



Cour III
C-1823/2011

Arrêt du 16 janvier 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Elena Avenati-Carpani, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Cyrille Piguët,
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

Révision de prestations AI, décision du 10 février 2011.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant portugais, né le [...] 1967, sans formation, a travaillé en Suisse comme cuisinier, respectivement chef-cuisinier, du 10 novembre 1986 au 31 octobre 2002, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 4 à 7 et 16), puis a cessé totalement son activité le 4 novembre 2002 en raison de son état de santé. En décembre 2005, l'assuré retourne s'établir définitivement au Portugal (pce 44).

B.

B.a Le 10 juin 2003, A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OCAI-VD) arguant d'une incapacité complète de travail dès le 30 octobre 2002 en raison de son état de santé (pces 4 à 7); sont notamment joints les documents suivants:

- un rapport médical du 27 novembre 2002 du Dr B._____, médecin traitant, qui indique suivre l'assuré depuis le 30 octobre 2002 pour une pancréatite avec insuffisance rénale entraînant une incapacité de travail complète pour une période indéterminée, ainsi que fatigue et douleurs abdominales; il ressort que l'assuré a été hospitalisé le 4 novembre 2002 et mis sous dialyse (pce 1; cf. également pces 32 à 36);
- un rapport médical du 19 décembre 2002 du Centre hospitalier X._____, diagnostiquant chez l'assuré depuis le 30 octobre 2002 une micro-angiopathie thrombotique nécessitant une plasmaphérèse et une mise sous dialyse; une incapacité complète de travail est admise du 4 novembre 2002 au 31 mars 2003 puis pour une période indéterminée (pce 2);
- un rapport médical du 18 mars 2003 du Centre hospitalier X._____ indiquant que l'assuré a séjourné à l'hôpital du 7 février 2003 au 28 février 2003 pour une entéropathie exsudative entraînant depuis 2002 des douleurs épigastriques associées à des vomissements et des diarrhées invalidantes; les médecins font en outre état d'insuffisance rénale chronique, ainsi que d'épisodes anxieux importants et d'attaques de panique ayant nécessité la prise d'antidépresseurs (pce 3);

- un rapport médical du 12 juin 2003 du Centre hospitalier X._____, indiquant que l'assuré a été hospitalisé quelques jours en juin 2003 en raison d'une décompensation d'une insuffisance rénale chronique sur micro-angiopathie; il est fait mention de péjoration de l'état de santé de l'intéressé nécessitant des hémodialyses (pce 9);
- un rapport médical du 23 juin 2003 du Dr C._____, néphrologue, reprenant les diagnostics déjà établis et confirmant l'incapacité de travail complète de l'assuré depuis le 4 novembre 2002 pour une période indéterminée, l'assuré devant effectuer des hémodialyses trois fois par semaine et éventuellement une greffe rénale (pces 10 et 11);
- un questionnaire pour l'employeur rempli le 3 juillet 2003, mentionnant que l'assuré a travaillé en tant que cuisinier dès le 10 novembre 1986 43 heures par semaine pour un salaire annuel de Fr. 71'500.-- et a dû cesser son activité le 31 octobre 2002 en raison de son état de santé (pce 16);
- un rapport du Service médical régional (SMR) du 10 février 2004, retenant une incapacité de travail complète de l'assuré dès le 31 octobre 2002 en raison des diagnostics susmentionnés (pce 53).

B.b Par décision du 16 mai 2004, l'OCAI-VD octroie à A._____ une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2003 en raison d'une incapacité totale de travail dès le 31 octobre 2002. Il ressort des différentes pièces que l'intéressé souffre principalement d'une insuffisance rénale terminale sur micro-angiopathie thrombotique, nécessitant des hémodialyses trois fois par semaine et éventuellement une greffe de rein (pces 27 et 31).

C.

C.a En mars 2006, une procédure de révision d'office est entamée par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE), compétent suite au départ définitif de A._____ au Portugal à la fin de l'année 2005 (pces 44 à 50); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport détaillé du Dr B._____ du 19 décembre 2004, déclarant l'assuré totalement incapable de travailler depuis le 4 novembre 2002, sans amélioration possible, en raison d'une entéropathie exsudative

et d'une insuffisance rénale sur micro-angiopathie thrombotique, nécessitant plusieurs dialyses par semaine au Centre hospitalier X._____ (pces 42 et 59);

- un rapport médical du 16 juin 2005 du Dr D._____, néphrologue au Centre hospitalier X._____, diagnostiquant principalement chez l'assuré une insuffisance rénale chronique de degré 4 (NHANES III) sur micro-angiopathie thrombotique, ayant nécessité des dialyses de décembre 2002 à avril 2005 et la pose d'une fistule artério veineuse à gauche; le médecin mentionne une stabilisation à l'arrêt des dialyses et indique que le problème principal consiste actuellement en la présence d'une gastro-entéropathie exsudative, sans qu'il ait été possible d'en déterminer la cause ou d'obtenir des résultats satisfaisants par une thérapie aux corticoïdes (pce 60);
- deux rapports du 26 décembre 2005 du Centre hospitalier X._____, faisant état d'une aggravation progressive de la tension artérielle de l'assuré dès la fin du mois de mai 2005, d'une nouvelle péjoration de la fonction rénale (maintien du stade terminal) et de la réactivation de la micro-angiopathie, nécessitant la reprise des hémodialyses dès le mois de novembre 2005 trois fois par semaine (pces 61 et 62);
- un rapport du service de néphrologie du Centre hospitalier X._____, détaillant le suivi de l'assuré au Centre de dialyse du 25 juin 2003 au 19 décembre 2005 (pce 63);
- un rapport médical du 11 septembre 2006 du Dr E._____, médecin généraliste, attestant que l'assuré est suivi pour insuffisance rénale chronique régulièrement depuis le 2 mars 2003, effectuant des hémodialyses d'une durée de quatre heures trois fois par semaine (pce 64);
- des résultats d'analyse sanguine du mois de septembre 2006 (pces 65 et 66);
- un formulaire E 213 du 22 septembre 2006 établi par le Dr F._____, dont il ressort que l'assuré, souffrant d'anémie et d'asthénie, est totalement incapable de travailler depuis 2002 dans tout type d'activité en raison d'une insuffisance rénale chronique (pce 67);
- un rapport médical du 30 octobre 2006 établi par le Dr G._____, néphrologue, reprenant l'historique médical de l'assuré et attestant de

l'incapacité de travail de celui-ci en raison d'une insuffisance rénale chronique terminale de degré 5 - traitée par hémodialyses trois fois par semaine - et d'une pathologie associée (entéropathie exsudative) à caractère invalidant (pce 68);

- un rapport médical hospitalier manuscrit faisant état d'une admission de l'assuré le 6 novembre 2006 durant deux jours pour une entéropathie exsudative (pce 69).

C.b Dans une prise de position du 17 mars 2007, le Dr H._____, médecin généraliste du service médical de l'OAIE, reprenant les diagnostics déjà connus, estime que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié, celui-ci étant toujours en attente d'une greffe rénale et incapable de travailler dans toute activité professionnelle (pce 75).

C.c Par communication du 23 mars 2007, l'OAIE maintient le droit à une rente entière de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit à la rente (pce 76).

D.

D.a En mars 2009, l'OAIE entame une seconde révision d'office (pces 77 à 81, et 84) et verse en cause notamment les documents suivants:

- un rapport hospitalier du 3 mai 2007 à la suite de l'admission de l'assuré au service des urgences le 2 mai 2007, qui, outre son insuffisance rénale chronique traitée par dialyses, consulte en raison d'une asthénie généralisée accompagnée d'une perte de poids, de vomissements, de problèmes intestinaux et de diabète; il est fait mention d'un syndrome de Mallory Weiss avec hémorragie digestive (pce 87);
- un rapport hospitalier du 28 mai 2007 du Dr I._____ faisant état de l'admission de l'assuré en vue d'une transplantation rénale en raison d'une insuffisance rénale terminale, associée à une hypothyroïdie, une hypergammaglobulinémie avec déficience en CD19 et une hypertension artérielle (pce 88);
- un rapport médical du 15 juin 2007 de la Dresse J._____, gastroentérologue, indiquant que l'assuré, souffrant d'insuffisance rénale chronique en dialyse, de diabète non insulino-dépendant, d'hypertension et d'une entéropathie exsudative éventuelle, présente

une hypo-albuminémie, des ascites pelviennes et cliniquement des épisodes à répétition de douleurs abdominales avec vomissements, ayant entraîné un syndrome de Mallory Weiss (pce 89);

- un rapport médical du 3 janvier 2008 du même médecin, qui retient le diagnostic d'entéropathie exsudative d'étiologie inconnue associée à une intolérance au gluten (pce 90);
- une attestation du 2 juin 2008 indiquant que l'assuré a subi une transplantation rénale et a été hospitalisé du 26 mai 2008 au 2 juin 2008 (pce 91);
- un rapport hospitalier du 29 juin 2008, faisant état de l'admission de l'assuré le 17 juin 2008 pour une hématurie franche traitée (pce 92);
- un formulaire E 213 du 19 octobre 2009 du Dr K._____, dont il ressort que l'assuré présente un bon état de santé à la suite de sa transplantation rénale et que, malgré un état de fatigue, celui-ci ne présente pas de problème de santé particulier ou de limitations fonctionnelles; finalement, le médecin estime que l'intéressé présente une capacité de travail de 30% dans son ancienne activité de cuisinier et retrouve une capacité de travail entière dans des activités adaptées (pce 98).

E.

Dans une prise de position du 17 décembre 2009, le Dr L._____ du service médical de l'OAIE, soulignant que, même si l'état de santé de l'assuré s'est probablement amélioré suite à sa transplantation rénale, il n'est pas possible de se déterminer en l'état, au vu du manque d'information notamment du point de vue néphrologique; dès lors, afin de pouvoir déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de manière à influencer son droit à la rente et lui permettant de travailler dans des activités de substitution, le médecin du service de l'OAIE requiert qu'il soit procédé à une expertise en Suisse (pce 103).

F.

Dans une expertise pluridisciplinaire du 9 juillet 2010 d'une vingtaine de pages, effectuée le 6 mai 2010, les Drs M._____ (médecin interniste), N._____ (psychiatre-psychothérapeute) et O._____ (gastro-entérologue) établissent après un examen complet de l'assuré que celui-ci a retrouvé huit mois après l'allogreffe rénale, soit dès le mois de février 2009, une capacité entière de travail dans des activités adaptées,

sans port de charges autre que légères, sans flexions antérieures du tronc itératives, sans utilisation de la presse abdominale, à l'abri des intempéries, exemptes de poussière, de saleté ou de contacts avec les animaux (pce 117).

Du point de vue psychique, l'expert retient une dysthymie et dépression anxieuse (F 34.1) non invalidante eu égard à son caractère fluctuant et au fait que l'assuré n'est pas suivi par un psychiatre ou un psychothérapeute, bien qu'il prenne des anxiolytiques (Y._____ 3mg par jour), et que de plus il ressort de ses déclarations qu'il conserve des intérêts et plaisirs (jardinage, promenade) et qu'il maintient des contacts sociaux et familiaux (pp. 8 et 10). D'un point de vue néphrologique, l'expert estime, au vu de l'évolution favorable de l'allogreffe effectuée deux ans auparavant, malgré une déperdition protéique persistante et une hypoalbuminémie itérative, que l'assuré peut reprendre une activité à temps plein sans diminution de rendement, même une activité d'aide cuisinier si elle ne comporte pas de port de charge de plus de 15 kg. Sur le plan gastro-entérologique, il est admis que l'assuré présente une fatigue fluctuante et un état d'asthénie chronique (p. 6), ainsi que des douleurs épigastriques, vomissements et diarrhées chroniques rendant la situation parfois difficilement tolérable (p. 17).

G.

Dans une prise de position du 23 août 2010, le Dr L._____ du service médical de l'OAIE, reprenant les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée, retient que l'assuré, dont l'état de santé s'est notablement amélioré suite au succès de sa transplantation rénale effectuée en mai 2008, a retrouvé dès le 1^{er} février 2009 (8 mois après son opération) une capacité de travail entière dans des activités de substitution légères à moyennement lourdes ne présentant pas de danger pour son système immunitaire, ce bien qu'il présente encore une incapacité de travail de 70% dans son activité habituelle de cuisinier (pce 120).

H.

H.a Par projet de décision du 21 octobre 2010, l'OAIE propose ainsi que la rente entière de l'assuré soit supprimée, eu égard au degré d'invalidité de 25% calculé selon la méthode générale avec un abattement approprié de 5% sur le salaire d'invalidé (pces 121 et 122).

H.b Par opposition du 5 novembre 2010, complétée les 25 novembre 2010 et 10 janvier 2011 (pces 123, 127 et 134), A._____ fait valoir un état de fatigue important en raison de ses problèmes gastriques et une diminution de l'épaisseur de ses os nécessitant de passer des examens complémentaires. En particulier, l'intéressé conteste pouvoir travailler, même dans des activités légères en raison d'une grande faiblesse physique et mentale, ainsi que de ses problèmes intestinaux invalidants. A._____ produit dès lors les documents suivants:

- un rapport hospitalier par la Dresse J._____ du 11 novembre 2010, reprenant l'historique médical de l'assuré et faisant état d'analyses sanguines. Il ressort en outre que l'assuré, bien que suivant de sa propre initiative un régime sans gluten depuis le mois d'août 2007, ayant entraîné une amélioration clinique évidente (signe d'une intolérance secondaire), et présente un bon état général, se plaint toujours de douleurs abdominales de type colique, accompagnées de nausées, de vomissements, de perte pondérale et d'asthénie même après un petit effort, ainsi que de paresthésies et d'hypoesthésies et finalement d'anxiété importante (pce 125);
- un rapport médical du 22 novembre 2010 du Dr P._____, médecin traitant, qui, outre les diagnostics connus, relève chez l'assuré une grave perturbation émotionnelle de type anxio-dépressif (sentiment d'incapacité, baisse de l'estime personnelle, isolement social, ruminations obsessionnelles en relation avec le futur, anxiété et humeur dépressive), évoluant depuis des années et probablement secondaire à ses autres problèmes de santé; le médecin traitant fait mention d'asthénie et de malaises même après des petits efforts, de vomissements avec douleurs abdominales, de paresthésies, d'hypoesthésies et de diminution de force musculaire des membres inférieurs. Dès lors, au vu de la combinaison des problèmes de santé de l'assuré, le médecin le déclare en incapacité totale de travail et souligne que celui-ci suit un traitement antidépresseur (Z._____ 25 mg par jour) et anxiolytique (Y._____ 3mg par jour; pce 126).
- des résultats radiologiques du 25 novembre 2010 du Dr Q._____, indiquant une légère ectasie du système excréteur du transplant rénal, un hypersignal en T2 au niveau du sacro iliaque, ainsi qu'une légère altération au niveau de l'intestin grêle et de l'invagination iléale, non spécifique pour une maladie coeliaque (intolérance au gluten); le médecin indique l'absence d'autres altérations pouvant expliquer les

symptômes gastriques du patient; il ressort en outre que l'assuré prend nombre de médicaments contre l'hypertension, ses problèmes intestinaux et contre le rejet de la greffe (pces 131 et 132);

- un rapport médical du 22 décembre 2010 du Dr R._____, médecin orthopédiste, relevant chez l'assuré, outre les diagnostics connus, la présence de discarthrose cervicale en C5 et C7 avec altérations dégénératives et spondylolisthésis en L5-S1, de coxarthrose bilatérale débutante, de douleurs aux genoux compatibles avec des altérations dégénératives, de syndrome du canal carpien et d'une fistule artérioveineuse à gauche. Selon le médecin orthopédiste, ces pathologies combinées entraînant des douleurs de la colonne lombaire et cervicale, des paresthésies des membres inférieurs et une perte de force dans le membre supérieur gauche ne permettent pas à l'assuré de travailler (pce 133);
- un rapport médical du service de gastroentérologie de l'hôpital de W._____, indiquant que l'assuré subira une coloscopie totale le 18 avril 2011 (pces 128 et 129).

H.c Dans une prise de position du 1^{er} février 2011, le Dr L._____, du service médical de l'OAIE, après examen des nouvelles pièces produites par le recourant, remet en cause leur valeur probante, au vu notamment des conclusions au niveau psychique et orthopédique des Drs P._____, et R._____, en totale contradiction avec l'expertise multidisciplinaire détaillée et cohérente effectuée quelque mois auparavant (pce 136).

I.

Par décision du 10 février 2011, notifiée le 22 février 2011, l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité du recourant avec effet au 1^{er} avril 2011, au motif que, son état de santé s'étant nettement amélioré et lui permettant de travailler à temps complet dans des activités de substitution, l'assuré ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente et n'a pas fourni en procédure d'audition de pièces médicales susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée en mai 2010 (pces 137, 139 et 140).

J.

Le 24 mars 2011, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF) concluant à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'une nouvelle expertise faite par un médecin indépendant soit ordonnée.

Subsidiairement, il requiert le maintien de sa rente entière d'invalidité, notamment eu égard au fait qu'il souffre toujours d'une entéropathie exsudative (diagnostic qui avait selon lui fondé le droit à la rente en 2003), entraînant fatigue extrême, diarrhées, vomissements, douleurs abdominales fréquentes et incapacitantes. De plus, le recourant invoque une éventuelle poli-neuropathie entraînant des douleurs au niveau des mains, des genoux et de la colonne vertébrale.

Finalement, l'intéressé remet en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, car insuffisamment motivée et contradictoire et conteste l'abattement de 5% sur le salaire d'invalidé, indiquant qu'en raison du manque de formation, de l'illettrisme, des limitations fonctionnelles de l'assuré, de son âge et de sa longue absence du marché du travail, un abattement de 25% devrait être retenu (TAF pce 1). Le recourant joint, outre des pièces déjà au dossier accompagnées de traductions libres, les documents suivants:

- un rapport médical du 11 mars 2011 établi par la Dresse J._____, dont il ressort que l'assuré souffre, outre les diagnostics connus, d'une altération sensorielle des membres, compatible avec une poli-neuropathie à clarifier lors d'une consultation neurologique pour laquelle l'intéressé est en attente (PJ 10);
- plusieurs photos de l'assuré, non datées, avant et après sa maladie, notamment montrant la présence d'une fistule du bras gauche et une perte pondérale (PJ 17).

K.

Dans une prise de position du 3 juin 2011, le Dr L._____, médecin généraliste consulté par l'OAIE, maintient ses précédentes prises de position, au vu de l'expertise pluridisciplinaire irréprochable et des pièces nouvellement produites n'apportant aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions des experts. Selon le médecin de l'OAIE, il est absolument clair que la transplantation rénale de l'assuré a considérablement amélioré son état de santé et lui a permis de retrouver une capacité de travail entière dans des activités adaptées (pce 145).

L.

Par réponse du 28 juin 2011, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à la prise de position de son service médical du 3 juin 2011. L'OAIE argue principalement qu'il a été établi par une expertise pluridisciplinaire,

remplissant les exigences requises par la jurisprudence, que l'assuré, a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées; quant à la hauteur de l'abattement retenu sur le salaire après invalidité, l'autorité inférieure le justifie sur la base notamment de l'âge du recourant, de son handicap et de sa capacité de travail résiduelle (TAF pce 5).

M.

Par décision incidente du 1^{er} juillet 2011, notifiée le 4 juillet 2011, le Tribunal invite le recourant à verser une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 400.-- dans les 30 jours dès réception, montant dont le recourant s'est acquitté le 1^{er} août 2011 (TAF pces 6 à 8).

N.

Par réplique du 7 octobre 2011 (TAF pce 11), le recourant confirme ses précédentes conclusions, mettant en cause l'impartialité des experts mandatés par l'autorité inférieure dans la présente affaire; celui-ci requiert qu'une nouvelle expertise soit effectuée au vu des nouvelles pièces produites en procédure de recours et, en tout état de cause, conteste l'abattement sur le salaire d'invalidité de 5% retenu par l'autorité inférieure lors de l'évaluation de son invalidité, estimant que l'abattement maximal de 25% aurait dû être admis en raison de son illettrisme et de son absence de formation, ainsi qu'au regard de ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis neuf ans et qu'il n'a jamais exercé qu'un seul métier, celui d'aide-cuisinier, activité pour laquelle l'autorité inférieure lui a reconnu un incapacité totale de travail. De plus, à l'appui de ses allégations, le recourant joint une attestation médicale du ministère de la santé portugaise du 23 mai 2011, établi par la Dresse S._____, reconnaissant une incapacité permanente de 54% au recourant.

O.

Par duplique du 17 octobre 2011, l'autorité inférieure réitère ses précédentes conclusions, estimant qu'aucun élément permettant de reconsidérer sa précédente prise de position n'a été fourni par le recourant (TAF pce 13).

P.

Par ordonnance du 25 octobre 2011, le Tribunal de céans porte un double de la duplique à la connaissance du recourant (TAF pce 14).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

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

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

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

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse

et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

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 mars 2009 et que l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} avril 2011, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de ladite loi en vigueur dès le 1^{er} 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. 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).

5.

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

6.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa

décision du 10 février 2011 (pce 139), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} octobre 2003 (pce 31) au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

7.

À titre préliminaire, il convient de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

7.1 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. 74^{ter} RAI, par laquelle l'administration informe l'assuré que, 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 si 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).

7.2 En l'espèce, le recourant a été reconnu en incapacité totale de travail dès le 31 octobre 2002 en raison d'une insuffisance rénale terminale sur micro-angiopathie thrombotique nécessitant des hémodialyses trois fois par semaine, ainsi que d'une entéropathie exsudative (cf. let. B). Par décision du 16 mai 2004 (pce 31), l'intéressé est ainsi mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2003. Cette décision a été reconduite par communication du 23 mars 2007 (pce 76), à la suite d'une procédure de révision d'office contenant un examen matériel complet de la cause (cf. let. C). L'OAIE maintient alors le droit à une rente entière de l'assuré, au motif que son état de santé est resté inchangé, notamment sur la base de rapports médicaux des ses médecins traitants (pces 42, 64 et 68), des rapports néphrologiques du Centre hospitalier X._____ (pces 60 à 63) et sur la base d'un formulaire E 213 du 22 septembre 2006 (pce 67).

7.3 Ainsi, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 23 mars 2007 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 10 février 2011.

8.

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente entière de l'assuré par voie de révision avec effet au 1^{er} avril 2011, au motif d'une amélioration significative de son état de santé.

8.1 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).

8.2 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 1^{er} 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).

8.3 En l'occurrence, une rente entière d'invalidité a été octroyée à l'assuré en mai 2004 et maintenue en mars 2007, en raison de son insuffisance rénale terminale sur micro-angiopathie thrombotique, nécessitant des hémodialyses de quatre heures trois fois par semaine et éventuellement une greffe de rein, ainsi qu'en raison d'une entéropathie exsudative d'origine indéterminée entraînant fatigue, nausées, douleurs abdominales, diarrhées et vomissements (cf. notamment pces 53, 60 à 69 et 75).

8.4 En 2011, l'OAIE fonde sa décision de suppression de rente d'invalidité principalement sur une expertise pluridisciplinaire effectuée le 6 mai 2010 afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré d'un point de vue néphrologique, gastro-entérologique et psychiatrique (pce 117). Les experts diagnostiquent un status après allogreffe rénale d'évolution favorable, avec rein fonctionnel sans complications; ils décrivent l'assuré comme asymptomatique et la situation du point de vue néphrologique comme satisfaisante (p. 15). D'un point de vue gastro-entérologique, les experts retiennent le diagnostic d'entéropathie exsudative, sans indiquer de limitations fonctionnelles ou diminution de rendement à ce titre malgré des diarrhées et des douleurs abdominales entraînant une faiblesse et un état clinique d'asthénie chronique (pp. 16 et 17). Finalement, du point de vue psychique, l'expert admet une dysthymie et dépression anxieuse (F 34.1) non incapacitante. Dès lors, les experts déclarent que l'assuré a retrouvé dès le mois de février 2009 une capacité entière de travail dans des activités adaptées, ne nécessitant pas de port de charge autre que légères, sans flexions antérieures du tronc itératives, sans utilisation de la presse abdominale, à l'abri des intempéries, exemptes de poussière, de saleté ou de contacts avec les animaux.

8.5 Quant au recourant, il invoque être toujours en incapacité totale de travail en raison de la combinaison de ses problèmes de santé. Sur la base de certificats médicaux de médecins traitants et de spécialistes, il argue souffrir d'anxiété importante (pce 125), d'une grave perturbation émotionnelle de type anxio-dépressif nécessitant la prise d'antidépresseurs et anxiolytiques (pce 126), d'une entéropathie exsudative d'origine indéterminée associée à une intolérance au gluten, entraînant de nombreux symptômes invalidants (nausées, douleurs abdominales, vomissements, perte de poids, asthénie et fatigue extrême; pces 87, 89, 90, 125, 126, 131 et 132), ainsi que de paresthésies/hypoesthésies du membre supérieur gauche avec perte de force, de coxarthrose bilatérale débutante, de poli-neuropathie, de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire, ainsi que

d'altérations dégénératives au niveau des genoux (pces 126 et 133; TAF pce 1, PJ 10).

9.

9.1 Tout d'abord, le Tribunal relève que les diagnostics néphrologiques et gastro-entérologiques ne sont pas contestés dans la présente affaire, les médecins reconnaissant de manière constante une évolution favorable de l'insuffisance rénale de l'assuré suite à l'allogreffe effectuée en 2008, ainsi que la persistance d'une entéropathie exsudative d'origine indéterminée associée à une intolérance secondaire au gluten entraînant principalement une fatigue chronique fluctuante (pces 87 à 92, 98, 117 et 125).

9.2 Du point de vue néphrologique, le Tribunal constate qu'il ressort de manière constante des pièces au dossier que l'assuré, suite à une allogreffe subie au mois de mai 2008, a pu cesser ses hémodialyses hebdomadaires en raison de l'évolution favorable de son insuffisance rénale, notamment au vu de l'absence de récurrence et de lésions de micro-angiopathie thrombotique dans la période critique (pces 91, 92, 98 et 117, pp. 15 et 16). De plus, il ressort du dossier, notamment de l'expertise pluridisciplinaire du 6 mai 2010 (pce 117) ainsi que du formulaire E 213 du 19 octobre 2009 (pce 98), axé exclusivement sur les suites de la transplantation rénale de l'assuré, que celui-ci a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées sans port de charges autre que légères, sans flexions antérieures du tronc itératives, sans utilisation de la presse abdominale, à l'abri des intempéries, exemptes de poussière, de saleté ou de contacts avec les animaux. Par ailleurs, le Tribunal constate que l'intéressé n'apporte pas d'éléments allant à l'encontre de ces constatations ni en procédure d'audition ni en procédure de recours (pces 125 à 133; TAF pce 1). Dès lors, on ne saurait nier que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré en ce qui concerne le diagnostic initial d'insuffisance rénale terminale et que de ce point de vue celui-ci a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées.

9.3 Par contre, du point de vue de l'influence des troubles gastro-entérologiques de l'assuré sur sa capacité de travail, les rapports des médecins de celui-ci et les conclusions de l'expertise effectuée en mai 2010 sont en totale contradiction. En effet, il ressort des rapports médicaux produits par l'assuré que celui-ci souffre de nombreux symptômes en relation avec cette pathologie depuis 2002 (vomissements, nausées, diarrhée, douleurs abdominales et fatigue;

pces 1, 3, 60, 89, 90, 125, 126, 131 et 132; TAF pce 1 PJ 10) ayant notamment entraîné des hospitalisations en 2006 (pce 69) et 2007 (pce 87). Malgré la mention d'une amélioration clinique évidente suite à la mise en place d'un régime sans gluten (pce 125), les Drs J._____ et P._____ relèvent de manière concordante une asthénie au moindre effort, des douleurs abdominales avec vomissements et diarrhées, une perte pondérale et des malaises; de plus, le médecin traitant de l'assuré déclare celui-ci totalement incapable de travailler en raison de la combinaison de ses problèmes de santé.

D'un autre côté, les experts ne semblent retenir aucune incapacité de travail ou diminution de rendement (pce 117, pp. 18 et 19) eu égard à l'entéropathie exsudative de l'assuré (cf. anamnèse digestive en p. 7), ce malgré le fait qu'ils déclarent en fin d'expertise que: "la situation somatique s'est certes améliorée après la transplantation rénale et la mise en route du régime sans gluten. Il persiste toutefois des diarrhées et de douleurs abdominales rendant la situation parfois difficilement tolérable et entraînant une faiblesse et un état d'asthénie chronique" (pce 117, p. 17). Cependant, les experts ne tirent pas de conclusion de cette constatation, ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles ou l'absence de celles-ci, ni ne prennent véritablement position sur la capacité de travail du recourant à cet égard. Par ailleurs, le Tribunal souligne que l'expertise ne contient pas de véritable volet gastro-entérologique ni d'examen objectif de l'assuré; en effet, sous le titre "status gastro-entérologique" sont exposées des constatations générales sur l'état psychique et physique de l'assuré (p. 13). La description des troubles gastro-intestinaux de l'assuré se résume en une phrase, lorsqu'il est fait mention de reflux symptomatique à composante nocturne partiellement jugulée par les inhibiteurs de la pompe à proton (p. 16). Dès lors, il apparaît au Tribunal qu'à cet égard on ne saurait reconnaître à l'expertise effectuée une valeur probante suffisante, car trop peu explicite et lacunaire au sujet de la pathologie gastro-entérologique, d'autant que les conclusions de l'expertise sont contredites par les médecins traitants de l'assuré. Dès lors, étant donné la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure inquisitoire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s. consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s. consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à

apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier), le Tribunal ne saurait se baser sur l'une ou l'autre des appréciations susmentionnées, les pièces au dossier étant par trop succinctes ou incomplètes, et estime qu'un complément d'instruction est nécessaire sous la forme d'une nouvelle expertise gastro-entérologique effectuée par un médecin indépendant.

10.

En outre, à la lecture des pièces au dossier, il apparaît que plusieurs autres diagnostics sont contestés et font l'objet d'appréciations contradictoires.

10.1 Premièrement, concernant l'état de santé psychique de l'assuré, les médecins consultés ne s'accordent pas sur la gravité de ses symptômes dépressifs; en effet, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire (pce 117, pp. 16 et 17), tendant à retenir une dysthymie et une dépression anxieuse non invalidante, s'opposent aux déclarations du médecin traitant de l'assuré, le Dr P._____, qui décrit une grave perturbation émotionnelle de type anxio-dépressif évoluant depuis des années, nécessitant un traitement antidépresseur et anxiolytique et qui, combiné avec les autres problèmes de santé de l'assuré, entraîne une incapacité de travail totale (pce 126). Le médecin de l'OAIE oppose à ce rapport médical la valeur probante de l'expertise faite peu de temps auparavant et le fait que la dose d'antidépresseur est peu importante, éléments rendant les constatations du médecin traitant peu vraisemblables (pce 136).

En la cause, le Tribunal reconnaît que les documents médicaux produits par le recourant attestant de ses troubles dépressifs décrivent en termes plutôt succincts ses pathologies, sans procéder à un examen objectif complet et que de plus, ils émanent du médecin traitant de l'assuré, qui, selon la jurisprudence, est considéré comme généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 1997, p. 230). Toutefois, considérant que le médecin traitant a augmenté les doses d'anxiolytiques du recourant depuis l'expertise effectuée, qu'il lui a prescrit nouvellement des antidépresseurs indiqués pour un épisode dépressif majeur (cf. certificat du 22 novembre 2010 du Dr P._____; pces 126 et 130), et que de plus il est fait mention d'un suivi psychiatre (cf. rapport médical de la Dresse J._____ du

10 mars 2011), ne ressortant pourtant pas du dossier, il apparaît au Tribunal qu'un complément d'expertise à cet égard est également nécessaire, afin d'établir la nature et le degré de gravité des troubles psychiques de l'assuré, une aggravation semblant être intervenue depuis l'expertise effectuée.

10.2 Deuxièmement, l'assuré argue souffrir d'une possible poli-neuropathie, de troubles du rachis cervical et lombaire (discarthrose cervicale en C5 et C7 avec altérations dégénératives et spondylolisthésis en L5-S1), de coxarthrose débutante, de troubles dégénératifs au niveau des genoux, de syndrome du canal carpien (pces 131 à 133) ainsi que de perte de force musculaire et paresthésies/hypoesthésie au niveau du membre supérieur gauche (pces 125 et 126). Le Dr R._____, médecin orthopédiste, déclare l'assuré totalement incapable de travailler au vu de ses affections chroniques allant en s'aggravant, sans toutefois produire les radiographies effectuées. En l'espèce, le service médical de l'OAIE conteste l'appréciation du médecin orthopédiste qualifiant son appréciation de la capacité de travail de l'assuré d'incompréhensible étant donné la légèreté des altérations dégénératives décrites et estime que ces constatations ne permettent pas de remettre en cause l'expertise multidisciplinaire faite par des experts compétents (pce 136).

A cet égard, le Tribunal constate que le rapport médical du médecin orthopédiste du 22 décembre 2010 est succinct et ne détaille aucunement d'éventuelles limitations fonctionnelles contribuant à l'incapacité de travail totale de l'assuré, à l'exception des problèmes de préhension et de perte de force du membre supérieur gauche (pce 133). De plus, il n'est pas très clair si l'incapacité de travail retenue découle uniquement des troubles rhumatologiques de l'assuré ou de la combinaison avec ses autres problèmes de santé. Toutefois, ce rapport médical intervient en cours de procédure d'audition, provient d'un médecin spécialisé et décrit des pathologies rhumatologiques et orthopédiques dont les experts mandatés par l'OAIE n'ont absolument fait aucune mention en mai 2010, car n'ayant jamais été évoqués auparavant par les médecins de l'assuré. Force est ainsi de constater qu'il existe des différences importantes de diagnostics sur ce point et étant donné que l'expertise mandatée par l'OAIE ne contenait pas de volet rhumatologique ou orthopédique, on ne saurait en déduire une valeur probante supérieure au certificat du médecin spécialiste consulté par l'assuré; dès lors, il apparaît au Tribunal que l'aspect rhumatologique du dossier devra également être clarifié par l'autorité inférieure lors de la reprise de l'instruction par le biais d'une expertise.

11.

11.1 Ainsi, le Tribunal de céans est d'avis que, malgré une évidente amélioration de l'état de santé du recourant du point de vue néphrologique par rapport au dernier examen approfondi effectué en 2007, les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de se forger une conviction quant au point de savoir si l'assuré a retrouvé une capacité de travail excluant le droit à une rente d'invalidité. En effet, au vu des divergences qui subsistent entre les différents médecins concernant l'état de santé de l'assuré du point de vue gastro-entérologique, psychiatrique et rhumatologique, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre appréciation et considère qu'une expertise pluridisciplinaire, appréciant de manière globale la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans des activités adaptées, est nécessaire afin de déterminer si l'état de santé du recourant s'est notablement modifié depuis la dernière révision déterminante de manière à influencer son droit à la rente.

11.2 Partant, le Tribunal, faisant en partie droit aux conclusions de A._____, admet partiellement le recours et annule la décision litigieuse, car se fondant sur une constatation lacunaire des faits relatifs à l'état de santé du recourant. L'affaire est renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 al. 1 PA, afin qu'elle procède à une expertise pluridisciplinaire établie par des experts en gastro-entérologie, en psychiatrie et en rhumatologie, ainsi qu'à tout autre examen nécessaire à la détermination de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans des activités adaptées durant la période déterminante. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

12.

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2.).

Dès lors, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 1^{er} août 2011 par le recourant (TAF pces 6 à 8), sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt.

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 (cf. le mémoire de recours de 11 pages et bordereau de 18 pièces, ainsi que la réplique de 4 pages accompagnée de 2 pièces justificatives; 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 et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- versée sera restituée au recourant par la caisse du Tribunal.

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. _._._._ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: