamenteux, un contexte familial qui s'est amélioré, il a eu un enfant après la survenue de sa problématique

au moment où il déplore qu'il allait au plus mal, mais cette enfant a été bien accueillie, il s'occupe activement de l'éducation de ses enfants et participe à leur éducation sportive. Si à la lecture de[s] documents initiaux, nous suspicions une certaine kinésiophobie, A. _____ a vaincu cet élément" (pce 130 p. 23 s.). Ici, également, le Tribunal de céans ne voit pas de motifs sérieux susceptibles de remettre en cause l'amélioration du tableau clinique décrit par la Dresse N. _____ sur le plan somatique, d'autant que l'évolution favorable est corroborée par un élément objectif concret, à savoir une rémission de la hernie discale en L3-L4. En particulier, on observe que, lors de l'octroi de la rente en 1997, la symptomatologie du recourant était bien plus prononcée par rapport à celle décrite par l'expert. Ainsi, en son temps, l'assuré indiquait présenter des douleurs continues qui commençait dès 5:30 du matin, qui étaient augmentées par le moindre effort et également par les mesures de physiothérapie mises en oeuvre qui s'avéraient être contre-productives (cf. rapport des 21 septembre 1995 [pce 19] et 19 janvier 1996 [pce 31]; rapport du CEPAL du 17 février 1997 [pce 46 p. 3]); il fallait aussi l'habiller et, en physiothérapie, on devait porter à deux personnes sa jambe gauche pour le retourner dans son lit (pce 130 p. 12); le recourant indiquait aussi ne pas pouvoir circuler en voiture plus d'une demi-heure à une heure (cf. rapport sur la réadaptation professionnelle du 23 juillet 1996 [pce 32 p. 2]). Or, en septembre 2009, l'assuré indique spontanément devant l'expert aller beaucoup mieux qu'en 1995/1996 (pce 130 p. 12), supporter sans difficulté des déplacements en voiture de plus d'une heure pour mener son fils aux tournois de football ou pour se rendre à la plage (pce 130 p. 13). Par ailleurs, il dit être actuellement pris en soins par son médecin de famille qu'il rencontre environ six fois l'an sans avoir recours de façon régulière à d'autres praticiens (pce 128 p. 5) et que la médication actuelle est limitée à un protecteur gastrique et un anti-inflammatoire non stéroïdien (pces 130 p. 21, 3ème paragraphe, et p. 23; 128 p. 5). Ce faisceau d'indices est donc tout à fait de nature à corroborer l'estimation de la Dresse N. _____ quant à une amélioration du tableau clinique. Dans ce contexte, il sied également de souligner que, lors de l'octroi initial des prestations, l'atteinte somatique n'avait pas été déterminante pour l'octroi d'une rente entière, dès lors que déjà la Dresse I. _____, dans son rapport du 3 octobre 1995 (pce 21 p. 1-3), estimait que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne profession mais était en mesure d'exercer à plein temps un travail de substitution moyennant certaines limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 8.4 et 8.9). En ce sens, l'appréciation de la Dresse N. _____, retenant tout de même, sur le plan strictement somatique, une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne profession de manoeuvre (à condition de trouver un employeur compréhensif) et de 0% dans un travail adapté (cf. supra consid. 11.2) et de ce fait reconnaissant sans autre une certaine gravité de l'atteinte au rachis avec répercussion sur la capacité de travail, n'est pas si différente que ce qui avait été retenu en 1997. Les constats de la Dresse N. _____ demeurent toutefois tout à fait pertinents, en ce sens qu'ils confirment clairement une rémission de la symptomatologie douloureuse et corroborent ainsi les conclusions du Dr M. _____, selon lesquelles le recourant ne souffre actuellement plus d'un trouble somatoforme douloureux persistant (cf. supra consid. 12.3).

E. 12.5

On ajoutera que les arguments développés par le recourant pour dénier la valeur probante de l'expertise rhumatologique du 1er octobre 2009 ne sont pas convaincants. En effet, d'une part, celui-ci fait valoir que l'administration a enfreint le droit en constatant une rémission de la hernie en L3-L4, dès lors que de la documentation médicale postérieure produite par ses soins indiquerait clairement une péjoration de la situation et ferait toujours part d'une

