**Bundesverwaltungsgericht**
**Tribunal administratif fédéral**
**Tribunale amministrativo federale**
**Tribunal administrativ federal**



Cour III
C-6759/2009

# Arrêt du 3 mai 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Stefan Mesmer et Beat Weber, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

**A._____**,
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 14 octobre 2009).

## Faits :

**A.**
Le recourant A._____, ressortissant portugais né le […] 1967, a travaillé tout d'abord dans l'agriculture au Portugal, puis dans différentes entreprises de construction en Suisse de 1989 au 25 octobre 2002, date à partir de laquelle il dû cesser d'exercer toute activité pour cause de maladie (pces 19 p. 4-5, 30 p. 1 let. B, 60 p. 2, 107). En date du 9 mai 2003, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI FR) (pce 8).

**B.**
Après avoir recueilli divers renseignements économiques et médicaux dont notamment une expertise psychiatrique du 11 mai 2004 (pce 59) et une expertise rhumatologique du 12 mai 2004 (pce 60), l'OAI FR, par décisions des 31 janvier et 11 mars 2005 (pces 79 et 88), alloue une rente entière au recourant dès le 1er octobre 2003 pour cause de troubles psychiques complètement invalidants (trouble de l'adaptation avec humeur dépressive passagère; syndrome douloureux somatoforme persistant). Le dossier est ensuite transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) pour compétence, l'assuré étant retourné vivre au Portugal (courrier du 6 juillet 2005 [pce 91]).

**C.**
En juillet 2007 (pce 96), l'administration ouvre une procédure de révision au cours de laquelle l'Office de liaison portugais produit un rapport psychiatrique du 6 mars 2008 (pce 108), un rapport rhumatologique du 14 mars 2008 (pce 109) et un rapport E 213 du 17 mars 2008 (pce 110). Appelés à se déterminer sur la documentation médicale produite, les Drs B._____, médecine générale, et C._____, psychiatre, constatent que le tableau clinique retenu par leurs confrères portugais indique une psychopathologie qui n'est pas particulièrement prononcée. Ils en infèrent une amélioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique. Selon eux, celui-ci aurait ainsi retrouvé une capacité de travail de 70% dans une activité de substitution (prises de position des 25 juillet 2008 [pce 114] et 19 août 2008 [pce 116]). Sur cette base, l'OAIE procède à une comparaison des revenus par acte du 9 septembre 2008 (pce 117) et constate que l'assuré ne subit plus qu'une perte de gain de 37.15%.

**D.**
Le 19 septembre 2008 (pce 118), l'OAIE informe l'assuré que, selon lui, les nouveaux documents reçus permettent de conclure à l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et qu'il entend pour cette raison supprimer le droit aux prestations allouées jusqu'alors par la voie de la révision.

**E.**
L'assuré conteste ce projet de décision par acte daté du 17 octobre 2008 (timbre postal [pce 121]) en produisant un extrait de l'expertise psychiatrique du 11 mai 2004 (pce 123) et deux certificats de la Dresse D._____, psychiatre (pces 122 et 124). Cette praticienne signale que son patient souffre d'un désordre de douleur lié aux facteurs psychologiques et à un état médical général (DSM-IV n° 307.89) et que cette affection entraîne une incapacité de travail de 85%.

**F.**
Au vu des avis divergents versés au dossier, l'administration, suivant l'avis de son service médical (rapport du 17 novembre 2008 [pce 125]), décide de mettre en œuvre la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. L'assuré est ainsi examiné le 20 avril 2009 par la Dresse E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et le 21 avril 2009 par le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Confirmant notamment la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts concluent à l'absence d'affections psychiques et somatiques incapacitantes (expertises des 28 avril et 4 mai 2009 [pces 130 et 133]). L'administration soumet le dossier ainsi complété à son service médical pour prise de position. Dans un rapport du 22 mai 2009 (pce 138), le Dr C._____ se rallie aux conclusions des experts et estime que l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail dès le 6 mars 2008, date du rapport psychiatrique susmentionné remis par les autorités portugaises.

**G.**
Le 5 juin 2009, l'OAIE informe l'assuré que, selon lui, les nouveaux documents reçus permettent de conclure à l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée dès le 6 mars 2008 dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et que, par conséquent, le droit aux prestations n'existe plus (pce 139).

**H.**
Par actes des 17 juin 2009 (pce 146), 22 juin 2009 (pce 149 p. 2) et 10

août 2009 (pce 149), l'assuré fait part de son désaccord quant au projet de décision, soulignant qu'il se trouve dans la même situation médicale que lors de l'octroi de la rente. Il produit des certificats médicaux des 20 juin 2009 (pce 148), 8 août 2009 (pce 150) et un acte non daté établi par la Dresse D._____ (pces 141-145).

**I.**
Après avoir consulté son service médical (prise du position du 17 août 2009 [pce 151]), l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré à partir du 1er décembre 2009 (décision du 14 octobre 2009 [pce 153]).

**J.**
Par acte du 26 octobre 2009 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en reprenant les motifs allégués dans ses écritures précédentes. Estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité, il produit plusieurs rapports médicaux déjà versés au dossier. En outre, par courrier du 2 novembre 2009 (pce TAF 3), il verse aux actes de la cause un certificat médical du 31 octobre 2009.

**K.**
Par décision incidente du 5 novembre 2009 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral invite le recourant, dans un délai de 30 jours dès réception dudit acte, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 13 novembre 2009 (pce TAF 4 p. 2).

**L.**
Appelée à se déterminer sur le recours et la nouvelle documentation produite, l'autorité inférieure, se référant à une prise de position de son service médical du 17 février 2010 (pce 156), propose son rejet et la confirmation de la décision attaquée (préavis du 9 mars 2010 [pce TAF 8]). Par réplique du 3 mai 2010 (pce TAF 11), l'assuré réitère ses conclusions antérieures et verse à la cause un acte des autorités portugaises du 20 avril 2010. Par ailleurs, dans un courrier du 17 mai 2010 (pce TAF 13), il fait parvenir au Tribunal de céans un certificat médical non daté établi par la Dresse D._____. Finalement, par duplique du 23 juin 2010 (pce TAF 15), l'OAIE, se basant sur une prise de position de son service médical (rapport du 11 juin 2010 [pce 158]), ne décèle aucune raison de revenir sur ses déterminations antérieures. Ce document est envoyé au recourant pour connaissance (ordonnance du 9 juillet 2010 [pce TAF 16]).

**M.**
Par courrier du 26 août 2010 (pce TAF 17), l'épouse du recourant demande qu'une décision soit rendue dans la présente affaire et prie le Tribunal de céans de lui donner des informations quant à la possibilité d'obtenir une aide sociale en Suisse.

## 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 1er 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. dbis 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 26bis 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 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 (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 institution 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 courant jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI (dont les dispositions sont citées ci-après), étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application de l'ancien droit n'a aucune incidence sur l'issue de la cause dans la présente affaire. Dans ce contexte, on relève que l'art. 31 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, ne trouve pas application dans des constellations comme en l'espèce où l'assuré, au moment déterminant, n'exerçait pas d'activité lucrative (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_972/2009 du 27 mai 2010).

**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). 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 directrice en matière d'appréciation des preuve. 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2).

**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 maladif 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.**
En l'espèce, le litige porte sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par la voie de la révision. Le Tribunal de céans peut donc se limiter à se déterminer sur ce point, étant précisé qu'il ne lui appartient pas de conseiller le recourant quant à l'existence d'une aide sociale en Suisse (cf. à ce sujet lettre de l'épouse de l'assuré du 26 août 2010 [supra let. M]).

**8.**
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). 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 retenus lors de l'octroi initial de la rente par décision du 31 janvier 2005 et ceux qui ont existé jusqu'au 14 octobre 2009, date du prononcé de l'acte entrepris.

**9.**

**9.1.** Il ressort du dossier que, en son temps, l'administration a octroyé une rente entière à l'assuré avant tout pour des raisons psychiques. Ainsi,

dans un rapport du 11 mai 2004 (pce 59), le Dr G._____, psychiatre, a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive passagère et de syndrome douloureux somatoforme persistant (voire également l'expertise rhumatologique du 12 mai 2004 établie par le Dr H._____ [pce 60 p. 8 s. faisant notamment part d'un syndrome thoraco-lombaire-vertébral chronique entraînant des limitations minimales du point de vue rhumatologique]).

**9.2.** Dans le cadre de la procédure de révision entamée en juillet 2007, le dossier a notamment été complété avec les actes suivants.

**9.2.1.** Dans un rapport psychiatrique du 6 mars 2008 (pce 108), le Dr I._____, mandaté par l'office de liaison portugais, relève que l'assuré souffre de migraines ainsi que de troubles du sommeil et suit un traitement médicamenteux avec du Zolpiden. Indiquant notamment que l'assuré présente une humeur euthymique sans altération de la pensée et des perceptions, il estime son degré d'invalidité à 0.30% selon les références des institutions de sécurité sociale portugaises.

**9.2.2.** Un rapport rhumatologique du 14 mars 2008 (pce 109 établie par le Dr J._____, également mandaté par l'office de liaison portugais) signale que l'assuré souffre de rachialgies de rythme mécanique, en particulier de cervicalgies et de lombalgies, ainsi que parfois d'épisodes de lombosciatalgies. En outre une radiographie met en évidence une spondylarthrose généralisée. Selon l'expert, ce tableau clinique a donné lieu à des douleurs fréquentes et intenses ainsi qu'à des limitations fonctionnelles significatives diminuant la capacité de l'assuré pour exercer ses tâches professionnelles.

**9.2.3.** Dans un rapport E 213 du 17 mars 2008 (pce 110), la Dresse K._____ pose les diagnostics de goutte, de gonarthrose bilatérale, de cervicalgies et de lombalgies, d'hypercholestérolémie et de syndrome dépressif. Elle ne se prononce toutefois pas quant à la capacité de travail de l'assuré (cf. pce 110 p. 8 n° 9, p. 10 n° 11.4-11.6) tout en indiquant une incapacité de travail totale dans la dernière activité selon la législation du pays de résidence (cf. pce 110 p. 10 n° 11.7).

**9.2.4.** Dans un rapport du 17 octobre 2008 (pce 124), la Dresse D._____, psychiatre traitant de l'assuré, atteste que ce dernier souffre d'un désordre de douleur liés aux facteurs psychologiques (DSM IV 307.89). Relevant que l'intéressé présente des symptômes d'anxiété, d'insomnie, d'humeur dépressive, de ralentissement de la pensée ainsi

que de douleurs chroniques et qu'il a également des difficultés à communiquer et à comprendre les instructions, elle estime que celui-ci ne possède pas les ressources intellectuelles et adaptatives nécessaires qui seraient nécessaires pour reprendre pied dans une profession quelconque.

**9.2.5.** Mandaté par l'OAIE de procéder à une expertise pluridisciplinaire, les Drs E._____, rhumatologue, et F._____, psychiatre, soumettent l'assuré à un examen les 20 et 21 avril 2009. Le premier praticien cité ne retient aucune affection avec incidence sur la capacité de travail et pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'excès pondéral progressif, d'hépathopathie associée à une macrocytose et à une discrète diminution de la pallesthésie d'origine toxique probable, d'intolérance au glucose probable, d'hyperuricémie sans signe d'arthrite inflammatoire ou de maladie tophacée articulaire depuis 2002, stabilisée, de haute tension artérielle traitée et de discrets troubles dégénératifs rachidiens et fémoro-patellaires compatibles avec l'âge associés à des troubles douloureux irréductibles sans traduction clinique objective actuelle dans le contexte d'un trouble somatoforme (expertise du 4 mai 2009 [pce 133 p. 17]). Retenant que l'assuré ne présente aucun signe de déconditionnement, que la symptomatologie a connu une évolution favorable depuis l'octroi initial de la rente en 2005 et que, au vu des résultats des tests sanguins, il paraît fort probable que l'intéressé ne prenne pas les antalgiques dont il prétend avoir besoin, il conclut que ce dernier peut à nouveau accomplir son ancienne activité d'aide-maçon en tenant compte d'une diminution de rendement de 20% pendant les trois premiers mois, dès lors qu'il n'a plus travaillé depuis longtemps (pce 133 p. 19).

