



Arrêt du 14 juin 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Michael Peterli, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Marie-Laure Paschoud Page,
route de Beaumont 20, case postale 711, 1701 Fribourg,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 mai 2009).

Faits :

A.

Le recourant A._____, ressortissant portugais né le [...], a principalement œuvré en qualité de maçon, mis à part quelques périodes d'activité d'une durée relativement courte en tant que barman (une année et demie) et cuisinier-marin dans l'armée (deux ans). Dès 1983, il travaille en Suisse tout d'abord, semble-t-il, 6 mois dans l'agriculture puis dans la construction où il devient chef d'équipe (pces 293 p. 7 n° 3.3, 233 p. 16). Victime d'une chute le 21 avril 1989 dans un chantier, il souffre dès lors de douleurs au dos occasionnant des incapacités de travail et nécessitant la mise en place de traitements (pce 233 p. 12). Finalement, le 12 décembre 1992, il doit cesser son activité pour des raisons de santé (pces 5, 14, 26, 28, 33, 51 p. 2). Par décision du 17 novembre 1994 entrée en force (pces 14 s.), la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) refuse de verser toute prestation à l'assuré au motif que les troubles tardifs ressentis ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 21 avril 1989.

B.

En date du 27 juillet 1993 (pce 1), l'intéressé dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI FR). Après avoir mis l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle (stage d'observation de 3 semaines puis stage de 3 mois dans la mécanique [pces 105, 109, 128, 129]) et recueilli divers renseignements économiques et médicaux — dont notamment une expertise rhumatologique du 21 février 1994 (pce 51), une expertise psychiatrique du 8 décembre 1997 (pce 200) et une expertise pluridisciplinaire du 23 juillet 1999 (pces 233, 247) — l'administration, par décisions des 6 avril et 19 juin 2000 (pces 265 et 266 [nouveau calcul de la rente prenant en compte les périodes de cotisation au Portugal]; cf. aussi pce 255 [prononcé du 20 décembre 1999]), lui alloue une rente entière dès le 1^{er} mars 1996 basée sur un taux d'invalidité de 69%. L'expertise pluridisciplinaire précitée faisait notamment part d'un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'une cervicarthrose; les experts retenaient une capacité de travail de l'assuré de 25% dans son activité habituelle de maçon et, dans un travail adapté, de 50% voire de 100% en cas d'amélioration de l'état dépressif.

Le dossier est ensuite transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), l'assuré étant retourné vivre au Portugal en 2002 (pce TAF 1 p. 4 n°10).

C.

Le 6 août 2003 (pce 276), l'administration ouvre une procédure de révision de la rente. Dans ce cadre, une expertise pluridisciplinaire de l'assuré est mise sur pied au Centre B._____. Dans leur rapport de synthèse du 15 juin 2004 (pce 293), les experts retiennent que l'assuré présente une capacité de travail de 70% dans son ancienne activité de maçon et de 80% dans une activité adaptée. Sur cette base, l'OAIE effectue une comparaison des revenus mettant en évidence un taux d'invalidité de l'assuré de 38,66% (acte du 17 novembre 2004 prenant en compte une réduction du revenu d'invalidité de 10% pour tenir compte des motifs personnels de l'assuré [pce 299]) et supprime la rente de l'assuré avec effet au 1^{er} mai 2005 (décision du 10 mars 2005 confirmée par décision sur opposition du 29 juillet 2005 [pces 308 et 335]). L'assuré ayant contesté ce dernier acte auprès de la Commission fédérale de recours AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission AVS/AI) et ayant produit une expertise privée du 20 février 2006 (pce 342), le Tribunal administratif fédéral (qui a remplacé la Commission AVS/AI dès le 1^{er} janvier 2007), estime que les actes du dossier ne permettent pas de se prononcer valablement sur l'état de santé du recourant et renvoie la cause à l'administration pour complément d'instruction comprenant notamment la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (arrêt du 12 juillet 2007 [pce 363]).

D.

Dans le cadre de l'instruction complémentaire, l'assuré verse à la cause des rapports médicaux des 16 novembre 2007 et 15 janvier 2008 (pces 373 s.). Pour sa part, l'OAIE confie au Dr C._____, du Cabinet E._____, le soin de réaliser une nouvelle expertise de l'intéressé (pces 371). Il est décidé de procéder à une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet orthopédique et psychiatrique (pces 383, 385). Dans un rapport de synthèse du 29 mai 2008 (pce 392; cf. aussi pce 391 [expertise orthopédique du 13 mai 2008 établie par le Dr D._____]), le Dr C._____ constate une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique depuis vraisemblablement 2002. Il conclut que l'intéressé n'est plus à même de travailler en tant que maçon mais que, en revanche, il peut oeuvrer à temps complet dans une activité légère sans que des mesures professionnelles particulières soient nécessaires à cet effet.

E.

Après avoir soumis cette nouvelle documentation à l'appréciation de son service médical (rapport du 17 août 2008 [pce 402]) et procédé à une nouvelle comparaison des revenus par acte du 2 septembre 2008 (pce 403 retenant une réduction de 5% du salaire d'invalidé pour motifs inhérents au cas d'espèce et mettant en évidence un taux d'invalidité de 20.70%), l'OAIE informe l'assuré que, selon lui, la rente d'invalidité a été supprimée à juste titre dès le 1^{er} mai 2005 (acte du 3 septembre 2008 [pce 404]).

F.

L'assuré conteste ce projet de décision par acte daté du 8 octobre 2008 (pce 405). Mis au bénéfice d'un délai supplémentaire pour déposer de la documentation médicale nouvelle, il verse à la cause des certificats des 5 novembre 2008 (pces 416), 17 novembre 2008 (pce 417 p. 1-2), 26 décembre 2008 (pces 414 s. [un rapport médical et une ordonnance médicale datés du même jour]), 30 janvier 2009 (pce 419), 4 février 2009 (pce 421) et 11 février 2009 (pce 420).

G.

Après avoir soumis la nouvelle documentation produite à l'appréciation de son service médical (prise de position du 26 avril 2009 [pce 424]), l'OAIE, par décision du 11 mai 2009 (pce 426), conclut que la rente d'invalidité a été supprimée à juste titre à partir du 1^{er} mai 2005 par voie de révision.

H.

Par acte du 16 juin 2009 (pce TAF 1), l'intéressé, représenté par Maître M.-L. Paschoud Page, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Il invite le Tribunal de céans, avec suite de frais et dépens, à annuler la décision entreprise, dire et juger qu'il continue à avoir droit à une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à renvoyer l'affaire à l'administration pour ordonner des investigations médicales complémentaires. Par ailleurs, il se réserve la possibilité de compléter le recours au vu du dossier AI qui lui sera transmis ultérieurement.

I.

Par décision incidente du 10 juillet 2009 (pce TAF 5), le Tribunal administratif fédéral transmet le dossier de l'autorité inférieure à l'assuré pour consultation et l'invite, jusqu'au 17 août 2009, à compléter son recours ainsi qu'à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en

date du 21 juillet 2009 (pce TAF 6 p. 2). En outre, par acte du 11 août 2008 (pce TAF 8), le recourant produit un mémoire complémentaire.

J.

Par ordonnances des 29 mars 2010 (pce TAF 10) et 25 mai 2010 (pce TAF 12 [relative à une prolongation du délai]), le Tribunal de céans constate que la numération du dossier produit par l'autorité inférieure est en partie incorrecte et incomplète. Pour cette raison, il invite l'administration à remédier à ce vice et à se prononcer sur le recours jusqu'au 20 mai 2010 respectivement 25 juin 2010. Dans son préavis du 24 juin 2010 (pce TAF 13 p. 3 ss), l'autorité inférieure propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. De surcroît, dans une écriture datée du même jour (pce TAF 13 p. 1 s.), elle informe le Tribunal de céans que lors du passage du dossier sur papier au dossier électronique, les consignes en vue de conserver intégralement les dossiers sur support papier déjà numérotés lors d'une ancienne procédure de recours n'ont pas été respectées et produit un nouveau dossier nouvellement numéroté, précisant qu'il s'agit de toutes les pièces existantes enregistrées dans son système.

K.

Par ordonnance 12 juillet 2010 (pce TAF 14), le Tribunal de céans transmet à l'assuré le nouveau dossier de l'autorité inférieure pour connaissance ainsi que le préavis de l'administration et lui impartit un délai jusqu'au 13 septembre 2010 pour répliquer. Par acte du 27 juillet 2010 (pce TAF 16), le recourant maintient ses conclusions. Ce document est envoyé à l'autorité inférieure pour connaissance (ordonnance du 19 août 2010 [pce TAF 17]).

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le recourant 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 1^{er} 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 (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, 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° 474/72).

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). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. notamment nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4^{ème} révision], entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004) et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5^{ème} révision de la LAI, étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application du nouveau droit n'aurait en l'espèce aucune incidence sur l'issue de la cause (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_972/2009 du 27 mai 2010 et 9C_138/2011 du 6 mai 2011 desquels il ressort que l'art. 31 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, ne trouve pas application dans des constellations où l'assuré, au moment déterminant, n'exerce pas d'activité lucrative respectivement ne met pas pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail). Compte tenu du fait que la présente procédure de révision a été ouverte en août 2003 (cf. supra let. C ss), les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

4.1. 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, 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. 1 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. Il est le lieu de préciser que, avant l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de $66\frac{2}{3}\%$ au moins, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40% au moins (cf. art.

28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). En outre, selon la lettre f des dispositions finales de la 4^{ème} révision de la LAI, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à $66\frac{2}{3}\%$ continuent d'être versées après l'entrée en vigueur de la présente modification à tous les rentiers qui, à ce moment là, auront atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur de la présente modification. On note que l'assuré n'avait pas atteint l'âge de 50 ans le 1^{er} janvier 2004 et avait été mis au bénéfice d'une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 69%. Cela permettait ainsi à l'administration de mettre en oeuvre une procédure de révision fondée sur la disposition transitoire précitée.

4.2. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

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).

6.

Dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral a précisé dans quelle mesure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut être considéré comme une atteinte à la santé psychique avec caractère invalidant. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne

assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

7.

Sur le plan formel, on note que le dossier de la cause a tout d'abord été constitué par l'OAI FR qui l'a fait suivre à l'OAIE ensuite du déménagement de l'assuré au Portugal. Ayant constaté que le dossier établi par l'OAIE dans la présente affaire ne contenait pas certaines pièces versées aux actes de la cause par l'Office cantonal et que la numérotation du dossier était par ailleurs incomplète, le Tribunal de céans a imparti un délai à l'autorité inférieure pour s'exprimer sur ce point et remédier au vice (ordonnance du 29 mars 2010 [pce TAF 10]). L'OAIE a procédé à une nouvelle numérotation du dossier et renvoyé celui-ci au Tribunal de céans en indiquant qu'il s'agissait là de l'ensemble des actes de la cause à sa disposition et en reconnaissant que, par erreur, certaines pièces n'avaient pas été enregistrées dans le système lors de la mise du dossier sur support digital (scannage des pièces).

Cela étant, rien ne permet de prétendre que les pièces manquantes au dossier sont d'une importance déterminante. Tout au plus, il appert que le rapport du programme d'adaptation "coup de pouce" du 26 mars 1997 mentionné dans l'expertise du 23 juillet 1999 ne figure pas aux actes. Or, on ne saurait parler d'une violation grave du droit d'être entendu du recourant (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_319/2010 du 15 décembre 2010 consid. 10), dès lors que ce document est résumé dans l'expertise pluridisciplinaire précitée (pce 233 p. 17) et que le Tribunal de céans dispose de suffisamment d'informations pour juger de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré lors de l'octroi de la rente. Par ailleurs, on note que le Tribunal administratif fédéral, dans son arrêt de cassation du 12 juillet 2007 (pce 363 p. 12 s.), avait relevé que certaines pièces versées à la cause n'avaient rien à voir avec la présente

procédure puisqu'il s'agissait de documents concernant un autre assuré portant le même nom que le recourant; par conséquent, il s'ensuit que certaines pièces devaient forcément être éliminées du dossier, ce qui explique en partie les lacunes dans la numérotation initiale. Finalement, il sied de relever que l'assuré a reçu une copie du dossier nouvellement numéroté par l'administration (cf. supra let. K) et n'a fait valoir aucun grief concret en rapport avec le droit d'être entendu. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que les manquements de l'OAIE dans la tenue du dossier n'ont pas eu pour conséquence d'empêcher le recourant de défendre valablement ses droits dans la présente affaire. Une éventuelle violation du droit d'être entendu peut ainsi être considérée comme réparée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_788/2010 du 3 février 2011 consid. 3.2).

8.

Sur le plan matériel, le litige porte sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par voie de révision dès le 1^{er} mai 2005.

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

8.2. 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 complet du droit à la rente et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Dans la présente affaire, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant l'état des faits retenu lors de l'octroi

initial de la rente par décision du 6 avril 2000 et ceux qui ont existé jusqu'à la révision de la rente, à savoir le 10 mars 2005 (date de la décision de suppression de rente qui sera confirmée par la décision sur opposition du 29 juillet 2005; cf. supra let. C; voire arrêt du Tribunal fédéral 8C_972/2009 consid. 4.1), étant précisé que le Tribunal de céans doit également examiner l'évolution de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail jusqu'à la décision querellée du 11 mai 2009, puisque le Tribunal administratif fédéral a cassé la décision sur opposition précitée du 29 juillet 2005 pour complément d'instruction et prise d'une nouvelle décision (cf. supra let. C.; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 11 novembre 2010 consid. 4).

9.

Il ressort du dossier que, en son temps, l'administration a octroyé une rente entière à l'assuré pour des raisons psychiques et somatiques. Ainsi, dans l'expertise pluridisciplinaire du 23 juillet 1999 (pces 233 et 247), les Drs F._____ et G._____, internistes, le Dr H._____, rhumatologue et le Dr I._____, psychiatre (qui avaient en outre mis en œuvre un examen spécialisé de l'assuré auprès des Drs J._____, rhumatologue, et de la Dresse K._____, psychiatre [cf. pce 233 p. 1, 19 et 20]) ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de syndrome douloureux somatoforme persistant (dorsalgies et cervicalgies), de cervicarthrose C3-C4 et C5-C6 et de dysplasie de l'aile iliaque gauche probablement congénitale (pce 233 p. 22). Précisant que l'intensité des cervico-dorso-lombalgies chroniques discordait de manière importante avec les constatations objectives (pce 233 p. 24), ils estimaient que, du point de vue rhumatologique uniquement, la capacité de travail était diminuée pour l'ancienne activité de maçon mais qu'elle semblait être de 100% dans un travail adapté ne nécessitant pas le port de charges lourdes (pce 233 p. 26 2^{ème} point, p. 28 chif. 2, voire aussi p. 20). Sur le plan psychique, ils mettaient particulièrement en avant le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2 (pce 233 p. 25 in fine, p. 26 3^{ème} point), précisant que l'entité du trouble somatoforme douloureux persistant retenu comme deuxième diagnostic psychiatrique était de gravité modérée (pce 233 p. 26 1^{er} paragraphe et 3^{ème} point). Selon eux, ces troubles ne permettaient actuellement pas à l'assuré d'exercer son activité habituelle à plus de 25%; par ailleurs, il subsistait une capacité de travail de 50% dans une activité de substitution légère, étant précisé qu'en cas d'amélioration de l'état dépressif, cette dernière pourrait même atteindre 100% (pce 233 p. 27 point 6, p. 28 ch. 3, 236, 247 [précisions

des experts du 25 octobre 1999 quant à la capacité de travail du recourant]).

10.

10.1. Dans la présente procédure de révision, le Tribunal administratif fédéral a jugé que les actes d'instruction ayant abouti à la décision du 10 mars 2005 respectivement à la décision sur opposition du 29 juillet 2005 étaient insuffisants pour se prononcer valablement sur la capacité de travail de l'assuré et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle soumette l'intéressé à une nouvelle expertise (cf. supra let. D). L'autorité inférieure a ainsi confié la réalisation d'une expertise au Dr C._____, psychiatre au Cabinet E._____, (pce 371), lequel a jugé nécessaire de compléter ses investigations avec un examen orthopédique détaillé. Pour cette raison, il s'est adjoint les services du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique qui a figuré en tant que co-expert (pce 383). Ainsi, dans un rapport du 13 mai 2008 (pce 391 faisant suite à un examen de l'assuré le 9 mai 2008), le dernier praticien cité retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs avec discarthrose et hernie discale L5-S1 (M 54.5) et de cervicalgies sur cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 (M 47.8) ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de status après cure chirurgicale d'ulcère gastrique (Z 98.8) précisant notamment que les imageries mettent en évidence une discarthrose L5-S1 prononcée avec hernie discale (pce 391 p. 5). Il mentionne également que l'intéressé se plaint de brûlures et de douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs qui n'ont pas de substrat clinique pouvant les expliquer. Sur la base de ces constats, il conclut que l'assuré présente, sur le plan strictement médical, une incapacité de travail complète dans sa profession habituelle de maçon mais que, en revanche, il est en mesure d'accomplir une activité adaptée à plein temps moyennant un certain nombre de limitations fonctionnelles (travail en position alternée assis-debout, sans port de charges lourdes et sans travaux pénibles).

Parallèlement, le Dr C._____, dans un rapport du 29 mai 2008 (pce 392 établie suite à un examen de l'assuré les 6 et 9 et 16 mai 2008 [pces 385, 392 p. 1] et faisant également office de rapport de synthèse), pose les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif majeur récurrent, état actuel moyen (F33.1) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant possible (F45.4) et reprend les diagnostics rhumatologiques mentionnés par le Dr D._____. En rapport avec le syndrome douloureux somatoforme persistant, il précise que les douleurs aux

membres supérieurs et inférieurs ne reposent sur aucun élément objectif somatique selon l'expert orthopédique et qu'une certaine détresse psychologique est évidente chez l'assuré, ce qui justifie de retenir un tel diagnostic (pce 391 p. 14 paragraphe 2-3). Il relève également que l'assuré est certes déprimé mais que la symptomatologie dépressive atteint l'état actuel moyen (niveau inférieur, à la limite de l'état dépressif léger). Selon lui, on peut dès lors raisonnablement exclure une incapacité de travail pour seul motif de dépression dans les activités adaptées que l'assuré serait à même de pratiquer selon l'orthopédiste consulté. Par ailleurs, toujours selon l'expert, l'entité du syndrome douloureux persistant n'a rien de particulièrement inquiétant, le trouble étant tout au plus léger chez l'assuré. A ce titre, il met en évidence que la comorbidité psychiatrique n'a rien de grave et de manifestement incapacitante en soi (le trouble dépressif majeur récurrent étant non seulement moyen mais encore à la limite d'un état actuel léger), que le réseau social est manifestement conservé (le sujet dit avoir gardé de bons contacts avec sa famille et avoir conservé ses amis) et que, si l'on peut certes admettre une affection corporelle chronique à travers les lombalgies et cervicalgies décrites avec leurs bases organiques par l'expert orthopédique, ces troubles font uniquement obstacle à des professions particulières telles que celle de maçon mais n'empêchent pas l'assuré d'accomplir des activités professionnelles dans un métier adapté. En outre, l'expert relève que l'on ne peut pas parler de résistance au traitement conduit selon les règles de l'art puisque la prise en soin actuelle est réduite à sa portion congrue sans suivi psychiatrique stricto sensu; finalement, si l'on peut admettre une certaine chronicité des douleurs, il y a lieu d'apporter des nuances dès lors que les éléments dépressifs sont très en retrait par rapport à l'état clinique mis en relief lors de l'octroi de la rente (pce 292 p. 17 s.). Sur la base de ces constatations, il conclut que, sur le plan médico-théorique, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses problèmes de santé est probablement entière depuis 2002 et que les choses n'ont probablement pas varié depuis là (pce 292 p. 19).

10.2. Dans un rapport du 17 août 2008 (pce 402), le Dr L._____, de l'OAIE, reprend à son compte les conclusions des Drs C._____ et D._____ et estime que l'assuré ne présente plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée depuis 2002. L'administration se base ainsi sur l'expertise précitée ainsi que l'appréciation concordante de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours du 11 mai 2009, la suppression de la rente avec effet au 1^{er} mai 2005. Le recourant conteste ce point de vue en déniant toute valeur probante à l'expertise

des Drs C._____ et D._____ et en se basant sur divers rapports médicaux nouveaux.

11. Le Tribunal de céans prend position comme suit.

11.1. Tout d'abord, force est de constater que l'expertise réalisée par les Drs C._____ et D._____ a été effectuée par un psychiatre et un orthopédiste, à savoir des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de l'assuré. 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 392 p. 2 4^{ème} tiret, p. 17 paragraphe 8), ce qui renforce la valeur probante de leur appréciation. Finalement les rapports d'expertise des 13 et 29 mai 2008 ont été fait en connaissance de l'anamnèse, se basent sur des examens circonstanciés complétés par des tests sanguins (pce 389) ainsi qu'un test psychologique (pce 390), prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant, dressent un tableau global cohérent et contiennent des conclusions dûment motivées. Quoiqu'en dise le recourant le simple fait que le Dr C._____ retienne dans la liste des diagnostics "un trouble somatoforme douloureux persistant possible" alors qu'il fait part sans réserve de la présence d'une telle affection à d'autres endroits de son rapport ne saurait aucunement remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Bien plutôt, le Tribunal de céans peut conclure au niveau de la vraisemblance prépondérante qu'il s'agit d'une inadvertance de la part de l'expert, d'autant que ce dernier explique de manière détaillée pour quelles raisons il estime que cette affection n'entraîne pas une incapacité de travail de l'assuré. Au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation des Drs C._____ et D._____.

11.2. Il appert ensuite que la documentation médicale versée au dossier concernant la période antérieure à mai 2008 (moment où l'assuré a été examiné par les Drs C._____ et D._____) n'est pas de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des praticiens précités. Contrairement à ce que semble croire le recourant, il n'appartenait nullement aux Drs C._____ et D._____ de suivre en tout point les conclusions des rapports médicaux précédents plus favorables à son égard (notamment celles de l'expertise privée du 20 février 2006 exposées ci-après), mais bien de donner, en tant que spécialistes consultés, leurs propres points de vue sur les résultats de leurs investigations et de leurs analyses au sujet de la capacité de travail et de

l'état de santé de l'assuré. Dans ce contexte, il convient de préciser ce qui suit.