hernie discale en L3-L4 (mémoire de recours du 31 mai 2010 [pce TAF 1 p. 4 n° 18-20]). On note toutefois que seul le rapport du 10 août 2009 établi par le Dr W. _____ suite à la réalisation d'un scanner (pce 143) retient le constat de hernie discale en L3-L4. Or, l'imagerie médicale en cause était connue de la Dresse N. _____ qui, quoiqu'en dise le recourant, a rendu son évaluation après l'établissement de ce scanner et en a tenu compte dans son évaluation globale (cf. pce 130 p. 22). Le rapport du Dr W. _____ n'est donc pas de nature à mettre en évidence un élément objectif concret qui aurait été omis par l'expert. Dans ces circonstances, en application des règles en la matière (cf. supra consid. 5) et aussi compte tenu des prises de position convaincantes du service médical de l'OAIE (cf. rapports des 11 janvier et 7 avril 2010 [pces 137 et 157]), le Tribunal de céans peut donner la préférence à l'avis de l'expert, d'autant que le rapport radiographique du 19 février 2010 (pce 149) ne fait également plus part d'une hernie discale en L3-L4. Il en va de même du rapport orthopédique du 24 février 2010 (pce 152) qui se borne à dresser un compte rendu des imageries médicales établies jusqu'alors sans contenir un quelconque élément susceptible de jeter le doute sur les conclusions de la Dresse N. _____. D'autre part, le recourant indique que la péjoration de la pathologie ostéoarticulaire serait aussi due à une atteinte des articulations coxo-fémorales et se base à ce titre sur un rapport du 18 février 2010 établi par le Dr T. _____. Ce praticien indique que des rayons X auraient récemment mis en évidence des arthroses du sacrum iliaque et une sclérose des parois acétabulaires. Cependant, comme le relève de façon convaincante le Dr S. _____ dans sa prise de position du 7 avril 2010 (pce 157), il n'y a aucune raison de conclure que ces troubles dégénératifs auraient une répercussion notable sur l'exercice d'une activité adaptée, d'autant que le rapport radiologique du 19 février 2010 (pce 149) se borne à mettre en évidence des modifications discrètes du bassin (cf. aussi pce 130 p. 18 et 22, 4ème paragraphe). Il s'ensuit qu'au niveau rhumatologique, la documentation médicale mise en avant par le recourant ne parvient pas à démontrer la présence d'une détérioration de son état de santé suite à l'examen effectué par la Dresse N. _____. Conformément à la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5), les appréciations divergentes des Drs T. _____ (rapport du 18 février 2010 [pce 146]) et V. _____ (rapport du 24 février 2010 [pce 152]) quant à la capacité de travail de l'assuré par ailleurs insuffisamment motivées et se rapportant avant tout aux plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient être déterminantes.

E. 13

Compte tenu de tout ce qui précède, le Tribunal de céans peut par conséquent se rallier à l'appréciation de l'administration et conclure au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, que, par rapport à la situation ayant existé le 2 septembre 1997, date de la décision d'octroi de rente, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de façon significative sur le plan psychique dès le 3 février 2009, ce qui en soi autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (cf. à ce sujet supra consid. 7 in fine; voire aussi, parmi d'autres, arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6759/2009 du 3 mai 2011 consid. 10; C-7146/2009 du 4 octobre 2010 consid. 10). Par ailleurs, il appert que, sur le plan somatique, la rémission de la hernie discale en L4-L3 a également contribué à l'évolution favorable de l'état de santé. Il y a donc lieu de retenir que, sur le plan strictement médical, l'assuré, pour le moins dès février 2009, disposait d'une capacité de travail de 100% dans un travail adapté moyennant les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse N. _____ (cf. supra consid. 11.2) et que cet état a perduré jusqu'au 3 mai 2010, date de la décision attaquée.

E. 14

Il sied également d'examiner si l'autorité inférieure n'aurait pas dû mettre le recourant au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré a bénéficié d'une rente entière d'invalidité durant une période prolongée, il appartient à l'administration qui envisage de procéder à une révision du droit à la rente d'examiner, à titre préalable, l'opportunité de l'octroi de mesure de réadaptation, étant précisé que, dans la plupart des cas, cet examen n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qui priment sur les mesures de réadaptation suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). En l'espèce, autant le Dr M. _____ que la Dresse N. _____ après avoir analysé en détails les atteintes et l'emploi du temps de l'assuré (cf. pce 128 p. 5 et 9; pce 130 p. 13 et 23-24) estiment expressément que celui-ci dispose de suffisamment de ressources et que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées (pce 128 p. 11 n° 5; 130 p. 130 p. 24, 3ème paragraphe). Par ailleurs, il sied de tenir compte du fait que l'assuré peut nouvellement travailler à 100% dans de nombreux secteurs, qu'il ne souffre actuellement d'aucune affection psychiatrique et qu'on ne saurait parler d'un âge avancé vu qu'il se trouvait dans sa 45ème année au moment déterminant. Eu égard à l'ensemble de ces circonstances, c'est à juste titre que l'octroi de mesures de réadaptation n'a pas été jugé indispensable dans la présente affaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.3.2 et 9C_694/2010 du 23 février 2011 consid. 6.2). Au surplus, on note que le Tribunal fédéral a dernièrement précisé sa jurisprudence en ce sens que, dans des cas comme en l'espèce, l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle doit en principe seulement être examinée si la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3; 9C_63/2011 du 16 septembre 2011 consid. 3.1; 8C_24/2012 du 26 avril 2012 consid. 4.5; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-51/2011 du 25 mai 2012 consid. 6). Or, il appert que l'assuré ne remplissait aucune de ces conditions en l'espèce.