Pour sa part, le Dr F._____ constate que les douleurs sont la plainte principale et la préoccupation constante de l'assuré sans qu'il y ait d'explication organique à ces maux. En outre, selon lui, on peut admettre une certaine détresse psychosociale chez ce sujet qui tend à percevoir son émigration en Suisse comme un échec et qui se dit très affecté par la maladie de son épouse; il paraît ainsi justifié de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (expertise du 28 avril 2009 [pce 130 p. 9]) et, au vu des résultats de laboratoire, de syndrome de dépendance alcoolique probable sans répercussion sur la capacité de travail (pce 130 p. 10 et 13, 3ème paragraphe). Par ailleurs, l'expert atteste que les critères pour retenir un caractère incapacitant du trouble somatoforme ne sont plus remplis au moment de l'expertise (sur la jurisprudence y relative cf. supra consid. 6). Ainsi, il écarte toute

comorbidité psychiatrique précisant que le trouble de l'adaptation figurant sur la liste des diagnostics lors de l'octroi initial de la rente n'a plus lieu d'être retenu. En outre, il indique que l'on doit plutôt écarter la situation dite cristallisée puisque qu'il n'y a plus d'éléments qui permettent de noter un trouble de l'adaptation ou une entité équivalente qui décrirait une symptomatologie identique de dépression de peu de sévérité sur le long terme et que la prise en charge thérapeutique par un psychiatre est toute récente, étant précisé que différents tests effectués dans le cadre de l'expertise démontrent que l'assuré ne prend pas ou pas correctement les médicaments prescrits par le psychiatre traitant. Le Dr F._____ relève également l'absence d'affection corporelle chronique sévèrement incapacitante conformément au rapport d'expertise rhumatologique de sa consoeur et que l'assuré bénéficie à nouveau d'un réseau social étayé, ce qui peut avoir contribué à la diminution des troubles psychiques (pce 130 p. 12-14). Quant au syndrome de dépendance alcoolique probable, il précise qu'en l'absence d'affection psychiatrique incapacitante comme cause de la dépendance, cet alcoolisme doit être considéré comme primaire et ne saurait dès lors être pris en compte pour une quelconque incapacité de travail (pce 130 p. 12). Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert conclut qu'il n'a pas de motifs pour retenir une incapacité de travail quelconque de l'assuré sur le plan psychiatrique (pce 130 p. 11 in fine, 16 ss).

**9.2.6.** Appelé à prendre position sur les rapports d'expertise, le Dr C._____, psychiatre du service médical de l'OAIE, fait siennes les conclusions des Drs E._____ et F._____ (rapport du 22 mai 2009 [pce 138]).

**9.2.7.** Sur la base de ces derniers avis médicaux, l'administration a jugé que le dossier était suffisamment instruit et procédé à la suppression de la rente par décision du 14 octobre 2009.

Le recourant estime pour sa part que la situation médicale est restée identique et conteste l'évaluation faite par les experts en se basant sur divers documents médicaux.

**10.**

**10.1.** La présence d'un motif de révision suppose une modification notable du taux d'invalidité. Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une

nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus soient restés identiques n'exclut pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant un changement notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. Tel est notamment le cas lorsque l'intensité de l'affection s'est résorbée ou lorsque l'assuré a réussi à mieux s'adapter à son atteinte. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit ou si l'on se trouve en présence d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait qui ne saurait être pertinent en matière du droit de la révision nécessite un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 2.2.2; 8C_761/2010 du 1er mars 2011 consid. 2.2.2; en rapport avec les troubles somatoformes cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.2 s.; A. BRUNNER, N. BIRKHÄUSER, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 193).

**10.2.** Dans la présente procédure de révision, il appert que l'assuré a été examiné par le Dr F._____, psychiatre, et la Dresse E._____, rhumatologue et interniste, soit des spécialistes disposant de toutes les connaissances requises pour juger de l'état de santé de l'assuré. En outre, l'instruction ordonnée par l'administration revêt un caractère interdisciplinaire dès lors que les experts mandatés ont discuté ensemble du cas avant de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré (pce 133 p. 2), ce qui renforce la valeur probante de leur appréciation. Finalement les rapports d'expertise des 28 avril 2009 et 4 mai 2009 se basent sur une anamnèse complète (avec résumés détaillés des actes au dossier) et des examens circonstanciés complétés par des tests sanguins et d'urine (pces 134-136), prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant, dressent un tableau global cohérent et contiennent des conclusions dûment motivées. En particulier, il ressort de l'expertise psychiatrique que le Dr F._____ a posé de nombreuses questions à l'assuré et qu'il a manifestement eu un entretien prolongé avec ce dernier

(cf. notamment pce 130 p. 6 concernant les plaintes de l'assuré). Dans ces circonstances, l'allégation du recourant selon laquelle il aurait été examiné pendant seulement 5 minutes par le médecin psychiatre n'apparaît en aucun cas crédible ─ on note également que l'assuré a soulevé ce grief relativement tard dans son mémoire de recours du 26 octobre 2009 (pce TAF 1) et non dans sa prise de position du 17 juin 2009 relative au projet de décision prévoyant la suppression de la rente (pce 146) ─ et il n'y a pas lieu d'y attacher une importance déterminante. Bien plutôt, au vu de l'étude fouillée réalisée par le Dr F._____ et des nombreuses informations recueillies auprès de l'assuré à cette occasion (cf. pce 130 p. 3-7), le Tribunal administratif fédéral peut conclure que les investigations effectuées par l'expert psychiatre ont été effectuées avec tout le sérieux nécessaire et que l'entretien avec le recourant a été d'une durée suffisante pour juger valablement de son état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 188/06 du 12 avril 2007 consid. 5.2; I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3 et les références). Compte tenu de tout ce qui précède, il convient d'accorder pleine valeur probante aux expertises rhumatologiques et psychiatriques des 28 avril et 4 mai 2009.

**10.3.** Dans ce contexte, force est de constater que les experts motivent dûment les raisons pour lesquelles ils estiment que la capacité de travail de l'assuré a augmenté de façon significative quand bien même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant était toujours actuel au moment où ils ont examiné le recourant (sur la jurisprudence y relative cf. supra consid. 10.1, 2ème paragraphe). En particulier, ils font part d'une amélioration significative du tableau clinique de l'assuré qu'ils mettent en évidence avec plusieurs éléments. Sur plan rhumatologique, la Dresse E._____ relève que, actuellement, l'assuré ne présente plus de syndrome lombovertébral ni de sciatalgies et qu'il ne refuse plus de se mobiliser comme lors de l'expertise rhumatologique du 12 mai 2004. Par ailleurs, elle constate que l'arthropathie goutteuse a connu une évolution favorable avec l'absence de récidives aiguës depuis plusieurs années, que les radiographies actuelles remises aux experts confirment l'absence de pathologies qui seraient nouvellement apparues par rapport aux examens décrits lors de l'octroi de la rente et que le recourant ne démontre aucun signe actuel de décompensation cardiaque (pce 133 p. 19 s.). Sur le plan psychiatrique, le Dr F._____ atteste que le diagnostic de trouble de l'adaptation, retenu lors de l'expertise psychiatrique du 11 mai 2004, n'est plus actuel et qu'il n'y a pas lieu de conclure que le diagnostic de syndrome de dépendance alcoolique probable puisse engendrer une quelconque incapacité de travail (pce 130 p. 11 et 13). Cette évaluation favorable du tableau clinique est tout à fait

convaincante au vu de l'état des faits différent qui a existé en 2005, date de l'octroi de la rente, et en 2009, année où la décision litigieuse a été prononcée pour les motifs exposés ci-après.

Ainsi, dans l'expertise psychiatrique du 11 mai 2004 établie par le Dr G._____, il était mentionné que l'assuré décrivait une vie restreinte autant sur le plan fonctionnel que social et qu'il se disait peu intégré en Suisse (pce 59 p. 3 s.). Celui-ci signalait être régulièrement bloqué par les douleurs et qu'il pouvait rester plusieurs jours d'affilée cloué au lit ne sortant uniquement si les douleurs le permettaient (pce 59 p. 3 et p. 8, 4ème paragraphe; voire aussi l'expertise rhumatologique du 12 mai 2004 [pce 60 p. 3 faisant part d'une exacerbation des douleurs à toute charge et à la marche {durée d'une heure au maximum}, de douleurs nocturnes récidivantes avec réveils fréquents]). Le Dr G._____ constatait que l'assuré avait une vie quotidienne régulièrement perturbée par les douleurs et qu'il passait ainsi des journées entières à se complaindre avec son épouse souffrant elle-même d'affections chroniques et invalidantes (pce 53 p. 3 et 8). Selon lui, il était notamment possible de postuler l'hypothèse que la séparation d'avec sa fille qui était retournée vivre au Portugal avec ses beaux-parents ainsi que l'évolution défavorable de la santé de son épouse avaient favorisé une fixation douloureuse chez l'expertisé (pce 59 p. 8). Il précisait que l'amplification subjective des douleurs ne découlait pas d'une volonté consciente de l'expertisé mais s'apparentait davantage à une carence des capacités d'adaptation ainsi qu'à une pauvreté intellectuelle et affective conduisant à un mal d'être existentiel (pce 59 p. 10).

En revanche, dans l'expertise rhumatologique du 4 mai 2009, il est notamment indiqué que l'assuré, dans une journée type, aide sa fille à préparer son petit déjeuner, fait le ménage, passe l'aspirateur et, l'après-midi, sort se promener avec sa femme. Par ailleurs, il fait les courses tous les jours, participe aux soins de son beau-père gravement malade, voit régulièrement ses copains au village et regarde la télévision ou lit le journal quotidiennement (pce 133 p. 13) et reconnaît lui-même que ses limitations fonctionnelles se sont un peu estompées dans le sens où il bouge mieux et fait plus d'activités qu'en Suisse alors que, auparavant, les douleurs le bloquaient totalement (pce 133 p. 11 let. A.1.2 et p. 18). Questionné par la Dresse E._____ quant aux raisons qui l'empêcheraient de travailler à nouveau, il répond que c'est en raison de ses affections, car il a des douleurs et doit parfois garder le lit pendant une semaine pour se reposer. Il signale également que sa présence à la maison est indispensable pour soutenir ses proches (pce 133 p. 11 et 13;

cf. également les constats concordants relatés dans l'expertise psychiatrique du 28 avril 2009 [pce 130 p. 5]).

En comparant les états de fait précités, le Tribunal de céans peut ainsi suivre sans autre l'avis de la Dresse E._____ selon lequel l'évolution a été favorable au plan des aptitudes fonctionnelles et que les plaintes de l'assuré ont diminué en intensité par rapport à la situation ayant existé en 2005 (cf. 133 p. 19). En outre, eu égard à la situation sociale tout à fait satisfaisante de l'assuré en 2009 et de ses occupations variées au Portugal, on peut également se rallier à l'avis convaincant du Dr F._____ selon lequel il ne se justifie plus de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation comme l'avait fait le Dr G._____ en 2004, d'autant plus que cette affection n'est jamais mentionnée comme diagnostic indépendant avec incidence sur la capacité de travail dans les rapports établis par les médecins traitants de l'assuré au Portugal (cf. consid. 9.2 et 10.4). Il convient également de relever que, selon les déclarations des experts qui se basent sur des résultats de tests sanguins et d'urine (pce 136), le recourant ne prend pas ou pas correctement les médications prescrites tant en ce qui concerne les antalgiques que les tranquillisants et les antidépresseurs (pces 130 p. 8; p. 133 p. 19). De surcroît, il ressort du dossier que l'assuré n'a consulté un psychiatre qu'après avoir été informé par l'administration que sa rente allait être supprimée (cf. pce 130 p. 5-6). Ces circonstances constituent donc des indices supplémentaires laissant entrevoir que la situation clinique actuelle est nettement moins prononcée que celle qui avait existé en 2005. Finalement, on observe que le rapport d'expertise du Dr F._____ n'indique nullement que l'alcoolodépendance dont l'intimé semble souffrir ait provoqué une maladie ou un accident ayant entraîné une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain, ni qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie. En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'intéressé constitue donc une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_219/2007 du 3 avril 2008 consid. 3 in fine).

Au vu de l'ensemble de ces éléments et pour les raisons exposées ci-après (consid. 10.4), on ne saurait reprocher à l'administration de s'être basée sur le droit de la révision pour supprimer la rente entière de l'assuré.

**10.4.** Ensuite, quoiqu'en dise le recourant, il appert que les autres documents versés à la cause ne permettent pas de remettre en question le bien-fondé de l'évaluation des experts.

Sur le plan rhumatologique, le Dr L._____, dans des rapports des 20 juin 2009 (pce 148), 8 août 2009 (pce 150) et 31 octobre 2010 (pce TAF 3) évoque des crises de gouttes incapacitantes évoluant depuis 9 ans et de rachialgies diffuses de rythme mécanique, affections ayant un caractère récurrent. Il est également mentionné une polyarthrose et une ostéoporose. Comme le relève le Dr C._____ (rapports des 17 août 2009 [pce 151] et 17 février 2010 [pce 156]), ces documents ne font pas part d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise rhumatologique du 4 mai 2009 et qui soient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusion de la Dresse E._____, étant précisé que ni le Dr L._____ ni l'assuré lui-même (cf. écriture du 17 juin 2009 [pce 146] et mémoire du 26 octobre 2009 [pce TAF 1]) ne signalent une détérioration de l'état de santé au niveau somatique depuis l'expertise.

Sur le plan psychique, le recourant remet en cause l'appréciation du Dr F._____ en se basant essentiellement sur l'avis de la Dresse D._____, psychiatre traitant. Or, on note que c'est précisément en raison de l'évaluation discordante de cette praticienne que l'administration a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans la présente affaire pour faire toute la lumière sur l'état de santé de l'assuré (cf. supra let. C ss). Conformément à la jurisprudence constante en matière d'appréciation des preuves (consid. 5), le Tribunal de céans ne voit aucune raison pertinente de s'écarter des rapports d'expertise des Drs E._____ et F._____. Contrairement à ce que semble croire la Dresse D._____ (pces 141 ss [rapport non daté parvenu à l'administration le 19 juin 2009]), ce n'est pas parce que cette praticienne exerce son métier au Portugal que le Tribunal de céans refuse de donner la préférence à son évaluation mais bien plutôt parce qu'il est convaincu, au niveau de la vraisemblance prépondérante, du bien fondé des avis émis par les experts mandatés en Suisse (cf. supra consid. 2 in fine, 5 et 10.2). Finalement, on observe que la Dresse D._____, dans un rapport non daté parvenu au Tribunal de céans le 20 mai 2010 (pce TAF 13), pose nouvellement le diagnostic de dépression majeure (voire également l'acte émanant des institutions de sécurité sociale portugaises du 20 avril 2010 [pce TAF 11 p. 2]). Ces documents se rapportent toutefois à un état de fait postérieur à la décision attaquée, de sorte qu'ils ne sauraient être déterminants en l'espèce (cf. supra consid. 8). Dans ces circonstances, il

incombe au recourant de présenter une nouvelle demande de révision auprès de l'autorité inférieure s'il estime que la documentation médicale entre ses mains est susceptible de rendre plausible une détérioration notable de son état de santé depuis le jour du prononcé de l'acte entrepris, à savoir le 14 octobre 2009.

**10.5.** Au vu de tout ce qui précède le Tribunal de céans peut conclure que, au moment déterminant (14 octobre 2009), l'état de santé de l'assuré s'était amélioré de façon significative, ce qui autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (sur la jurisprudence y afférente cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 5.3 et les références citées). Conformément à l'avis des Drs E._____ et F._____ (cf. supra consid. 8.2.5) auquel il convient de donner la préférence pour les raisons exposées dans les considérants précédents, il y a ainsi lieu de conclure que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans sa dernière activité d'aide maçon (avec une diminution de rendement passagère de 20% pendant les trois premier mois suivant la reprise de l'activité) à partir de la date où celui-ci a été examiné par le Dr F._____, à savoir le 21 avril 2009 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2010 du 6 octobre 2010 consid. 4.2). En effet, contrairement à ce que prétend le Dr. C._____ (certificat du 22 mai 2009 [pce 138]), la date à laquelle le Dr I._____ Oliveira a examiné l'assuré ne saurait être déterminante à ce titre, dès lors que le rapport psychiatrique du 6 mars 2008 (pce 108; cf. supra consid. 8.2.1) était beaucoup trop succinct et surtout pas assez concluant pour juger valablement de l'état de santé du recourant (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-8397/2007 du 15 février 2010 consid. 9.5).

**10.6.** Dans ce contexte, il appert que l'autorité inférieure a procédé à une évaluation de l'invalidité en pour-cent ("Prozentvergleich"). Cela étant, même en voulant effectuer une comparaison des revenus pour les trois premiers mois dès la reprise du travail (période durant laquelle le recourant subit une diminution de rendement de 20% selon les experts), l'assuré ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. En effet, dès lors que l'activité habituelle (manœuvre dans la construction sans connaissance particulière [cf. pce 60 p. 2 n° 1.3]) est toujours exigible et que l'assuré est retourné vivre au Portugal sans avoir repris une activité lucrative dans ce pays, il se justifie de déterminer le revenu de valide et d'invalide sur la base d'un salaire identique basé sur les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires, tableau TA1 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010

consid. 2.3.1; I 232/06 du 25 octobre 2004 consid. 4 et arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3300/2008 consid. 12.1). En l'occurrence, le revenu avec et sans invalidité correspond donc au salaire moyen d'un employé dans la construction, niveau de qualification 4. Or, même en retenant une réduction très généreuse du salaire d'invalide de 10% pour tenir compte des particularités du cas d'espèce, le recourant n'atteint pas le seuil des 40% nécessaire pour fonder un droit à une rente ([1 – {0.8 x 0,9}] x 100% = 28%; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.3.2.2.2).

**11.**
Il convient encore 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, les experts considèrent que le recourant dispose des ressources nécessaires pour reprendre une activité professionnelle sans mesure accompagnatrice particulière (cf. pces 130 p. 17 let. C; 133 p. 21 let. C.1). Par ailleurs, il sied de relever que l'assuré, âgé de 42 ans au moment déterminant, est relativement jeune et peut reprendre sans restriction spécifique et durable son ancienne activité exercée avant l'atteinte à la santé (mis à part une réduction de rendement de 20% dans les trois premiers mois à partir de la reprise de l'activité). Par ailleurs, il s'oppose manifestement à toute mesure visant à le réinsérer dans le marché du travail. Dans ces conditions, 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).

**12.**
Eu égard à tout ce qui précède, Il appert que l'autorité a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité du recourant à partir du 1er décembre 2009 (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 confirmée et le recours rejeté.

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 :