11.2.1. Dans un premier temps, l'administration a chargé le Centre B._____ de procéder à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré (pce 282). L'établissement mandaté a produit les trois documents suivants. Dans un rapport psychiatrique du 11 mai 2004 (pce 295), le Dr M._____ relève que l'état dépressif de l'assuré s'est amélioré avec le temps malgré des périodes de recrudescence de la symptomatologie dépressive. Indiquant également que l'intéressé présente parfois des troubles somatoformes divers qu'il parvient toutefois à gérer dans le contexte socio-familial sans symptôme dépressif important, il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (CIM-10 F33.4) et conclut que l'assuré possède une incapacité de travail de 20 à 30% d'un point de vue strictement psychiatrique. Il ajoute qu'il est important que l'assuré continue à suivre le traitement médicamenteux en cours et que, en cas de recrudescence des symptômes, une prise en charge par un psychiatre est souhaitable, la charge de se dernier étant avant tout de le soutenir moralement et de le stimuler dans la réalisation de projets. Dans un rapport orthopédique du 11 mai 2004 (pce 294), le Dr N._____ fait part d'un syndrome lombosciatalgique de nature principalement tendomyalgique et d'ostéochondrose cervicale de moyenne importance. Selon cet expert, la capacité de travail de l'assuré est de 70% dans l'ancienne activité de maçon, de 80% dans l'activité de cuisinier et de 100% dans une activité légère. Finalement, dans un rapport de synthèse du 15 juin 2004 signé par les Drs O._____ et P._____ (pce 293 p. 13), les diagnostics susmentionnés des Drs M._____ et N._____ sont repris. Il est indiqué que, après discussion pluridisciplinaire du cas, les experts retiennent une capacité de travail de l'assuré de 70% dans la profession de maçon et de 80% dans une activité mi-lourde ne nécessitant pas le soulèvement fréquent de charge, ne requérant pas le port de charges de plus de 20 kg, permettant l'alternance des positions et sans besoin de se pencher en avant en étant en position debout.

Cette documentation médicale appelle les remarques suivantes. D'une part, sur le plan rhumatologique, le rapport de synthèse du 15 juin 2004 n'est d'aucun secours au recourant puisque les Drs O._____ et P._____, à l'instar du Dr D._____ dans son rapport du 13 mai 2008, retiennent qu'une activité de substitution est exigible de la part de l'assuré à temps complet moyennant un certain nombre de limitations. Ils émettent même un avis moins favorable à l'intéressé dans la mesure où

ils estiment que la profession de maçon est encore exigible à 70% alors que le Dr D._____ est d'avis que le recourant ne peut plus exercer cette profession. Sur le plan psychiatrique, les experts du Centre B._____ se limitent à retenir le diagnostic d'état dépressif en rémission. Selon la CIM-10, un tel diagnostic est posé lorsque le sujet a eu, dans le passé, au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F33.0-F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois (Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision, volume 1, édition 2008 ad F33.4). Il peut également être retenu lorsque le patient se trouve sous traitement pour diminuer le risque de rechute (H. DILLING/W. MOMBOUR/M.H. SCHMIDT, internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 7. Auflage, Berne 2010 p. 159). Ainsi, au vu de l'affection psychique retenue par les experts du Centre B._____ et des constats cliniques très peu inquiétants (notamment symptomatologie dépressive légère; parfois troubles somatoformes que le patient arrive à gérer dans le contexte socio-familial [pce 295 p. 3 s.]), il n'est pas sans autre concluant, voire contradictoire, que le Dr M._____, dans le rapport psychiatrique du 11 mai 2004 retienne une capacité de travail de l'assuré de 70 à 80% sur le plan psychique et que les Drs O._____ et P._____, dans le rapport de synthèse du 15 juin 2004, concluent à une capacité de travail de 70% dans le métier de maçon et de 80% dans un travail adapté. Comme le relève à juste titre le Dr C._____ (pce 392 p. 17), il convient également de souligner que les experts du Centre B._____ ne motivent pas suffisamment leurs conclusions sur ce point. On ne saurait donc reconnaître pleine valeur probante à leur appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

11.2.2. Dans une expertise privée du 20 février 2006 (pce 342), le Dr R._____ — qui avait en outre soumis l'assuré à un test psychologique auprès de Madame Q._____, psychologue-psychothérapeute (rapport du 30 janvier 2006 [pce 341]) — pose les diagnostics psychiatriques avec incidence sur la capacité de travail de débilité légère (F70), de syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de dorsalgies et de cervicalgies depuis 1994 (F45.4), de modification persistante de la personnalité suite à des phénomènes divers (F62.8), de dépendance à l'alcool avec utilisation persistante de substance (F10.25) et de dépendance au tabac avec utilisation persistante de substance (F17.25). Il conclut que l'assuré ne peut qu'exercer une activité légère, c'est-à-dire n'impliquant pas le port de charges lourdes, ni d'activités exigeant une grande capacité d'adaptation mentale ou psychique et tenant compte des limitations intellectuelles de

l'assuré. Selon lui, le temps théoriquement exigible pourrait se situer au taux de 70%. Quant au rendement, il serait globalement diminué avec une capacité résiduelle de 30% qui, au terme d'une thérapie optimale conduite avec succès, pourrait être amené à 50% environ (pce 342 p. 21). Cette expertise n'est toutefois pas de nature à remettre en question les conclusions du Dr C._____ qui, dans son rapport du 29 mai 2008, explique de façon dûment motivée pour quelles raisons il s'écarte de l'évaluation du Dr R._____. Tout d'abord, le Dr C._____ relève que l'assuré ne présente aucun signe ou symptôme d'alcoolisme floride ce qui est compatible avec les dires de l'intéressé et les résultats de laboratoire (pce 392 p. 12). Dans ce contexte, on note que le diagnostic de dépendance à l'alcool retenu par le Dr R._____ n'avait jamais été mentionné auparavant dans la documentation médicale, se basait avant tout sur les allégations du recourant et n'était pas sans autre confirmé par les tests de laboratoire et les déclarations de la femme de l'assuré (cf. pce 342 p. 7 et 11). Dans ces conditions, il n'est nullement avéré et il n'y a pas lieu de retenir que, jusqu'à ce jour, l'assuré ait été victime d'une alcoolodépendance constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3 in fine). En ce qui concerne le retard mental, le Dr C._____ souligne que le quotient intellectuel très faible de 59 mise en évidence par Madame Q._____ dans son rapport du 30 janvier 2006 ne résiste pas à une confrontation avec l'histoire de l'assuré, d'autant que ce dernier a été normalement scolarisé, qu'il a travaillé pendant des années sans problème et qu'il a même été chef d'équipe ce qui ne serait pas compatible avec une personne souffrant de débilité. L'expert renforce encore son argumentation en renvoyant à un test psychologique de l'assuré effectué en date du 13 mai 2008 auprès de Madame S._____ qui met en évidence un quotient intellectuel de 74, ce qui correspond à une intelligence normale, limite. Le Dr C._____ conclut que ce résultat permet d'exclure toute incapacité de travail de l'intéressé pour cause de retard mental (pce 392 p. 12). Le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisantes de douter du bien-fondé de cette évaluation (qui est dûment étayée, prend en compte l'ensemble de la carrière professionnelle effectuée par l'intéressé et se base sur le rapport concluant d'une psychologue) d'autant que, jusqu'à ce jour, le Dr R._____ est resté le seul psychiatre à avoir posé le diagnostic de débilité chez l'assuré (cf. notamment l'expertise psychiatrique du Centre B._____ du 11 mai 2004 faisant expressément part d'une intelligence normale du patient dans sa globalité [295 p. 3]; voire aussi pces 392 p. 11 s., 233 p. 22, 200 p. 4 ss) et que le test psychologique réalisé par Madame Q._____ début 2006 est resté isolé, ne s'intègre pas dans le

contexte général comme le relève de façon convaincante le Dr C._____ et n'a pas été confirmé par rapports médicaux postérieurs dont notamment le rapport précité du 13 mai 2008 établi par Madame S._____, à savoir une psychologue s'exprimant dans le cadre d'une expertise administrative, et les rapports psychiatriques des 26 décembre 2008 (pce 414) et 4 février 2009 (pces 421) ne retenant pas le diagnostic de débilité. Dans ces circonstances, les avis du Dr R._____ et de Madame Q._____ ne sauraient convaincre le Tribunal administratif fédéral — au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — que, pendant la période déterminante, l'assuré a souffert d'un retard mental avec incidence sur sa capacité de travail. S'agissant du trouble de la personnalité, le Dr C._____ retient que le diagnostic de modification durable de la personnalité n'a vraiment pas sa place dans la présente affaire, car on n'est pas dans la situation d'une catastrophe (camp de concentration, torture, catastrophe naturelle) et qu'il n'y a jamais eu d'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, les résultats de l'expertise du Centre B._____ parleraient à l'encontre d'un changement manifeste et permanent de la personnalité (pce 392 p. 15). Le Tribunal de céans ne peut que se rallier à cette appréciation qui s'insère dans l'ensemble de la documentation médicale versée au dossier (y compris le rapport du 6 juin 1997 effectué par le Dr T._____ qui soulève certes l'hypothèse de possibles troubles de la personnalité mais indique également que des investigations complémentaires sont indispensables sur ce point [pce 206]). Ainsi, aucun des praticiens ayant examiné l'assuré avant et après l'expertise du Dr R._____ n'a également retenu ou confirmé un diagnostic psychiatrique avec valeur de maladie en rapport avec un trouble de la personnalité (cf. notamment pces 200 p. 4-7; 233 p. 25; 295 p. 3; 421). Finalement, en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, le Dr C._____ a expliqué en détails et conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus (cf. supra consid. 6 et 10.1 2^{ème} paragraphe) pour quelles raisons cette affection ne saurait présenter un caractère invalidant dans la présente affaire. Les éléments contraires mis en évidence par le Dr R._____ ne sauraient convaincre. En effet, au vu de ce qui a été dit précédemment, l'on ne saurait retenir une comorbidité psychiatrique in casu vu que le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, état actuel moyen (F33.1), doit être considéré comme une symptomatologie d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux persistant (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_459/2010 du 15 décembre 2010 consid. 2.2; 8C_144/2010 du 4 août 2010 consid. 3.5). Par ailleurs, les autres critères permettant exceptionnellement de conclure à un caractère incapacitant en relation avec cette atteinte ne se présentent pas de façon

suffisamment prononcée pour que l'on puisse en déduire une quelconque incapacité de travail de l'assuré. En particulier, contrairement à ce que retient le Dr R._____ (cf. pce 342 p. 21), l'on ne peut parler de retrait social chez cet assuré qui garde des contacts avec sa famille et a gardé des amis (pce 392 p. 18; voire aussi pce 293 p. 8 6^{ème} paragraphe; arrêts du Tribunal fédéral 9C_482/2008 du 18 mai 2009 consid. 4.2.4). A titre superfétatoire, on note que, même si l'assuré nie avoir travaillé pendant la période déterminante (cf questionnaires pour la révision de la rente des 16 juillet 2004 [pce 290] et 16 juin 2008 [pce 397]), il semble avoir été actif à temps partiel dans l'entreprise de sa femme pendant un certain temps selon les indications très générales du Dr R._____ (pce 342 p. 21). En outre, quoiqu'en dise le Dr R._____, l'on ne peut parler de profit primaire de la maladie au sens de la jurisprudence du simple fait que l'assuré a besoin financièrement d'une rente AI. On note également que la condition de l'épuisement des moyens de thérapie n'est pas réalisée puisque l'assuré lui-même reconnaît qu'il ne prend pas de façon régulière les médicaments prescrits et qu'apparemment il consulte un psychiatre depuis peu de temps seulement (pces 200 p. 3 3^{ème} paragraphe, 233 p. 19, 342 p. 19, 414, 421) sans qu'il puisse être retenu en l'espèce une maladie psychique pertinente qui pourrait justifier un tel comportement. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'analyse effectuée par le Dr R._____ ne saurait convaincre. Bien plutôt, elle constitue un indice supplémentaire que l'état de santé de l'assuré s'est notablement amélioré depuis l'octroi de la rente en 2000 dès lors que l'expert précité ne retient plus aucun diagnostic concret en rapport avec le trouble dépressif. Or, en son temps, la rente entière avait été octroyée avant tout pour cause de dépression sévère (cf. supra consid. 9), ce qui n'était plus actuel en janvier 2006 conformément à la documentation médicale unanime sur ce point. Dans ces circonstances, l'allégation du recourant selon laquelle il aurait connu une rechute des troubles psychiatriques en 2006 (cf. pce 392 p. 19) n'est pas attestée par l'expertise du Dr R._____. On note que les actes ultérieurs versés à la cause ne permettent également pas de confirmer une détérioration de l'état de santé sur le plan psychique (cf. à ce sujet consid. 10.1 2^{ème} paragraphe et consid. 11.3.2).

11.2.3. Finalement, il sied de relever que la prise de position du Dr L._____ du 4 juin 2006 (pce 347 [rapport du service médical de l'OAIE]) retenant, dès le 20 février 2006, une incapacité de travail de l'assuré de 50% pour des raisons psychiatriques en se basant sur l'expertise du Dr R._____, ne saurait être déterminante dans la présente affaire. En effet, dans son jugement du 12 juillet 2007 (pce 363),

le Tribunal administratif fédéral a clairement indiqué que les actes de la cause n'étaient pas suffisants pour emporter la conviction. Dans ces circonstances, l'avis sommaire du Dr L._____ rendu sans examen personnel de l'assuré n'est pas de nature à lier l'administration (cf. arrêt du Tribunal de céans C-1365/2010 du 10 décembre 2010 consid. 10 et les références citées). Au surplus, on note que, suite à l'instruction complémentaire, le praticien précité a fait siennes les conclusions des Drs C._____ et D._____ (cf. prise de position du 17 août 2008 [pce 402]).

11.3. Le Tribunal de céans constate également que les rapports médicaux produits par l'assuré suite à l'expertise des Drs P.-A. C._____ et D._____ ne lui sont d'aucun secours.

11.3.1. Ainsi, en ce qui concerne l'atteinte au rachis, le recourant verse à la cause deux rapports médicaux datés du 17 novembre 2008 et établis suite à un scanner cervical et lombo-sacral (pce 417). Il est fait notamment part d'une possible atteinte radiculaire en C3-C4/C5-C6 et L5-S1. Or, on note qu'une éventuelle compression de la racine au niveau cervical et lombaire était déjà mentionnée dans les rapports médicaux soumis à l'appréciation du Dr D._____ (cf. pces 373 [rapport de la Dresse X._____ du 15 janvier 2008]; pce 374 [rapport médical du 16 novembre 2007]) et que ce dernier n'a toutefois pas relevé de symptôme radiculaire (expertise orthopédique du 13 mai 2008 [pce 391 p. 6]). Ce constat est corroboré par le certificat du Dr V._____, neurochirurgien, qui, dans son rapport du 30 janvier 2009 (pce 419), atteste que l'assuré ne présente pas de déficits neurologiques apparents dignes d'être mentionnés et que les douleurs chroniques de l'assuré sont modérées. Par ailleurs, le Dr W._____, dans un rapport du 11 février 2011 (pce 420), parle d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan rhumatologique depuis 2003 et n'indique nullement une péjoration spécifique de l'état clinique intervenue dans les mois ayant suivi l'examen effectué par le Dr D._____ en mai 2008. Finalement, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr D._____ a tenu compte du fait que l'assuré faisait part de blocage. En effet, cela ressortait de la documentation médicale mise à sa disposition (pce 233 p. 12 [expertise du 23 juillet 1999]), pce 293 p. 8 [expertise du 15 juin 2004], pce 303 [rapport du Dr Y._____ du 14 décembre 2004], pce 331 [rapport du Dr Z._____ du 28 juin 2005]) et est explicitement mentionné dans l'expertise orthopédique du 13 mai 2008 sous la rubrique des plaintes actuelles de l'assuré (cf. pce 391 p. 2 établie par le Dr D._____). Dans ces conditions, le Tribunal de céans peut conclure au degré de la

vraisemblance prépondérante que la documentation médicale nouvellement produite par l'assuré n'apporte pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause l'avis du Dr D._____ qui a été rendu en connaissance de cause et suite à un examen détaillé de l'intéressé (cf. également l'appréciation du Dr L._____ du 26 avril 2009 [pce 424]). Conformément à la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5), il y a donc lieu d'écarter les opinions divergentes des Drs V._____ et W._____ dans la mesure où, sur le plan rhumatologique, ces praticiens retiennent une incapacité de travail importante de l'assuré dans leurs rapports précités des 30 janvier et 11 février 2009. On ajoutera que, de toute façon, ces documents ne peuvent revêtir qu'une valeur probante limitée dès lors que les Drs V._____ et W._____ ne prennent pas position quant aux conclusions du Dr D._____, notamment en ce qui concerne l'exigibilité d'une activité de substitution tenant compte des limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise orthopédique du 13 mai 2008 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_730/2010 du 11 avril 2011 consid. 6.2).

11.3.2. Sur le plan psychiatrique, l'assuré produit deux rapports médicaux établis par le Dr Aa._____ retenant le diagnostic de dysthymie (certificats des 21 décembre 2008 et 4 février 2009 [pces 414 et 421]). Or, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dysthymie ne constitue en principe pas à elle seule une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_246/2010 du 11 mai 2010 consid. 2.2.1 et les références citées). Eu égard à la documentation médicale produite, et notamment au fait que les spécialistes ne font pas part d'un trouble affectif ou de la personnalité grave chez l'assuré, il n'y a pas de motifs pertinents pour s'écarter en l'espèce de cette règle jurisprudentielle. Bien plutôt, les rapports du Dr Aa._____ confirment que le trouble dépressif sévère retenu en 2000 s'est considérablement résorbé.

12.

Au vu 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, que, par rapport à la situation ayant été donnée le 6 avril 2000, 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 2002, ce qui 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. 8.1). Il y a donc lieu de retenir que, sur le plan strictement médical, l'assuré, en mars 2005, disposait d'une capacité de

travail de 100% dans un travail adapté moyennant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D._____ (cf. supra consid. 10.1 1^{er} paragraphe in fine) et que cet état a perduré jusqu'au 11 mai 2009, date de la décision attaquée.

13.

Il convient 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, le Dr C._____ estime que l'assuré dispose de suffisamment de ressources et que des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées (pce 392 p. 17, p. 22 in fine). Par ailleurs, il sied de tenir compte du fait que l'assuré peut nouvellement travailler à 100% dans de nombreux secteurs. Par surabondance, on note finalement que, selon les indications du Dr R._____ dans l'expertise privée du 20 février 2006 (pce 342 p. 21), le recourant apparaît avoir travaillé un certain temps à temps partiel dans l'entreprise de sa femme. Eu égard à 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. arrêt 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). Dans ce contexte, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3). Or, il appert que l'assuré ne remplissait pas ces conditions en l'espèce.

14.

Il sied 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.

14.1. 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 (ESS) 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).

14.2. En l'occurrence, l'OAIE a effectué une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus entre le salaire mensuel moyen d'un salarié avec des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur "construction" (niveau de qualification 3) en 2006 avec un revenu théorique moyen 2006 pour des activités de substitution simples et répétitives proposées par le service médical de l'OAIE (revenu encore diminué de 5 % pour tenir compte des circonstances particulières du cas particulier) et a conclu que le recourant subissait une diminution de sa capacité de travail et de gain n'ouvrant pas le droit à une rente (pce 403). Même en reprenant les paramètres de l'autorité inférieure tout à fait favorables au recourant (salaire d'invalide déterminé sur la base d'une moyenne des salaires dans deux secteurs d'activités du niveau de qualification 4 au lieu de la moyenne des salaires dans le niveau de qualification 4, toute branche confondue [cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3;

8C_938/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5.2]; salaire de valide déterminé selon les données ESS et non selon le dernier salaire effectif indexé à l'année de référence [cf. arrêt du Tribunal fédéral I 700/05 du 12 janvier 2007 consid. 8]) et en effectuant la comparaison des revenus en se référant aux données ESS 2005 (moment où le droit à la rente a été supprimé), force est de constater que l'assuré ne présente pas une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente. Ainsi, en procédant de la sorte, on retient pour le recourant un revenu statistique mensuel moyen de Fr. 5'358.- pour 40 h./sem en 2004 (secteur construction, niveau de qualification 3). Après adaptation au nombre d'heures de travail hebdomadaires effectuées en 2005 en moyenne dans ce secteur, à savoir 41.7 h./sem. et indexation du salaire pour l'année 2005 de 1.1%, on obtient un revenu sans invalidité de Fr. 5'647.16. Les activités de substitutions 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; intermédiaire du commerce" (Fr. 4'672.- pour 40 h./sem) et "autres services collectifs et personnels" (Fr. 4'181.- pour 40 h./sem). La moyenne de ces revenus – adaptés au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en 2005 (41.9 respectivement 41.6 h./sem) et indexés à l'année 2005 (+ 0.8% respectivement + 0.6%) – correspond à un montant de Fr. 4'653.70. L'autorité inférieure estime qu'il se justifie d'opérer une réduction de 5% sur le salaire d'invalidé pour tenir compte des particularités du cas d'espèce. Le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisantes pour remettre en cause cette évaluation, d'autant plus que le recourant était âgé de seulement 46 ans lors de la suppression de la rente et que, médicalement, il était encore en mesure de travailler à plein temps dans une activité de substitution (cf. arrêts du Tribunal 9C_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 4.2). Il convient donc de fixer le revenu avec invalidité à Fr. 4'421.02 (95% du 4'653.70). La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 5'647.16 au revenu d'invalidé de Fr. 4'421.02 fait apparaître un préjudice économique de 21.71% ($\frac{5'647.16 - 4'421.02}{5'647.16} \times 100$). 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 une déduction maximale de 25% du salaire d'invalidé pour motifs personnels ou en effectuant une nouvelle comparaison des revenus pour l'année 2009, date de la décision dont est recours ($\frac{5'942.60 - 4'629.95}{5'942.60} \times 100$: 22.09%).

15.

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 1^{er} mai 2005 (cf. article 88^{bis} 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.

16.

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).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :