



Cour III
C-3430/2007
{T 0/2}

Arrêt du 1^{er} décembre 2009

Composition

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

Parties

A. _____,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 12 avril 2007).

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais A._____ a travaillé en Suisse en qualité de maçon de 1986 à 1995 (pce 3). En août 1995, il fait un faux mouvement en soulevant une dalle d'une quinzaine de kilos et est mis en congé maladie du 31 août au 10 septembre et du 15 novembre au 3 décembre 1995 pour cause de lombalgies. Le 5 décembre 1995, en portant une masse dans la main droite, il souffre d'un nouvel épisode aigu de lombalgies avec cette fois irradiation dans la jambe droite (cf. notamment pces 119 et 145 p. 2 3^{ème} paragraphe). Il cesse dès lors de travailler et dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: Office AI FR) en date du 2 août 1996 (pce 4).

B.

Par deux décisions datées du 9 mars 2000 (cf. pce 68 [décision portant sur le droit de l'assuré de recevoir une rente entière à partir du 1^{er} novembre 1996 jusqu'au 30 juin 1997] et pce 70 [décision portant sur le droit de l'assuré de recevoir une rente entière à partir du 1^{er} juillet 1997]; voire également pce 57 [prononcé du 25 octobre 1999]), l'Office AI FR alloue une rente entière à l'intéressé à partir du 1^{er} novembre 1996. Ces actes s'appuyaient notamment sur les documents suivants:

- une expertise médicale du 2 mai 1997 signée par le Prof. B._____, rhumatologue, posant les diagnostics de lombalgies chroniques, troubles somatoformes douloureux et état anxio-dépressif sous-jacent (pce 121; cf. également pce 137 [complément d'expertise daté du 29 avril 1999]);
- une expertise psychiatrique du 7 août 1997 des Drs C._____ et D._____ effectuée au Centre psycho-social E._____ posant notamment le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F.45.4 (pce 122; cf. également pces 123 et 138 [compléments d'expertise datés des 20 août 1997 et 9 juillet 1999]);
- plusieurs rapports médicaux du Dr F._____, médecin-traitant de l'assuré, datés des 9 octobre 1996 (pce 119), 14 novembre

1996 (pce 120 p. 2), 3 octobre 1997 (pce 126), 9 février 1998 (pces 127 et 128), 4 septembre 1998 (pce 135) et 15 février 1999 (pce 136);

- des rapports médicaux des 12 et 15 novembre 1991 (pce 109 et 110), 12 décembre 1995 (pce 111), 7 février 1996 (pce 112), 26 février 1996 (pce 113), 29 février 1996 (pces 114 et 115), 10 avril 1996 (pce 116) et 29 avril 1996 (pce 117).

C.

Lors d'une première procédure de révision de la rente, l'Office AI FR verse au dossier un questionnaire pour la révision de la rente rempli par l'intéressé et daté du 31 octobre 2000 (pce 79) et un rapport médical du 15 janvier 2001 établi par le Dr F._____ (pce 139). Par acte du 12 février 2001 adressé à l'assuré (pce 81), l'administration retient que le degré d'invalidité n'a pas changé au point d'influencer le droit à la rente et informe l'intéressé que, en cas de désaccord, une décision sujette à recours peut être demandée. Le montant des rentes complémentaires est ensuite adapté à l'augmentation des salaires et des prix (décision du 22 février 2001 [pces 83]).

D.

D.a Par acte du 11 avril 2001 (pce 87), le dossier de la cause est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) pour compétence suite au déménagement de l'assuré au Portugal.

D.b Par communication du 24 avril 2001 adressée à l'assuré (pce 88), l'OAIE adapte le montant de la rente à l'augmentation des salaires et des prix.

E.

