Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Cour III
C-3692/2010

Arrêt du 19 avril 2012

Composition

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

Parties

A._____,
représenté par Maître Pierre-Adolphe Travelletti,
rue de Gravelone 46, 1950 Sion,
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 4 mai 2010).

Faits :

A.
Le recourant A._____, ressortissant portugais né en 1962, travaille en Suisse dès 1986 en tant que machiniste sur les chantiers. Souffrant de douleurs cervico-lombaires chroniques persistantes depuis un accident de circulation intervenu en 1987, il connaît une augmentation progressive des symptômes en été 1995 aboutissant à un arrêt de travail complet le 4 août 1995 (pces 7; 18 p. 2). En date du 2 mai 1996 (pce 1), il dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Valais (ci-après: OAI VS).

B.
Par décision du 24 juin 1998 (pce 48), l'OAI VS met l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er août 1996. L'administration s'appuyait avant tout sur une expertise rhumatologique du 20 mai 1997 signée par le Dr B._____ (pce 18 comprenant également une brève évaluation psychiatrique du 7 mai 1997 rédigée par le Dr C._____ [pce 17] à la demande du Dr B._____) et une expertise psychiatrique du 30 mars 1998 établie par les Drs D._____ et E._____ (pce 39). Le premier praticien cité posait les diagnostics de fibromyalgie floride, de trouble somatoforme douloureux invalidant, de lombosciatalgies dans le cadre de troubles dégénératifs, de calculs et coliques néphratiques récidivants, de prostatite chronique, de hématurie microscopique chronique, de haute tension artérielle labile et d'obésité; la capacité de travail était estimée à 0% dans l'activité habituelle et de 60 à 70% dans une activité adaptée. Pour leur part, les Drs D._____ et E._____ faisaient part d'un syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient présentant une structure de personnalité psychotique organisée principalement autour de défenses paranoïques et narcissiques. Ils en inféraient une incapacité de travail entière de l'intéressé dans toute profession.

C.
Par la suite, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE), désormais compétent (cf. pces 54-55), informe l'assuré par communications des 6 avril et 19 décembre 2006 (pces 87 et 94), que le droit à la rente a été réexaminé et qu'il a été constaté que le degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer le droit à la rente.

D.
En septembre 2008 (pces 98-99 et 101), l'OAIE entame une nouvelle procédure de révision de la rente, étant précisé que, selon les déclara-

tions du service médical de l'administration (cf. rapport du 26 septembre 2008 [pce 99]), l'assuré a fait l'objet de deux dénonciations. Après avoir récolté différents documents (cf. notamment acte du fisc portugais du 3 novembre 2008 certifiant que l'assuré n'a pas obtenu de revenus en 2005, 2006 et 2007 [pces 102 s.]; questionnaire pour la révision de la rente et questionnaire pour indépendants datés du 5 novembre 2008 [pces 104 et 106], dans lesquels l'assuré mentionne qu'il ne peut pas travailler pour des raisons de santé, et rapports médicaux des 12 septembre 2007 [pces 120-121], 9 octobre 2007 [pce 122], 28 avril 2008 [pce 123], 12 novembre 2008 [pce 118], 26 novembre 2008 [pce 127], 29 décembre 2008 [pce 126], 20 juillet 2009 [pce 139 {rapport du service médical de l'OAIE}] et 30 juillet 2009 [pce 146]), il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et urologique (prostate et rein) auprès du Centre F._____. Dans un rapport d'expertise du 20 novembre 2009 (pce 148), faisant suite à un examen personnel de l'assuré en date du 13 août 2009, les Drs G._____, psychiatrie-psychothérapie, H._____, rhumatologie, et I._____, médecine interne, posent les diagnostics de céphalées non classifiables, probablement céphalées psychogènes, de troubles digestifs fonctionnels, de lithiases rénales récidivantes, de statut après prostatite chronique et urétrite postérieure, de rachialgies cervicales et lombaires communes, de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique sévère (CIM-10 F 45.4) et de facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (CIM-10 F 54). Ils concluent que la capacité de travail de l'assuré est complète dans une activité adaptée qui respecte quelques limitations ostéoarticulaires (pas de charge de plus de 10 kg, pas de flexion antérieure du tronc, pas de travail avec les bras en hauteur, possibilité d'alterner librement la position assise et debout au moins tous les trois quarts d'heure).

E.

Après avoir recueilli l'avis de son service médical (prise de position du 7 décembre 2009 [pce 151]) et effectué une comparaison des revenus (acte du 20 janvier 2010 faisant apparaître une perte de gain de 26.62% [pce 153]), l'administration informe l'assuré que, sur la base des nouveaux documents reçus et compte tenu des dispositions légales relatives à la révision matérielle des rentes, il serait nouvellement en mesure, depuis le 13 août 2009, d'effectuer une activité plus légère, mieux adaptée à son état de santé telle que par exemple celle d'un employé dans le commerce de gros, gestion des stocks (acte du 22 janvier 2010 [pce 154]).

F.
L'assuré, représenté par Maître Pierre-Adolphe Travelli, conteste ce projet de décision par écritures des 18 et 24 février 2010 (pces 161 et 163). Faisant valoir une péjoration de son état de santé, il estime présenter une incapacité de travail totale pour toute profession. Par ailleurs, il produit des rapports médicaux des 11 janvier 2010 (pce 160), 3 février 2010 (pce 159), 10 février 2010 (pce 158), 15 février 2010 (pce 157), 17 février 2010 (pce 156) et 18 février 2010 (pce 155).

G.
Après avoir consulté son service médical (prise de position du 26 mars 2010 [pce 165]), l'OAIE, par décision du 4 mai 2010 (pce 168), supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré à partir du 1er juillet 2010 en soulignant que l'expertise pluridisciplinaire du Centre F._____ remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence et ne saurait être remise en cause par la nouvelle documentation produite.

H.
Par acte du 20 mai 2010 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en invitant l'autorité judiciaire, sous suite de frais et dépens, à annuler la décision entreprise et à maintenir la rente dans son intégralité. Par ailleurs, il sollicite l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire des moyens de preuve complémentaires.

I.
Par décision incidente du 13 juillet 2010 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral invite le recourant, jusqu'au 16 août 2010, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- et à compléter son recours. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 26 juillet 2010 (pce TAF 3 p. 2). Par ailleurs, par acte du 29 juillet 2010 (pce TAF 4), le recourant verse à la cause des certificats médicaux des 3 octobre 2000, 24 mai 2010, 4 juin 2010 et 14 juin 2010 et quatre rapports datés du 2 juin 2010.

J.
Appelée à se déterminer sur le recours et la nouvelle documentation produite (voire ordonnance du 19 août 2010 [pce TAF 5] et ordonnances des 5 octobre 2010 [pce TAF 7], 3 décembre 2010 [pce TAF 9] et 3 février 2011 [pce TAF 11] portant sur une prolongation du délai), l'autorité inférieure, se référant à deux prises de position de son service médical des 27 novembre 2010 (pce 170 signée par la Dresse K._____) et 10 jan-

vier 2011 (pce 126 établie par le Dr J._____), propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (préavis du 14 février 2011 [pce TAF 12]).

K.
L'assuré réplique par acte du 18 avril 2011 (pce TAF 14). S'étonnant de la lenteur avec laquelle l'autorité inférieure a rendu son préavis, il confirme ses conclusions antérieures et sollicite que l'autorité de recours procède, le cas échéant, à la réalisation d'une nouvelle expertise en Suisse. En outre, il produit des rapports médicaux des 29 mars, 1er avril et 5 avril 2011.

L.
Par duplique du 10 mai 2011 (pce TAF 16), l'OAIE confirme les tenants et aboutissants de l'acte attaqué en constatant que la nouvelle documentation versée à la cause par l'assuré n'apporte pas d'éléments dont son service médical n'aurait pas déjà tenu compte dans sa prise de position du 10 janvier 2011.

M.
Par ordonnance du 19 mai 2011 (pce TAF 17), le Tribunal de céans transmet à l'assuré un double de la duplique susmentionnée pour connaissance.

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'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. 80*a* LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, 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). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en septembre 2008 et que l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1er juillet 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

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. 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

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).

6.

Dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352 dernièrement confirmé dans l'arrêt 9C_736/2011 du 7 février 2012), 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. Par la suite, le Tribunal fédéral a précisé que la nouvelle pratique introduite par l'ATF 130 V 352 précité ne constituait pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (135 V 201; 135 V 215; voire aussi ATF 132 V 65).

7.

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

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).

9.
Avant toute chose, il convient de déterminer les moments déterminants pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

9.1. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre en considération l'état des faits tel que retenu dans la dernière décision entrée en force se fondant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit ainsi qu'une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'éléments permettant de conclure à une modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de gain) et le comparer à la situation existant au moment où la nouvelle décision doit être rendue. Les règles de la reconsidération et de la révision procédurale demeurent toutefois réservées (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En cas d'une simple communication au sens de l'art. 74ter RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré qu'au terme d'une procédure de révision d'office, aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n'a été constatée, le Tribunal fédéral a précisé qu'un tel acte devait en principe être retenu comme moment déterminant pour la comparaison des faits s'il se fondait sur une instruction correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3).

9.2. En l'occurrence, l'administration a octroyé à l'assuré une rente entière par décision du 24 juin 1998 (pce 48) et ensuite confirmé le maintien de cette prestation par communications des 6 avril et 19 décembre 2006 (cf. supra let. C). Dans un acte interne du 19 novembre 2010 à l'attention

de son service médical (pce 169 n° 3), l'autorité inférieure considère que la communication du 6 avril 2006 (pce 87) constitue le point de référence pour procéder à la comparaison des faits déterminants. Le recourant, auquel l'acte précité a été transmis pour connaissance par ordonnance du 22 mars 2011 [pce TAF 13], ne s'est pas déterminé sur ce point. Le Tribunal de céans prend position comme suit.

On relève que la deuxième communication du 19 décembre 2006 (pce 94) ne saurait être déterminante comme l'a retenu à juste titre l'autorité inférieure dans son écrit du 19 novembre 2010, dès lors seules des investigations sur la situation économique du recourant avaient précédé l'édition de cet acte (cf. pces 88-93), ce qui n'est pas suffisant pour retenir la présence d'un examen complet du droit à la rente. En revanche, quoiqu'en dise l'OAIE, il en en va de même de la communication du 6 avril 2006. Certes, l'administration avait récolté plusieurs documents, en grande partie de nature médicale (cf. rapport médical E 213 du 30 décembre 2004 [pce 77]; rapport hémato-chimique du 20 janvier 2005 [pces 79-80]; rapport du 10 août 2005 établi suite à une écographie rénale [pce 81]; rapport psychiatrique du 24 novembre 2005 [pce 82]; rapport neurologique du 2 décembre 2005 [pce 83]; prise de position du service médical de l'OAIE du 31 mars 2006 [pce 86]), avant de faire part des résultats de son examen à l'assuré en avril 2006. Toutefois, on ne pouvait parler d'une constatation des faits pertinents opérée de façon conforme au droit (cf. supra consid. 9.1). En effet, il ressort du dossier que l'autorité inférieure avait confirmé le maintien de la rente entière en se basant principalement sur la prise de position médicale précitée du 31 mars 2006 (pce 86). Dans ce document, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie du service médical de l'OAIE (cf. pce TAF 19), posait les diagnostics de status après accident de circulation en 1987 avec fracture costale, de status après hémorragie sous-arachnoïdienne survenue en juin 1999, de troubles dégénératifs au niveau de la colonne cervicale et lombaire, de coxarthrose gauche et de personnalité névrotique avec état dépressif chronique. Elle concluait que la capacité de travail de l'intéressé était "totalement inchangée, permettant de reconnaître une incapacité de travail inchangée." Or, force est de constater qu'en son temps, la rente entière avait été octroyée à l'assuré avant tout pour cause de raisons psychiatriques, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient présentant une structure de personnalité psychotique organisée principalement autour de défenses paranoïques et narcissiques, et que le diagnostic de dépression n'avait pas été retenu (cf. expertise psychiatrique du 7 mai 1997 signée par le Dr C._____ retenant que l'ensemble du tableau ne permettait

pas de retenir un état dépressif significatif [pce 17 p. 2, 6ème paragraphe] et expertise psychiatrique du 30 mars 1998 établie par les Drs D._____ et E._____ ne décrivant pas de symptomatologie dépressive au sens clinique du terme et ne posant pas de diagnostic y afférent [pce 39]). Dans ce contexte, il est donc incompréhensible que la Dresse L._____ pose le diagnostic de personnalité névrotique avec état dépressif chronique sans mentionner celui de trouble somatoforme douloureux persistant. Compte tenu de cette différence majeure dans les diagnostics retenus, le médecin de l'OAIE ne pouvait donc sans autre retenir un état de santé respectivement un taux d'invalidité restés inchangés sans procéder à des investigations plus approfondies, notamment en soumettant le cas à l'appréciation d'un spécialiste en psychiatrie. Il y a donc lieu de considérer qu'en 2006, l'autorité inférieure a manifestement violé le principe inquisitoire en reconduisant la rente en l'état du dossier (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1749/2009 du 1er juillet 2011 consid. 9.2.2 et les références citées). Par ailleurs, même si par hypothèse l'on devait retenir comme date déterminante le 6 avril 2006 pour la comparaison des faits, il convient de souligner que ceci n'aurait pas d'incidence significative pour l'issue de la cause. En effet, comme on l'a vu, la Dresse L._____ relève expressément dans sa prise de position du 31 mars 2006 que la situation médicale est demeurée totalement inchangée depuis l'octroi de la rente. En ce sens, il y a lieu de conclure qu'en posant le diagnostic de "personnalité névrotique sur état dépressif chronique", cette praticienne s'est exprimée de façon imprécise (sans vouloir faire part d'une modification du tableau clinique sur le plan psychiatrique et des diagnostics retenus en son temps) et s'est ainsi limitée à renvoyer à la documentation médicale établie lors de l'octroi initial de la rente, c'est-à-dire notamment à l'expertise psychiatrique du 30 mars 1998. Ce document (qui retient notamment le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant) devrait donc également être mis au premier plan lors de la comparaison des faits déterminants (voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3.2.2.1).

10.
Il reste à examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente de l'assurée par voie de révision avec effet au 1er juillet 2010.

11.
En son temps, la documentation médicale versée au dossier consistait principalement en les documents suivants.

11.1. Le Dr M._____, généralise traitant de l'assuré, fait part, dans un rapport du 3 juillet 1996 (pce 3), d'un patient souffrant de cervico-dorso-lombalgies chroniques avec exacerbation aiguë, de douleurs abdominales diffuses et sus-pubiennes et de dysurie par intermittence. Soulignant que les traitements mis en place n'ont pas réussi à améliorer la situation, il retient les diagnostics de fibromyalgie probable et de trouble somatoforme douloureux.

11.2. Dans différents documents médicaux, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne travaillant pour l'assureur perte de gain, fait part d'un syndrome fibromyalgique assez sévère en relation avec un état dépressif remontant à un accident de la route en 1987. Il conseille que le patient soit pris en charge par un psychiatre (cf. rapport médical du 9 janvier 1996 [pce 5] et trois rapports datés du 13 septembre 1996 [pces 6 et 9-10]).

11.3. Dans un rapport du 11 décembre 1996 (pce 13), le Dr. O._____, psychiatre traitant de l'assuré, pose les diagnostics d'épisode dépressif de gravité moyenne et de trouble somatoforme douloureux chez une personnalité décompensée qui présente principalement des traits hystériques et de dépendance. Selon lui, objectivement, on constate chez le patient une thymie subdépressive et surtout une fixation et une polarisation de toute son activité psychoaffective autour des manifestations somatiques et de leurs conséquences, à savoir ses douleurs et son incapacité de travail. Il retient une incapacité de travail de 100% depuis août 1995 dans l'activité habituelle et estime envisageable de soumettre l'intéressé à des mesures de réadaptation professionnelle.

11.4. L'OAI VS met sur pied la réalisation d'une expertise auprès du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en maladie rhumatologique. Le mandat d'expertise précise que l'état de santé doit être clairement précisé, éventuellement après consilium psychiatrique (pces 15-16). Pour cette raison, le Dr B._____ demande au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'examiner l'assuré. Dans une brève évaluation psychiatrique du 7 mai 1997 (pce 17), ce dernier estime que l'ensemble du tableau clinique ne permet pas de retenir un état dépressif significatif; il n'y a pas non plus de troubles graves de la personnalité atteignant le seuil diagnostic du DSM IV; on peut par contre poser le diagnostic par exclusion et donc peu satisfaisant de trouble somatoforme douloureux. Il propose au Dr B._____ de retenir une incapacité de travail de 30% sur le plan psychique à prendre en considération dans l'évaluation globale, en précisant qu'une reprise du

travail en milieu protégé apparaît souhaitable. Fort de ces constats, le Dr B._____, dans son rapport de synthèse du 20 mai 1997 (pce 18) fait part de fibromyalgie floride, de trouble somatoforme douloureux invalidant, de lombosciatalgies dans le cadre de troubles dégénératifs, de calculs et coliques néphratiques récidivants, de prostatite chronique, de hématurie microscopique chronique, de haute tension artérielle labile et d'obésité. Selon lui, l'intéressé présente ─ à la conjonction de l'atteinte psychiatrique et de l'atteinte somatique ─ une incapacité de travail de l'ordre de 55% dans l'activité habituelle depuis août 1995. Toutefois, dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle, il devrait pouvoir effectuer une activité légère ne nécessitant pas le port de charge et permettant les déplacements fréquents à un taux de 60 à 70%.

11.5. Après avoir recueilli une prise de position de son service de réadaptation estimant que l'assuré ne fera pas les efforts requis pour reprendre une activité professionnelle (rapport du 17 septembre 1997 [pce 24]), l'OAI VS décide de consulter à nouveau le Dr C._____ (pces 25 et 27). Dans une écriture du 17 octobre 1997 (pce 31), ce dernier conseille à l'OAI VS de mettre sur pied une expertise psychiatrique auprès d'un service permettant une hospitalisation stationnaire de l'assuré pendant quelques jours vu les problèmes d'évaluation très difficiles liés au cas.

11.6. L'assuré est ainsi hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz du 7 au 20 janvier 1998. Dans un rapport d'expertise du 30 mars 1998 (pce 39), les Drs D._____ et E._____ constatent qu'en 1987, l'assuré a provoqué un accident de la route qui a entraîné le décès sur place de son futur beau-père et occasionné à l'intéressé de nombreuses fractures. Depuis lors, il ne cesse d'avoir des problèmes de santé (lombalgies diffuses de type rachidienne qui se déplacent, des coliques néphrétiques surtout gauches récidivantes, dysurie et hématurie) et s'estime ruiné sur le plan de sa santé physique. Indiquant que l'assuré ne relève pas de troubles formels de la pensée et aucune attitude évoquant la présence d'hallucination, ni d'idéation d'allure délirante, ils posent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient présentant une structure de personnalité psychotique organisée principalement autour de défenses paranoïaques et narcissiques. Selon les experts, il ressort de leur évaluation que le patient présente en soubassement à un syndrome douloureux, une structure de personnalité psychotique particulière caractérisée par des défenses paranoïaques extrêmement rigides lui interdisant, depuis août 1995, toute activité lucrative, même légère, sans que des mesures médicales ou de réadaptation professionnelle soient à même d'améliorer la situation (doc 39 p. 6-7). En effet, le déni de toute

culpabilité en relation avec la mort de son futur beau-père lui évite vraisemblablement de sombrer dans un état dépressif sévère mais le fige également fermement, vu ses mécanismes de défense (trait narcissique et paranoïaque), dans un état chronique où s'expriment ses plaintes (doc 39 p. 6). Au vu de la chronicité et de l'enkystement de ses plaintes, celles-ci représentent pour le patient le meilleur compromis sur le plan de l'économie psychique entre la réalité objective (mort du beau-père par sa faute dans l'accident de voiture) et un conflit intrapsychique inconscient (meurtre du beau-père) (doc 39 p. 8 n° 7b).

11.7. L'OAI VS s'est avant tout fondé sur ce dernier document pour mettre l'assuré au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité par décision du 24 juin 1998. L'octroi d'une rente entière se basait donc essentiellement sur un diagnostic d'ordre psychiatrique.

12.

12.1. Dans le cadre de la procédure de révision entamée en septembre 2008, le dossier a notamment été complété avec une expertise pluridisciplinaire de l'assuré du 20 novembre 2009 (pce 148) effectuée au Centre F._____ (sur les diagnostics posés et la qualification des experts mandatés cf. supra let. D). Dans ce document, les Drs G._____, H._____ et I._____ concluent que la capacité de travail de l'assuré est complète dans une activité adaptée qui respecte les limitations ostéoarticulaires retenues. L'administration s'est avant tout référée à ce document pour justifier la suppression du droit à la rente par décision du 4 mai 2010 (voire aussi l'appréciation de son service médical du 26 mars 2010 [pce 165]).

12.2. En cours de la procédure de recours, l'OAIE a demandé à son service médical de prendre position sur la nouvelle documentation produite par le recourant (pces 169 et 171).

12.2.1. Ainsi, dans un rapport du 27 novembre 2010 (pce 170), la Dresse K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation de l'OAIE, a estimé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas amélioré depuis le 4 avril 2006 (pce 170 p. 2 n° 3). Selon elle, s'il n'y a pas d'aggravation chiffrable ni d'éléments déclenchant, le vieillissement et les éventuels troubles de la perception douloureuse secondaire à l'hémorragie sous-arachnoïdienne subie en 2000 [recte: 1999] méritent toutefois d'être retenus et la réintroduction d'une rente à la date actuelle est justifiée.

12.2.2. Dans une seconde prise de position du 10 janvier 2011 (pce 172), le Dr J._____, spécialiste en médecine générale, maladies vénériennes et phlébologie, également de l'OAIE, indique ne pas pouvoir suivre, ou à tout le moins qu'en partie, l'avis de la Dresse K._____. Selon lui, il ressort de façon claire d'une comparaison de l'expertise psychiatrique du 30 mars 1998 avec les constats psychiatriques de l'expertise pluridisciplinaire du 20 novembre 2009 que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, en ce qui concerne l'hémorragie sous-arachnoïdienne subie en 2000, les investigations neurologiques subséquentes ne permettent pas d'objectiver de lésions structurelles. Il conclut que le recourant est actuellement en mesure d'effectuer à plein temps une activité adaptée à ses affections.

12.3. Sur la base de cette documentation, l'administration considère que les conditions pour procéder à une révision matérielle du droit à la rente sont remplies dans la présente affaire. Le recourant estime pour sa part que la situation médicale n'a nullement évolué de façon positive. Soulignant que les troubles somatiques se sont empirés avec le temps, il conteste l'évaluation faite par les experts en se basant sur divers documents médicaux.

13.

13.1. Les conditions pour procéder à une révision matérielle ne sont pas remplies lorsque l'on se trouve en présence d'une appréciation juridique ou médicale divergente d'un état de fait resté pour l'essentiel identique. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf., parmi d'autres, arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées). Partant, une conclusion médicale qui diffère d'une autre plus ancienne quand bien même l'état de santé effectif n'a pas connu de changement découle le plus souvent d'une appréciation médicale exercée différemment. Une modification des paramètres de référence médico-assécurologiques pour juger de l'invalidité selon la LAI peut également conduire à une estimation médicale divergente en rapport avec un état de fait resté identique. Ainsi, une nouvelle appréciation médicale qui se base par exemple sur l'évolution de la jurisprudence en rapport avec les affections psychosomatiques (cf. supra consid. 6) ne saurait suffire pour remettre en question le droit aux prestations que ce soit sous l'angle de l'art. 17 LPGA ou à un autre titre (ATF 135 V 201 et 215; voire toutefois la disposition finale a de la modification de la LAI en vigueur à partir du 1er janvier 2012 et non applicable en l'espèce [cf. supra

consid. 3]). Par conséquent, ce n'est qu'en présence d'une modification notable de l'état des faits qu'il est possible de tenir compte d'un changement de jurisprudence intervenu depuis l'octroi des prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.1 et les références citées).

13.2. Pour déterminer si un changement permettant de fonder une révision matérielle est donné dans un cas d'espèce, il sied de comparer l'état de santé antérieur à l'état actuel. L'objet de la preuve est donc la présence d'une différence significative au sens de l'art. 17 LPGA, étant précisé que, dans la présente affaire, celle-ci doit ressortir de l'expertise mise en œuvre dans le cadre de la procédure de révision. Il s'ensuit que le relevé des constats portant sur l'état de santé actuel et ses répercussions fonctionnelles constitue certes le point de départ de l'appréciation médicale; il ne peut toutefois être déterminé de manière indépendante. En effet, il est seulement pertinent pour l'issue de la cause dans la mesure où il démontre une différence effective dans l'état des faits par rapport à la situation médicale antérieure. La valeur probante d'une expertise exécutée dans le cadre d'une révision dépend donc essentiellement du point de savoir si elle se rapporte de façon suffisante à la preuve requise, à savoir à un changement notable de l'état des faits. Il en découle qu'une appréciation médicale en soi complète, claire et concluante ─ à laquelle il conviendrait d'accorder la préférence dans le cadre de la détermination initiale du droit à la rente ─ ne présente en principe pas la valeur probante juridiquement requise si cet avis (qui diffère d'une estimation antérieure) ne se prononce pas de façon suffisante quant au changement effectif de l'état de santé. Une exception à cette règle se justifie uniquement s'il paraît évident que la situation médicale a évolué (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2 et les références citées).

13.3. Compte tenu du caractère comparatif de l'objet de la preuve en matière de révision et de la nécessité de délimiter les changements significatifs de l'état des faits d'une simple appréciation divergente, il doit apparaître que les faits qui sont mis en avant pour justifier d'un changement sont nouveaux ou que les faits ayant déjà existés antérieurement se sont substantiellement modifiés dans leur nature ou leur ampleur. Ainsi, selon une jurisprudence constante, le fait que les diagnostics retenus dans le cadre d'une procédure de révision soient restés identiques à ceux posés antérieurement n'exclut certes pas a priori une augmentation significative des ressources du recourant en terme de capacité de travail et partant une modification notable de l'état des faits dans le sens de l'art. 17 LPGA. La question de savoir si un tel changement s'est effectivement produit

nécessite toutefois un examen approfondi, également compte tenu des conséquences non négligeables sur la situation juridique de l'assuré (voire 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). En outre, une démarcation crédible entre changement effectif ou seulement supposé n'est pas atteinte au niveau de la preuve requise, lorsque seulement des différences nominatives quant aux diagnostics sont retenues. En revanche, la constatation d'une modification effective par rapport à l'état antérieur est suffisamment démontrée, lorsque l'expert fait part des points de vue concrets dans le développement de la maladie et l'évolution de l'incapacité de travail qui l'ont conduit à poser de nouveaux diagnostics et une nouvelle appréciation de l'étendue des troubles. Dans la règle, un expert ne peut décrire l'évolution de l'état de santé de par ses propres observations (à moins qu'il ait lui-même rédigé l'expertise antérieure). Il est ainsi nécessaire qu'autant que possible, il expose de manière détaillée les faits qui ressortent de la documentation médicale déterminante lors de la décision antérieure. Une expertise qui ne tient pas suffisamment compte de la situation médicale antérieure ne revêt pas une valeur probante suffisante pour emporter la conviction et cela même si les conclusions qui sont tirées des constats relevés par l'expert sont en soi concluantes. Ce critère pour apprécier la preuve a donc une importance particulière vu les fondements nécessaires pour se déterminer en matière de révision ─ sous l'angle de leur caractère comparatif ─ à laquelle l'administration se doit de tenir compte notamment en mettant l'accent sur cet aspect lors de la rédaction des questions posées aux experts (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et les références citées).

13.4. Plus l'appréciation médicale entre en ligne de compte dans la retenue d'un diagnostic et l'estimation médicale des limitations fonctionnelles, plus il est important que le constat de l'expert quant à une modification de l'état de santé repose le plus possible et de façon substantielle sur des constatations cliniques, des observations comportementales lors de l'examen d'expertise ou des données relatives à l'anamnèse et que ces éléments soient mis en rapport avec la documentation médicale antérieure et les points de rattachement retenus en son temps. Ce n'est que de cette façon qu'il peut ressortir de l'expertise de façon suffisamment fiable que la différence ressortant des conclusions ne relève pas pour l'essentiel

d'une appréciation différente. D'un autre côté, le fait qu'un autre avis médical ne suffise pas à procéder à une révision matérielle du droit aux prestations, ne doit pas conduire à ce que les exigences afférentes à la preuve d'une modification soient tellement élevées que pratiquement on ne puisse revenir sur l'appréciation initiale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 5.3.1). Cela vaut notamment pour les avis psychiatriques dans lesquels une marge d'appréciation est pratiquement toujours donnée dans le cadre de laquelle différentes interprétations médicales sont possibles, admises et à respecter, pour autant que l'expert ait procédé de lege artis. Dans une telle constellation, les appréciations ne peuvent pas toujours être démontrées sans faille sur la base d'une description des faits. Lors d'un avis fortement empreint d'une appréciation qui relève moins d'une constatation déterminée par des mesures ou autres moyens que sur des constats sujets à interprétation, une discussion portant notamment sur la genèse de l'atteinte à la santé et les facteurs entretenant les constats cliniques de la maladie peut être d'une importance particulière en rapport avec la preuve d'un changement effectif de l'état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.3 et 5; 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.3; 9C_688/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.4; 8C_49/2011 du 12 avril 2011 consid. 6; 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 5; 9C_160/2011 du 13 décembre 2011 consid. 4.1; voire aussi arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6759/2009 du 3 mai 2011 consid. 10; C-2195/2010 du 23 janvier 2012 consid. 10).

14.

14.1. En l'espèce, il est admis que, sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ─ qui a subi en juin 1999 une hémorragie sous-arachnoïdienne ayant nécessité une hospitalisation de 4 semaines et ayant eu une issue favorable (cf. rapports des 28 avril 2008 [pce 123] et 14 juin 2010 [pce TAF 4 p. 16 s.]) ─ n'a pas connu d'amélioration depuis l'octroi de la rente (cf. rapports du service médical de l'OAIE des 27 novembre 2010 [pce 170] et 10 janvier 2011 [pce 172] qui concordent sur ce point). C'est donc essentiellement sous l'angle psychiatrique qu'il convient de déterminer si un changement notable de l'état des faits s'est produit. A cet égard, il sied d'apporter les remarques qui suivent.

14.2. Il ressort du dossier qu'en son temps, une rente entière avait été allouée à l'assuré avant tout sur la base du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant chez un patient présentant une structure de personnalité psychotique organisée principalement autour de défenses

paranoïaques et narcissiques (cf. supra consid. 11.6 s.). Or, les experts du Centre F._____ confirment que, lors de l'examen effectué par leurs soins le 13 août 2009, la symptomatologie du recourant était toujours centrée sur les douleurs (pce 148 p. 18, 5ème paragraphe) ─ à savoir, comme lors de l'octroi initial de la rente, notamment sous forme de lombalgies, de cervicalgies, de brachialgies avec de surcroît l'apparition nouvelle de céphalées (cf. pce 148 p. 6-8) ─ et retiennent expressément le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, CIM-10 F 45.4. Ils ont donc conclu que les conditions pour retenir la présence d'une telle affection, soit avant tout une douleur persistante et intense ainsi qu'un sentiment de détresse, étaient encore remplies dans la présente affaire (voire à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2011 du 3 janvier 2012 consid. 5.3), tout en précisant que l'assuré est observant en ce qui concerne la médication psychiatrique prescrite (pce 148 p. 18, 2ème paragraphe). Dans cette constellation particulière qui oblige l'administration ─ respectivement, en procédure de recours, le Tribunal ─ à juger de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail sur la base d'un diagnostic resté identique, il appert que, contrairement aux exigences jurisprudentielles sévères en la matière (cf. supra consid. 13), les Drs G._____, H._____ et I._____ ne mettent pas suffisamment, voire pas du tout, leurs constats actuels en relation avec ceux observés antérieurement pour fonder leur nouvelle appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Bien plutôt, leur argumentation pour justifier de l'absence d'une atteinte incapacitante au sens de la LAI en rapport avec le trouble somatoforme porte uniquement sur le fait que l'assuré ne remplit pas les critères jurisprudentiels introduits par l'ATF 130 V 352 (cf. pce 148 p. 18, 5ème paragraphe). En particulier, ils soulignent que le recourant ne présente pas de comorbidité psychiatrique sévère (pce 148 p. 19 n° 4). Or, comme on l'a vu ci-avant (cf. supra consid. 6 in fine et 13.1), cette nouvelle pratique ne saurait en soi être déterminante pour l'issue de la présente affaire vu que l'octroi initial de la rente est antérieure à l'introduction de celle-ci. Le doute est encore renforcé du fait que le service médical de l'OAIE lui-même ─ qui a été appelé à se déterminer sur la valeur probante de l'expertise du Centre F._____ ─ est divisé quand à la présence d'une amélioration notable de l'état de santé. Ainsi, à l'opposé du Dr J._____, dans sa prise de position du 10 janvier 2011 (pce 172), la Dresse K._____ nie toute amélioration de l'état de santé par rapport à la situation ayant existé lors de l'octroi de la rente (cf. rapport du 27 novembre 2010 [pce 170 p. 2 n° 3; voire aussi les certificats des médecins traitants de l'assuré, à savoir entre autres: rapport urologique du 3 février 2010 [pce 159]; rapport neurologique du 10 février 2010 [pce 158]; rapport psychiatrique du 15 février 2010 [pce 157] et certificat du 1er avril

2011 [pce TAF 14 p. 6]). Compte tenu de ces circonstances, il paraît donc indispensable que les experts s'expriment sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré indépendamment des critères jurisprudentiels introduits par l'ATF 130 V 352.

14.3. Par ailleurs, on observe que les Drs G._____, H._____ et I._____ ne retiennent plus le diagnostic de personnalité psychotique organisée principalement autour de défenses paranoïaques et narcissiques comme retenu dans l'expertise du 30 mars 1998 (pce 39) mais celui de facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies classées ailleurs (CIM-10 F 54) (pce 148 p. 19 n° 4). Ce faisant, ils ne motivent cependant pas suffisamment pour quelles raisons ils excluent le diagnostic posé en son temps ni ne font expressément part d'une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré à ce titre depuis mars 1998. En l'état du dossier et eu égard à la jurisprudence sévère en la matière (cf. supra consid. 13), le Tribunal de céans ne saurait donc sans autre conclure que, sur la base de cette seule modification mentionnée par les experts du Centre F._____, la capacité de travail du recourant serait passée de 0% à 100% dans un travail adapté.

14.4. En outre, les Drs G._____, H._____ et I._____ indiquent que si l'état dépressif avait existé auparavant, il est actuellement suffisamment compensé avec la médication (pce 148 p. 18, 3ème paragraphe). Or, cette formulation prudente est tout à fait justifiée dès lors qu'en son temps les Drs D._____ et E._____ ne relevaient pas de diagnostic en rapport avec un état dépressif (cf. expertise psychiatrique du 30 mars 1998 [pce 39], voire aussi expertise psychiatrique du 7 mai 1997 [pce 17 p. 2, 6ème paragraphe). On précisera que les rapports très succincts et peu précis des 24 novembre 2005 [pce 82 établie par le Dr P._____ faisant uniquement part d'un état dépressif réactif à une situation neurologique] et 31 mars 2006 [pce 86 retenant le diagnostic de personnalité neurotique avec état dépressif] ne permettent pas de conclure à la présence d'un état dépressif au sens clinique du terme (à tout le moins d'une durée suffisamment longue pour avoir des répercussions sur la capacité de travail) et qui se serait substitué au trouble somatoforme douloureux persistant retenu lors de l'octroi initial de la rente (cf. à ce sujet supra consid. 9.2). Dans ces circonstances, l'éventuelle amélioration de santé quant au trouble dépressif décrite par les experts du Centre F._____ ne saurait être déterminante dans la présente affaire.

14.5. Finalement, on note que, 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). Le Tribunal fédéral a dernièrement précisé sa jurisprudence en ce sens que 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, en l'espèce, s'il est vrai que l'assuré ne bénéficiait pas d'une rente entière depuis 15 ans, il était toutefois très proche de ce seuil puisqu'il avait obtenu une rente entière depuis près de 14 ans. Par ailleurs, il suivait de façon continue un traitement psychiatrique dont l'observance a été confirmée par les experts du Centre F._____. Au vu des particularités de la présente affaire, il appert donc nécessaire que les experts s'expriment également quant à l'opportunité de mesures de réadaptation.

15.

Compte tenu de tout ce qui précède, force est de constater que l'expertise du Centre F._____ n'est pas suffisamment motivée quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Vu le manque de clarté de l'expertise sur ce point, l'administration aurait dû procéder à des investigations supplémentaires avant de statuer pour le moins en requérant un complément d'expertise auprès des experts du Centre F._____. En ne procédant pas de la sorte, elle a par conséquent violé le principe inquisitoire. En application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jursiprudence en la matière (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4), il se justifie donc de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction qui s'imposent pour le moins en requérant auprès des experts du Centre F._____ un complément d'expertise dans le sens du considérant 14. Le cas échéant, elle veillera à procéder à toute autre mesure d'instruction utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant dans la période déterminante. Par ailleurs, sur la base du complément d'instruction, elle se déterminera sur l'éventuelle nécessité de mettre en œuvre des mesures de réorientation professionnelle in

casu. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration pour examen.

16.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé par le recourant à titre d'avance de frais par lui est restitué.

17.
Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que le mandataire pouvait y consacrer (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 4 mai 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 300.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

3.
Un montant de Fr. 2'500.- est alloué au recourant à titre d'indemnité de dépens, à la charge de l'autorité inférieure.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– au recourant (Acte judiciaire)
– 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 :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. 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 :