E. 15

Il convient encore d'examiner si la comparaison des revenus a été effectuée de façon conforme au droit, étant relevé que le recourant ne soulève aucun grief concret en la matière.

E. 15.1

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait gagner en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces

situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>; site consulté le 31 mai 2012) se référant nouvellement à la nomenclature générale des activités économiques (NOGA) mise à jour en 2008 (voire à ce sujet: Office fédéral de la statistique [éd.], NOGA 2008, note explicative, Neuchâtel 2008) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

E. 15.2

En l'occurrence, contrairement à ce que semble croire le recourant, les limitations fonctionnelles dont il est l'objet ne sont pas de nature à rendre illusoire les chances d'embauche sur un marché équilibré du travail, étant rappelé que cette dernière notion est théorique et abstraite et donc indépendante de la situation concrète du marché de l'emploi à l'endroit où se trouve le domicile de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-525/2009 du 18 juin 2010 consid. 8.1 et les références citées). Par ailleurs, compte tenu de l'obligation générale des assurés de réduire le dommage (cf., parmi d'autres, ATF 130 V 97 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1), on ne saurait reprocher à l'administration d'exiger de l'assuré de ne plus exercer son ancienne activité de maçon (exigible, selon la Dresse N. _____, à seulement 50% et encore sous des conditions très restrictives [pce 130 p. 24]) mais d'accomplir une activité de substitution adaptée consistant en des travaux simples et répétitifs. Cela étant, il appert que même en reprenant les paramètres retenus par l'autorité inférieure dans la comparaison des revenus du 3 février 2010 (pce 139) qui sont tout à l'avantage du recourant (à savoir: [1] salaire de valide déterminé selon les données statistiques de l'ESS et non selon le revenu effectif de l'assuré adapté à l'augmentation des salaires dans la période déterminante; [2] salaire d'invalide fixé non pas en prenant comme référence le salaire d'un employé de niveau 4, toute profession confondue, mais en se basant sur quatre secteurs particuliers) et en reprenant la déduction du salaire d'invalide de 5% opérée par l'OAIE pour prendre en considération les circonstances inhérentes au cas d'espèce, force est de constater que l'assuré ne parvient manifestement pas à un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Ainsi, il convient de prendre comme référence l'année 2010, à savoir le moment où l'administration a supprimé la rente entière de l'assuré par voie de révision. En procédant de la sorte, on retient pour le recourant un revenu statistique mensuel moyen de Fr. 5'420.- pour 40 h./sem. en 2010 (secteur construction de bâtiment, niveau de qualification 4) et Fr. 5'677.45 pour 41.9 h./sem. (taux de travail usuel dans ce secteur). Les activités de substitution proposées par l'administration sont des activités légères comparables à des travaux simples et répétitifs, de niveau de qualification 4, dans les secteurs "commerce de gros" (Fr. 4'869.- pour 40 h./sem.), "commerce de détails" (Fr. 4'508.-), "Arts, spectacles et activité récréative" (Fr. 4'333.-) et "autres activités de services" (Fr. 4'474.-). La moyenne de ces revenus adaptés au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en 2010 (42, 41.7, 41.5 respectivement 41.8 h./sem.) correspond à un montant de Fr. 4'745.71 qui doit encore être réduit de 5% pour tenir compte des circonstances propres à l'assuré (95% de Fr. 4'745.71 = Fr. 4'508.42). La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 5'677.45 au revenu d'invalide de Fr. 4'508.42 fait apparaître un préjudice économique de 20.59% ($(5'677.45 - 4'508.42) \times 100 : 5'677.45$). Ce taux d'invalidité ne donne pas droit à une rente

d'invalidité. A titre superfétatoire, on note qu'il en irait de même en retenant un abattement très généreux de 15% sur le revenu d'invalidité ($[5'677.45 - 4'745.71] \times 100$) : $5'677.45 = 28.95\%$).

E. 16

Eu égard à tout ce qui précède, Il appert que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité du recourant à partir du 1er juillet 2010 (cf. article 88bis al. 2 let. a RAI prévoyant qu'une suppression de rente intervient au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision). L'acte attaqué doit par conséquent être confirmé et le recours rejeté.

E. 17

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300.-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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