E.a Dans une nouvelle procédure de révision qui a abouti à la décision dont est recours, l'administration requiert de la Clinique G._____ une expertise de l'assuré (pces 97; 98; 99 et 103). Celui-ci est examiné par les experts du 29 au 31 août 2006. L'expertise comprend trois volets:

- un rapport psychiatrique du 1^{er} septembre 2006 établi par le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, suite à un examen de l'assuré effectué le 30 août 2006 (pce 140);

- un rapport médical du 1^{er} septembre 2006 établi par le Dr I._____, spécialiste FMH en neurologie, suite à une électroneuromyographie effectuée sur l'intéressé le 31 août 2006 (pces 141-143);
- un rapport de synthèse du 9 octobre 2006 signé par le Prof. J._____, Directeur médical (pce 145), posant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques et dégénératifs dorso-lombaires et protrusion anamnestique L4-L5 droite (M51.2) et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de stéatose hépatique en investigation au Portugal avec troubles de la fonction hépatique, de status après épидидymite droite, de status après cure de varices du membre inférieur gauche et status variqueux persistant, de hémangiomes bénins D12-L1, de status après cure de hernie sus-ombilicale, de hypercholestérolémie et hypertriglycémie, de cervicalgies sur dysfonction et troubles dégénératifs (pce 145 p. 11); ce rapport retient une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée dès le moment où celui-ci a été expertisé à la Clinique G._____ (pce 145 p. 13).

E.b L'autorité transmet le dossier au Dr K._____ pour prise de position. Dans son rapport du 31 octobre 2006 (pce 108), celui-ci constate que, selon l'expertise de la Clinique G._____, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré sur le plan psychique et conclut que ce dernier présente une incapacité de travail totale dans la profession exercée jusqu'à l'atteinte à la santé mais que, par contre, une activité de substitution légère est exigible de sa part à 100% dès le 1^{er} septembre 2006. Il cite à titre d'exemple les travaux et professions suivantes (pce 108 p. 3):

- "Activités dans le secteur industriel (activités légères à moyennement lourdes, assises et/ou avec changement de positions): ouvrier non qualifié/manoeuvre dans une usine/fabrique/production en général;

- Activités dans les services collectifs et personnels (activités légères, assises et/ou avec changement de positions): concierge/gardien d'immeuble/de chantier; surveillant de parking/musée;
- Activités dans le commerce en général (activités légères, assises et/ou avec changement de position): magasinier/gestion des stocks;
- Activités dans le commerce de détails (activités légères, assises et/ou avec changement de position): vendeur de billets.

E.c Par acte du 19 décembre 2006 (pce 158), l'OAIE effectue une comparaison des revenus. En ce qui concerne le revenu de valide, il se réfère au questionnaire pour l'employeur daté du 23 août 1996 selon lequel l'assuré travaillait 41 heures par semaine pour un salaire de Fr. 27.92 (pce 10 p. 2). Il en déduit un salaire mensuel en 1996 de Fr. 4'960.45 ($27.92 \times 41 \times 52 : 12$) qu'il indexe à l'année 2004. Il se base ainsi sur un revenu sans invalidité de Fr. 5'360.73.

Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'Office se réfère aux données de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (ESS; cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), tableau TA1. Il constate que les activités de substitution proposées par le Dr K._____ correspondent à des activités simples et répétitives dans les secteurs « industrie alimentaire et boissons » (Fr. 4'452.- pour 40 h./sem.), « industrie du cuir et de la chaussure » (Fr. 4'121.-), « services collectifs et personnels » (Fr. 4'181.-), « commerce de gros » (Fr. 4'672.-), « commerce de détails » (Fr. 4'280.-). La moyenne des revenus obtenus dans ces activités se montent ainsi à Fr. 4'341.20.- pour 40 h./sem. et à Fr. 4'514.84 pour 41.6 h./sem (temps de travail moyen et usuel selon l'Office fédéral de la statistique). Ce dernier montant est ensuite réduit de 10% ($4'514.84 - 451.48 = \text{Fr. } 4'063.35$), afin de tenir compte du fait que l'intéressé ne peut exercer que des activités légères ne surchargeant pas le rachis lombaire.

Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'360.73 à un salaire avec invalidité de Fr. 4'063.35. L'intéressé présente ainsi une perte de gain de 24.20% ($\frac{5'360.73 - 4'063.35}{5'360.73} \times 100$).

E.d Par projet de décision du 16 janvier 2007 (pce 159), l'OAIE informe l'assuré que, en application des art. 17 LPGA et 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), il entend supprimer sa rente d'invalidité suite à une modification notable de son état de santé. Selon lui, les documents nouvellement reçus permettent de conclure qu'une activité lucrative plus légère comme par exemple "ouvrier non qualifié/manoeuvre dans une usine/fabrique/production en général, concierge/gardien d'immeuble/de chantier, surveillant de parking/musée, magasinier/gestion des stocks, vendeur de billet" serait exigible de sa part à partir du 1^{er} septembre 2006 et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité. Il précise qu'il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

E.e Par acte du 16 février 2007 (pce 160), l'intéressé fait part de son désaccord quant au projet de décision du 16 janvier 2007. Faisant valoir ses affections, il allègue ne pas pouvoir exercer une activité lucrative quelconque. Il joint à son recours la documentation médicale suivante:

- deux rapports médicaux déjà versés au dossier des 7 février 1996 (147 p. 2 [seulement la 2^{ème} page de ce document a été produite]) et 10 avril 1996 (pce 147 p. 1 [seulement la 1^{er} page de ce document a été produite]);
- deux rapports médicaux datés du 2 février 2007 et établis par le Dr L._____ (pces 148 et 149);
- un rapport médical du 7 février 2007 établi par le Dr M._____ (pce 150);
- un rapport médical du 12 février 2007 établi par le Dr O._____, psychiatre, constatant une incapacité de travail totale et définitive de l'assuré (pce 151);
- un rapport médical du 13 février 2007 établi par le Prof. N._____, orthopédiste, concluant à une incapacité de travail de l'intéressé de 100% dans sa profession habituelle et de plus de 70% dans des activités de substitution (pce 152).

E.f L'OAIE transmet le dossier au Dr K._____, de son service médical, pour prise de position. Dans son rapport du 12 mars 2007 (pce 154), celui-ci retient que les rapports adressés actuellement par l'assuré ne font pas mention d'autres pathologies que celles examinées. En particulier, les rapports nouvellement produits par le recourant n'amènent pas d'éléments nouveaux influençant la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, il relève que l'expertise médicale effectuée à la Clinique G._____ n'a pas décelé de psychopathologie active invalidante, de sorte que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. Selon lui, il apparaît toutefois que, suite au projet de décision de l'OAIE concluant à la suppression de la rente, "l'assuré présente une suite de symptômes réactionnels qui peuvent être traités et n'occasionnent pas en tant que tels une incapacité de travail prolongée. En effet, l'effet dépressif réactionnel est une affection fluctuante sur le plan thymique et d'intensité variable qui peut bénéficier d'un traitement médicamenteux et d'un soutien psychothérapeutique sans nécessiter d'incapacité de travailler." Constatant que ces mesures ont été instaurées selon le rapport médical du Dr O._____, le Dr K._____ ne voit aucun élément permettant d'invalider ses conclusions antérieures.

E.g Par décision du 12 avril 2007 (pce 164), l'OAIE supprime la rente de l'intéressé à partir du 1^{er} juin 2007. Il précise que, selon son service médical, les documents produits en procédure d'audition ne font pas mention d'autres pathologies que celles déjà examinées lors de l'expertise médicale détaillée du 1^{er} septembre 2006 effectuée à la Clinique G._____.

F.

F.a Par écriture du 3 mai 2007 (pce TAF 1 p. 2 s.), la fille de l'assuré demande à l'autorité inférieure de revoir la décision susmentionnée du 12 avril 2007, en soulignant que son père souffre beaucoup physiquement et psychologiquement, qu'il n'est plus le même depuis qu'il a pris connaissance de la décision de suppression de la rente et qu'il parle même de suicide. Selon elle, il est incompréhensible que l'OAIE supprime les prestations accordées à l'assuré alors que son état de santé s'est aggravé depuis l'octroi de la rente. En outre, elle signale qu'elle est célibataire et mère d'un petit enfant. Vivant à la charge de son père, elle craint que, suite à la décision de suppression de rente, elle ne puisse plus terminer ses études universitaires.

F.b Par acte du 14 mai 2007 (pce TAF 1 p. 1), l'autorité inférieure transmet l'acte précité au Tribunal de céans pour compétence. Considérant que la fille du recourant a agi en représentation de son père (cf. pce TAF 3 p. 1 et TAF 14), le Tribunal administratif fédéral invite l'OAIE à déposer une réponse au recours par ordonnance du 24 mai 2007 (pce TAF 3).

F.c En date du 6 juin 2007 (cf. pce TAF 5 p. 2 n° 1), le Tribunal de céans reçoit un acte de recours non daté (pce TAF 4), signé par l'assuré et remis à la poste espagnole le 14 mai 2007 (cf. enveloppe de cet envoi [pce TAF 4 in fine]). Faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis l'octroi initial de la rente, A._____ allègue présenter une incapacité de travail de 100% dans sa profession habituelle et de plus de 70% dans une activité de substitution. Il joint à son recours de la documentation médicale déjà versée au dossier (rapports médicaux des 7 février 1996 [on note que le recourant a produit uniquement la 2^{ème} page de ce document], 10 avril 1996 [on note que le recourant a produit uniquement la première page de ce document], 7 février 2007, 12 février 2007, 13 février 2007 et deux rapports médicaux datés du 2 février 2007). Par ordonnance du 18 juin 2007 (pce TAF 5), cet acte et ses annexes sont transmis à l'autorité inférieure pour connaissance en complément du recours du 3 mai 2007.

F.d Par écritures des 25 juin 2007 (pce TAF 6) et 16 octobre 2007 (pce TAF 9), la fille de l'assuré demande au Tribunal de céans de prendre une décision le plus vite possible, car le comportement de son père l'inquiète. Elle indique qu'elle a surpris celui-ci avec des comprimés et un verre d'eau le 25 juin 2007, ce qu'elle considère comme une tentative de suicide.

F.e Par acte du 8 novembre 2007 (pce 165), l'autorité inférieure demande au Dr P._____, psychiatre de son service médical, de prendre position sur l'aspect psychiatrique du dossier, notamment quant aux prises de position médicales des 31 octobre 2006 et 12 mars 2007 du Dr K._____. Dans son rapport du 1^{er} janvier 2008 (pce 166), celui-ci ne décèle aucun motif susceptible d'invalider les conclusions de son collègue.

F.f Dans sa réponse au recours du 9 janvier 2008 (pce TAF 12), l'OAIE retient que, selon l'expertise effectuée à la Clinique G._____ en août 2006, les prises de position médicale des 31 octobre 2006 et

12 mars 2007 du Dr K._____, de son service médical, et la prise de position médicale du 1^{er} janvier 2008 du Dr P._____, également de son service médical, l'état de santé du recourant s'est significativement amélioré sur le plan psychiatrique depuis l'attribution de la rente entière en 1999. Il s'ensuit que l'incapacité de travail dans une activité lourde telle que celle exercée jusqu'à l'atteinte à la santé reste totale mais que, par contre, une activité de substitution légère à moyenne ne surchargeant pas le rachis lombaire est, du point de vue médical, à nouveau exigible à plein temps de sa part. Il précise que, suite à une comparaison des revenus effectuée en date du 19 décembre 2006, il ressort que l'assuré ne subirait plus qu'une diminution de sa capacité de gain de 24% ce qui, en vertu des dispositions applicables, ne donne plus droit à une rente d'invalidité. Soulignant que, selon la jurisprudence constante, celui qui demande des prestations doit avant tout diminuer le dommage subi du fait de l'atteinte à la santé en tirant le meilleur parti de sa capacité de travail restante, fût-ce au prix de gros efforts, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

G.

Par ordonnance du 16 janvier 2008 (pce TAF 13; cf. également pce TAF 21), notifiée le 17 janvier 2008 (pce TAF 15 [avis de réception]), le Tribunal de céans transmet au recourant un double de la réponse au recours ainsi qu'une copie des pièces qui y sont mentionnées (pce 145 [rapport de synthèse de l'expertise effectuée à la Clinique G._____ signée par le Prof. J._____], pces 108 et 154 [prises de position médicale des 31 octobre 2006 et 12 mars 2007 du Dr K._____], pce 166 [prise de position médicale du 1^{er} janvier 2008 du Dr P._____], pce 158 [évaluation de l'invalidité effectuée par l'OAIE du 19 décembre 2006]) et invite le recourant à déposer une réplique ainsi qu'à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr 400.- dans un délai de 14 jours dès réception dudit acte. L'assuré renonce à se déterminer et verse un montant de Fr. 400.- sur le compte du Tribunal administratif fédéral en date du 25 janvier 2008 (pce TAF 16 p. 2).

H.

Par acte du 29 février 2008 (pce TAF 17), le Tribunal de céans signale que l'échange d'écriture est clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées.

I.

Par ordonnances des 24 mai 2007 et 20 août 2008 (pces TAF 3 et TAF 18), le Tribunal de céans communique au recourant la composition du collège. Celles-ci ne seront pas contestées.

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), 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 prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA 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 ladite 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. 1 a 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.

2.1 Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la

Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

2.2 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision sur opposition entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les articles de loi cités ci-après sont ceux en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.

3.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

3.2 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%, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Il est le lieu de préciser que, avant l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66²/₃% au moins, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

3.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

4.

4.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

4.2 Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

5.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs

des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

6.

En l'espèce, le litige porte sur la suppression d'une rente entière d'invalidité par la voie de la révision.

6.1 Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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.

6.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

6.3 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

6.4 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 généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit qui constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 109 V 262, consid. 4a). On note également qu'une simple communication au recourant confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (voire arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

6.5 En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1996 par deux décisions datées du 9 mars 2000 (voire à ce sujet supra let. B). Dans ce contexte, on remarque que, lors d'une première procédure de révision, l'Office AI FR, par communication du 12 février 2001 (pce 81), a informé le recourant que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Cette communication se basait uniquement sur un questionnaire pour la révision de la rente daté du

31 octobre 2000 et rempli par l'intéressé (pce 79) et un rapport médical générique du 15 janvier 2001 établi par le Dr F._____ (pce 139). Eu égard au caractère sommaire de l'instruction des faits, la communication précitée ne saurait donc être retenue comme point de départ pour la comparaison des faits. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de l'octroi de la rente par décisions datées du 9 mars 2000 et ceux qui ont existé jusqu'au 12 avril 2007, date de la décision litigieuse.

7.

7.1 Au vu de la documentation médicale versée au dossier avant l'octroi de la rente entière (cf. notamment l'expertise médicale du 2 mai 1997 établie par le Prof B._____ [pce 121] avec son complément du 29 avril 1999 [pce 137] et l'expertise psychiatrique du 7 août 1997 effectuée par les Drs C._____ et D._____ [pce 122] avec ses compléments des 20 août 1997 [pce 123] et 9 juillet 1999 [pce 138]) et des documents émis par l'administration à ce moment-là (cf. pces 28 à 30 et 130 à 131), il appert que, pour l'essentiel, l'Office AI FR a reconnu une incapacité de travail entière de l'assuré dans une activité de substitution sur la base du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il est le lieu de mentionner que le Tribunal fédéral, dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352) 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. (ATF 130 V 352; cf. également ANDREAS BRUNNER/NOAH BIRKHÄUSER, somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007 p. 169 ss, notamment p. 186). Selon des critères nouvellement introduits, cette affection n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1). Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que la jurisprudence exposée à l'ATF 130 V 352 ne constituait pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques ou en application des art. 17 et 53 LPGA, des

rentes qui avaient été allouées valablement à une époque antérieure (ATF 135 V 201 consid. 5 et 7.2; ATF 135 V 215 consid. 4 et 6.2).

7.2 Compte tenu de cette jurisprudence, c'est donc à juste titre que, en l'espèce, l'administration ne fait pas valoir un changement des fondements juridiques ou un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA pour motiver la suppression de la rente d'invalidité fondée initialement sur deux décisions du 9 mars 2000 entrées en force formelle (cf. supra let. B).

8.

8.1 Dans le rapport de synthèse de l'expertise effectuée à la Clinique G._____ (cf. supra let. E.a), le Prof. J._____ atteste que, sur le plan somatique, l'examen clinique est superposable à celui mentionné lors de l'octroi initial de la rente d'invalidité mais que, par contre, l'aspect psychiatrique a évolué, le diagnostic retenu n'étant plus celui du trouble somatoforme douloureux persistant mais celui de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (pce 145 p. 12). Il s'appuie à cet effet sur l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (expertise psychiatrique datée du 1^{er} septembre 2006 [pce 140]). L'expert relève de ce fait que l'assuré présente une incapacité de travail complète pour des travaux lourds en raison de ses lombalgies mais que, en revanche, il est en mesure d'exercer à plein temps une activité de substitution légère (pce 145 p. 12 4^{ème} paragraphe).

Sur la base de cette expertise, l'OAIE conclut à une amélioration significative de l'état de santé du recourant sur le plan psychique et estime que ce dernier n'a de ce fait plus droit à des prestations de l'assurance-invalidité (pces 108 et 154 [prises de position médicale des 31 octobre 2006 et 12 mars 2007 du Dr K._____, du service médical de l'OAIE], pce 166 [prise de position médicale du 1^{er} janvier 2008 du Dr P._____, également du service médical de l'OAIE], pce TAF 12 [réponse au recours du 9 janvier 2008]).

8.2 Se référant à divers rapports médicaux, l'assuré allègue pour sa part présenter une incapacité de travail de 100% dans l'activité exercée jusqu'à l'atteinte à la santé et une incapacité de travail supérieure à 70% dans une activité de substitution (pce TAF 4 p. 4).

8.3 Sur le plan terminologique, il est le lieu de préciser que, selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM), dans sa version en vigueur au moment où l'assuré a été expertisé (cf. PIERRE-ANDRÉ FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, Chêne-Bourg 2007, p. 255 où la description des diagnostics F45.4 et F68.0 dans leur teneur en vigueur en 2006 a été reproduite), le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 est caractérisé par "une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient." Pour sa part, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque "des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même" et que le clinicien se trouve en présence d'"arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux)". Selon la CIM-10, ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (FAUCHÈRE, op. cit., p. 141 s.).

8.4 Cela étant, le Tribunal de céans ne peut se rallier sans autre aux conclusions de l'expertise de la Clinique G._____, étant donné que celle-ci ne satisfait pas entièrement aux règles jurisprudentielles permettant de reconnaître pleine valeur probante à un document médical (cf. à ce sujet supra consid. 5). En effet, il convient de faire les remarques suivantes.

8.4.1 Tout d'abord, on note que, dans l'arrêt I 271/06 du 27 avril 2007 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a certes reconnu qu'une amélioration notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA peut être reconnue lorsqu'un assuré ne souffre plus d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et qu'il présente nouvellement une pathologie suffisamment proche d'une névrose de compensation. Toutefois, il sied de mettre en évidence que la distinction entre le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et celui de majoration

de symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être extrêmement difficile pour le clinicien (FAUCHÈRE, op. cit., p. 47), de sorte qu'il convient d'être particulièrement prudent avant de retenir une amélioration notable de l'état de santé basée sur un tel changement de diagnostic. Cette retenue est également justifiée eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les critères plus précis introduits par l'ATF 130 V 352 afin de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme ne sauraient justifier la révocation de rentes allouées conformément au droit à une période antérieure à cet arrêt (cf. supra consid. 7).

8.4.2 Force est ensuite de constater que le Dr H._____, dans le rapport psychiatrique daté du 1^{er} septembre 2006 (pce 140 [expertise psychiatrique effectuée à la Clinique G._____]) et le Prof. J._____, dans le rapport du 9 octobre 2006 (pce 145 [rapport de synthèse de l'expertise effectuée à la Clinique G._____]), ne motivent pas de façon suffisante pour quelles raisons ils retiennent actuellement le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques au lieu de celui de trouble douloureux somatoforme persistant retenu antérieurement et que par ailleurs, dans certains passages de leur rapport, ces experts contredisent eux-mêmes le changement de diagnostic évoqué en constatant que le tableau clinique de l'assuré est fixé depuis plusieurs années, sans modification aucune.

Ainsi, le Dr H._____ estime que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, retenu en 1996-1997, qui s'accompagne d'un sentiment de détresse globale, avec conflit émotionnel et problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par les médecins comme la cause essentielle du trouble, n'est plus pertinent actuellement. S'appuyant sur les allégations de l'intéressé qui indique s'être habitué à sa situation et à ses limitations physiques (pce 140 p. 3 5^{ème} paragraphe), fait part d'une bonne thymie (pce 140 p. 3 6^{ème} paragraphe) et décrit l'entente familiale comme bonne avec importante solidarité (pce 140 p. 2 5^{ème} paragraphe), il relève qu'on est aujourd'hui face à un homme sans plainte psychique spontanée, sans signe évoquant un trouble psychopathologique, sans alternation du fonctionnement personnel. Seule la problématique douloureuse est constante, empêchant toute démarche d'activité. L'expert retient toutefois le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons

psychologiques, étant donné que l'expertisé a acquis un statut d'invalide complètement assimilé depuis près de 10 ans et se trouve ainsi en équilibre psychique (pce 140 p. 4). On peine cependant à voir des différences significatives entre les constatations faites par cet expert et celles émises par les Drs C._____ et D._____ lors de l'expertise psychiatrique du 7 août 1997 ayant précédé l'octroi initial de la rente. En effet, ces derniers relèvent que, mis à part une appréhension négative de son avenir et des insomnies mises sur le compte des douleurs physiques et des difficultés d'érection, l'assuré n'évoque pas d'autres signes qui parleraient en faveur d'un trouble dépressif (score à 6 sur l'échelle de Hamilton). Il ne présente pas de signes de la lignée psychotique, ni phobique, ni obsessionnelle compulsive, ni de signes parlant en faveur de troubles graves du caractère. Son intelligence paraît normale (pce 122 p. 5 2^{ème} paragraphe). Les Drs C._____ et D._____ déconseillent même une prise en charge psychiatrique de l'assuré étant donné que celui-ci n'exprime pas de plaintes psychologiques, focalise sa problématique que sur l'angle somatique et se défend d'en avoir besoin (pce 122 p. 7 n° 6). Dans ces conditions, plusieurs des éléments mis en avant par le Dr H._____, dont notamment l'absence chez l'assuré de plainte psychique spontanée et de signes évoquant un trouble psychopathologique ne sauraient suffire pour convaincre le Tribunal de céans qu'une amélioration notable de l'état de santé du recourant est intervenue depuis l'octroi de la rente.

Il convient également de mettre en évidence que tant le rapport de synthèse émis par le Prof. J._____ que l'expertise psychiatrique signée par le Dr H._____ contiennent des éléments semant le doute sur la conviction des experts quant à une amélioration réelle de l'état de santé du recourant sur le plan psychique. En effet, le Dr H._____ y relève que, en termes de capacité de travail, il n'y a "pas de psychopathologie notoire, à l'exception de quelques traits de personnalité (dépendants et immatures) qui n'atteignent cependant pas le seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité. Ces éléments n'ont en soi pas de caractère invalidant. Toutefois, en pratique, le tableau clinique est stable et fixé depuis plusieurs années, sans modification aucune" (pce 140 p. 4 5^{ème} paragraphe). Le Prof. J._____ relève pour sa part à un endroit que c'est "hors du champ médical qu'il faut rechercher l'installation de A._____ dans un cadre d'invalide depuis maintenant plus de 10 ans" (pce 145 p. 12 5^{ème} paragraphe; cf. également p. 9). Ces formulations des experts sont

contradictoires par rapport aux diagnostics formulés en ce sens qu'elles nient une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré depuis l'octroi de la rente, alors que les Drs H._____ et J._____ aboutissent pourtant à une conclusion contraire en retenant le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques au lieu de celui de syndrome douloureux somatoforme persistant.

8.4.3 Au demeurant, il sied de souligner que, en procédure d'audition devant l'autorité inférieure, l'assuré a produit un rapport médical daté du 12 février 2007 établi par le Dr O._____, psychiatre (pce 151). Ce document est antérieur à la décision attaquée et est donc pertinent pour le jugement de la présente cause. Le Dr O._____ indique qu'il a été chargé par le recourant de réunir les éléments indispensables à l'appréciation du présent cas et qu'il a de ce fait mis en oeuvre des évaluations cliniques et des examens complémentaires de diagnostic incluant des tests de nature neuro-psychologique. Sur cette base, il retient le diagnostic de névrose dépressive incluse dans le diagnostic de dysthymie (F34.1) et conclut à une incapacité de travail totale et définitive de l'assuré telle que reconnue antérieurement par le service médical suisse des assurances sociales. Le Dr O._____ semble ainsi attester que le recourant souffre d'une dysthymie grave, ce qu'il motive en faisant notamment part des symptômes suivants observés chez l'assuré: un profond sentiment de désespoir et de révolte face à sa situation, une humeur dépressive, une instabilité émotionnelle manifeste (devant des situations de stress psychosocial), un niveau élevé d'anxiété, d'inquiétude et d'angoisse, des sentiments subjectifs et persistants d'être malade – se traduisant par des réclamations hypocondriaques, un comportement maladif et une tendance à développer des symptômes psychosomatiques (ou à surévaluer les maladies avec une cause organique déjà connue) –, une baisse de l'estime de soi, une attitude de dépendance et de passivité devant les autres, des problèmes durables en rapport au fonctionnement interpersonnel, social et occupationnel. Ce rapport médical étayé dresse un ensemble de symptômes très similaire à celui retenu dans l'expertise psychiatrique du 7 août 1997 effectuée par les Drs C._____ et D._____ (pce 122; cf. également pce 123 et 138 [compléments d'expertise datés des 20 août 1997 et 9 juillet 1999]). Il s'insère ainsi dans un cadre prédéfini et ne peut sans autre être écarté par le Tribunal de céans.

8.4.4 Dans ces conditions, le Tribunal administratif fédéral ne peut, en l'état du dossier, se rallier aux conclusions du service médical de l'OAIE selon lesquelles les symptômes décrits dans le rapport du Dr O._____ seraient uniquement de nature réactionnelle suite à la prise de connaissance par le recourant du projet de décision de suppression de rente et n'entraîneraient de ce fait pas d'incapacité de travail durable de l'assuré (cf. supra let. E.f et F.e).

8.4.5 A titre superfétatoire, on note dans ce contexte que la motivation de la décision litigieuse (pce 164) apparaît très critiquable en ce sens qu'elle se limite à indiquer sommairement que, selon l'avis du service médical de l'OAIE, la nouvelle documentation médicale produite par le recourant en procédure d'audition ne fait pas mention d'autres pathologies que celles déjà examinées lors de l'expertise détaillée effectuée à la Clinique G._____, sans donner de plus amples explications. Or, comme mentionné ci-dessus, le service médical de l'OAIE, s'appuyant sur le rapport médical du Dr O._____, fait clairement part d'une nouvelle affection dont souffre le recourant, à savoir une suite de symptômes issus d'un état dépressif réactionnel (cf. supra let. E.f et F.e). Sous cet angle, il appert ainsi que la motivation de la décision litigieuse était pour le moins incomplète et l'on peut se demander si cette imprécision était compatible avec les exigences découlant de l'obligation de motiver les décisions. Ce point peut toutefois souffrir de rester indécis eu égard à l'issue de la cause.

8.5 Au vu de ce qui précède, il appert que, en l'état du dossier, le Tribunal de céans ne peut se rallier aux conclusions de l'expertise effectuée à la Clinique G._____. Par ailleurs, étant donné les contradictions existant quant au point de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré de façon notable, les actes de la cause ne contiennent pas une documentation médicale suffisante pour juger valablement de la capacité de travail du recourant au degré de la vraisemblance prépondérante. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant une nouvelle expertise interdisciplinaire (avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre) et, si cela devait s'avérer nécessaire, toute mesure utile à déterminer la capacité de travail effective du recourant. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

9.

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

10.

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 12 avril 2007 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. 400.- payé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

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 :