



Arrêt du 20 avril 2011

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Beat Weber, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jean-Daniel Kramer,
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 15 juin 2009).

Faits :**A.**

Le ressortissant italien, A._____, né en 1955, a travaillé en Suisse en qualité de peintre en bâtiment indépendant et a cotisé à l'AVS/AI de 1984 à 1993 (pce 3). Par prononcé du 3 mars 1997 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (OAIE-NE; pce 25), il fut reconnu invalide à 50 % et mis au bénéfice d'une demie rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 1995 (décision du 6 janvier 1998; pce 32). L'assuré fit recours le 27 mars 1997 (pce 26) contre ce prononcé et par arrêt du 8 mai 1998 (pce 37), le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel a admis le recours, annulé la décision entreprise et renvoyé le dossier à l'OAI-NE pour complément d'instruction.

B.

Par prononcé du 18 août 1998 de l'OAI-NE (pce 44), A._____ fut reconnu invalide à 100 % et mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 1995 (décision du 11 mai 1999; pce 46). Les rapports médicaux avaient mis en exergue l'incapacité de travail de 100 % de l'assuré, sur le plan somatique en raison d'une hernie discale et de troubles statiques modérés du rachis et, sur le plan psychique, de troubles thymiques manifestes et de troubles de la personnalité de type narcissique (expertise du PD Dr B._____ du 25 septembre 1996 [pce17], expertise de la Dresse C._____ du 6 décembre 1996 [pce 21] et expertise du 10 juillet 1998 effectuée par le Dr D._____ [pce 43]).

Par communication de révision de l'OAI-NE du 28 juillet 2003 (pce 60), la rente entière d'invalidité fut reconduite au motif que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit à une rente.

L'assuré est retourné dans son pays en date du 30 avril 2004, dès lors le dossier fut transmis pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 67) et le paiement des prestations effectué par la Caisse suisse de compensation (pce 70).

C.

Le 28 novembre 2007, une révision de la rente fut introduite par l'OAIE (pce 77). Dans le cadre de cette révision, les documents suivants ont été versés au dossier, entre autres:

- l'avis du 23 novembre 2007 rédigé par le Dr E._____, médecin du Service médical régional de l'Assurance-invalidité (SMR Rhône) qui

ne retient plus aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et qui indique que vu l'ensemble du dossier, des doutes sérieux existent quant à la persistance d'une dépression et d'un trouble de somatisation et que l'atteinte physique ne justifie pas d'incapacité de travail totale (pce 76);

- le questionnaire pour la révision de la rente AI daté et signé du 28 mars 2008 duquel il ressort que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative (pce 81);
- le rapport psychiatrique du 28 janvier 2007 rédigé par le Dr F._____, psychiatre, qui observe un syndrome anxiodépressif avec un impact fonctionnel de gravité moyenne (pce 84);
- le rapport médical du 24 décembre 2007 rédigé par la Dresse G._____, du service de neurologie, en écriture manuscrite et en partie illisible (pce 85);
- le rapport médical du 16 janvier 2008 rédigé par la Dresse H._____ qui diagnostique un trouble dépressif SAI (F 32.9) avec composante paranoïaque (pce 86);
- le rapport médical du 18 janvier 2008 rédigé par le Dr I._____ qui pose les diagnostics de hernie discale en L4-L5, de discopathie multiple et de syndrome dépressif SAI (pce 87);
- le rapport orthopédique du 30 janvier 2008 rédigé par un spécialiste en orthopédie qui fait état d'une spondylarthrose lombaire avec signes de discopathie en L3-L5 sans déficit neurologique périphérique et avec une faible incidence fonctionnelle (pce 88);
- le rapport E 213 du 19 février 2008 rédigé par le Dr J._____, médecin de l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) diagnostiquant un syndrome anxiodépressif et une spondylarthrose lombaire avec signes de discopathie en L3-L5 qui limitent l'assuré pour les travaux lourds à moyennement lourds, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail partielle dans une activité de substitution et précisant que selon la législation italienne le taux d'invalidité est de 70 % pour la dernière activité exercée (pce 90).

D.

Appelé à se prononcer sur la documentation, le Dr E._____ du SMR

Rhône a considéré, dans son avis du 19 mai 2008 (pce 92), que du point de vue somatique, les altérations dégénératives du rachis lombaire n'avaient pas d'incidence fonctionnelle significative et que, sur le plan psychique, les renseignements étaient insuffisants, le diagnostic proposé ne pouvant être retenu en l'absence de toute description clinique l'étayant, d'autant plus que c'est en raison d'une atteinte à la santé psychique qu'une invalidité avait été reconnue. Il a précisé que pour le moment aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ne pouvait être retenu et qu'une expertise psychiatrique fixant l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré de 1996 à 2008 était nécessaire.

E.

L'OAIE a mandaté le Dr K._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui, dans son rapport psychiatrique du 3 novembre 2008 (pce 103) a considéré que l'assuré présentait du point de vue psychiatrique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4) sans qu'aucun des critères de Mosimann ne soit rempli et sans comorbidité avec une maladie propre physique ou psychique. Ce psychiatre a donc retenu une capacité de travail totale, l'assuré ne présentant ni déficit cognitif ni déficit affectif.

F.

Dans son rapport final du 2 décembre 2008 (pce 106), le Dr E._____, du SMR Rhône, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques en présence de troubles dégénératifs du rachis (M 47.86) qui limitent l'assuré pour le port de charge de plus de 8 kg de manière répétée et de plus de 20 kg de manière occasionnelle et dans les travaux en porte-à-faux ou en rotation du torse. Il a fixé une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % dès le 30 janvier 2008 et une capacité de travail totale dans une activité de substitution dès le 30 janvier 2008. Il a précisé que le syndrome douloureux somatoforme persistant ne justifiait aucune incapacité de travail vu l'absence de comorbidité psychiatrique grave et invalidante et considéré qu'aucun des critères de Mosimann n'était rempli. Il a proposé comme activités de substitution (pce 108) celles d'ouvrier non qualifié, de manoeuvre dans une usine, une fabrique ou dans la production en général, de concierge, de gardien d'immeuble ou de chantier, de surveillant de parking ou de musée, de magasinier ou de gestionnaire de stocks, de vendeur en général, d'enregistrement, de classement d'archivage, de distribution de courrier interne, de commissionnaire et de toute activité respectant les limitations fonctionnelles.

G.

Par méthode générale d'évaluation de l'invalidité du 5 mars 2009 (pce 113), l'OAIE a calculé que l'assuré subissait de fait de son atteinte à la santé une diminution de sa capacité de gain de 26 % dès le 30 janvier 2008.

H.

Par projet de décision du 9 mars 2009 (pce 114), l'OAIE a constaté, sur la base de la nouvelle documentation, que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100 % ce qui permettrait à l'assuré de réaliser plus de 60 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et que par conséquent son droit à la rente était supprimé.

Par le biais de son mandataire, A._____ a formé opposition contre le projet de décision en date du 1^{er} mai 2009 (pce 121). Il a argué qu'il souffrait de pathologies psychiatrique et physique, que l'expert psychiatrique n'expliquait pas en quoi la situation de l'assuré s'était modifiée depuis l'octroi de la rente entière, que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes devait être appliquée et, par conséquent, la rente devait être maintenue.

I.

Appelé à se prononcer sur les observations de l'assuré, le Dr E._____, dans son avis du 2 juin 2009 (pce 123), a expliqué que l'expert psychiatrique avait constaté l'absence d'un état dépressif au moment de l'expertise et que c'était cette absence qui constituait la modification de l'état de santé. Il a précisé qu'à l'époque de l'octroi de la rente entière, c'était le diagnostic d'un état dépressif significatif qui avait été posé, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'ayant pas été retenu par la Dresse C._____ à l'époque de l'octroi de la rente.

J.

Par décision du 15 juin 2009 (pce 125), l'OAIE, retenant que l'expertise psychiatrique du 3 novembre 2008 avait pleine valeur probante sur le plan médical, a supprimé le droit à la rente à partir du 1^{er} août 2009.

K.

Le 14 juillet 2009 (TAF pce 1), A._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 15 juin 2009 concluant à l'annulation de la décision et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à ordonner une nouvelle expertise psychiatrique afin que la rente entière soit confirmée. Il a

avancé que le droit à la rente avait été supprimé en application de la nouvelle jurisprudence plus restrictive en matière de troubles somatoformes douloureux ce qui est interdit par le Tribunal fédéral, que l'expertise du 3 novembre 2008 n'avait aucune valeur probante, qu'il souffre aujourd'hui encore d'une dépression, que les motifs avancés par l'expert sont sans pertinence voir farfelus, que l'examen psychiatrique a été très sommaire, que l'expert s'est basé sur la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux non applicable en l'espèce, que quatre rapports médicaux confirment qu'il souffre d'un trouble dépressif, que son état de santé est exactement le même que celui au moment où la rente entière lui avait été octroyée et qu'ainsi il n'y avait aucun motif de révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

L.

Par réponse du 25 septembre 2009 (TAF pce 5), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse au motif que l'état de santé du recourant s'était amélioré au sens de l'art 17 LPGA, passant d'un état dépressif à un syndrome douloureux somatoforme, que selon le calcul comparatif il ne subirait qu'une perte de 26 % et que les conditions d'une révision étaient indiscutablement remplies.

M.

Appelé à se prononcer, le recourant a répliqué, par le biais de son mandataire, en date du 6 novembre 2009 (TAF pce 7). Il a argué que l'OAIE ne pouvait pas conclure à une amélioration de l'état de santé en se basant sur deux rapports qui n'évaluent pas l'évolution de son état de santé de 1996 à nos jours, qu'il souffre actuellement de problèmes psychiatriques et qu'il n'était pas du ressort de l'OAIE de pallier à l'omission de l'expert en interprétant le rapport.

Par courrier du 9 novembre 2009 (TAF pce 9), le recourant a transmis un certificat complémentaire du Dr L. _____ du 6 novembre 2009 qui craint que la suppression de la rente ne déclenche un nouvel épisode sévère du trouble dépressif récurrent du recourant et qui indique que deux éléments ont été passés sous silence soit la petite enfance malheureuse et le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère (hospitalisation en octobre 1997).

N.

Le Dr E. _____ du SMR Rhône s'est exprimé sur la nouvelle documentation en date du 10 décembre 2009 (pce 128). Concernant le

certificat du Dr L._____, le médecin du SMR a indiqué qu'il n'apportait pas d'élément médical objectif nouveau, que la théorie de la plasticité neuronale n'était pas nouvelle et que la petite enfance malheureuse du recourant était connue de l'expert psychiatre. Il a précisé que les documents ne modifiaient en rien son appréciation et que l'instruction médicale était suffisante.

Par duplique du 23 décembre 2009 (TAF pce 11), l'OAIE a réitéré sa proposition de rejet du recours.

O.

Par courrier du 12 février 2010 (TAF pce 13), le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, a argué qu'il avait dû être hospitalisé en 1997 pour un trouble récurrent avec un épisode sévère, que sa petite enfance malheureuse pouvait provoquer un risque accru de trouble dépressif majeur, que l'expert avait constaté l'amélioration de son état de santé en se basant sur les nouveaux critères jurisprudentiels et qu'il avait traité sommairement la question de l'existence actuelle d'une dépression. Il a produit un rapport médical du 9 février 2010 rédigé par le Dr L._____ qui précise que les dépressions majeures sont des troubles de l'humeur (troubles affectifs) les plus communs avec des récurrences fréquentes, que rien ne permettait actuellement d'affirmer que le recourant ne présentera plus un jour ou l'autre un nouvel épisode dépressif, que les expériences vécues durant son enfance l'ont rendu vulnérable aux "Multiple Adult Live Stressors" avec pour conséquence importante un risque accru de troubles dépressifs majeurs et que selon le dossier il risque de souffrir d'un nouvel épisode sévère de trouble dépressif.

Le 22 mars 2010 (TAF pce 15), l'OAIE a confirmé ses précédentes conclusions, les observations du recourant ainsi que les documents joints n'apportant aucun élément nouveau pour l'appréciation.

P.

Par décision incidente du 29 mars 2010 (TAF pce 16), le Tribunal administratif fédéral a imparti un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de Fr. 300.-- sur les frais de procédure présumés. En date du 19 avril 2010 (TAF pce 8), A._____ s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

Q.

Par courrier de son mandataire du 3 juin 2010 (TAF pce 19), le recourant

a informé le Tribunal administratif fédéral qu'il se trouvait confronté à de très graves problèmes financiers consécutifs à la suppression de sa rente, que sa maison était aux enchères forcées et que son état de santé était déjà passablement entamé.

Le 26 janvier 2011 (TAF pce 20), le mandataire de A._____ a indiqué que son client se trouvait dans un état de détresse profonde au point que le pronostic vital devenait réservé dès lors qu'il était suicidaire.

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi, respectivement la révision ou la reconsidération, de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

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 LPGA 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

3.1. L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son Annexe II

qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.2. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

3.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision 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 LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sauf mention contraire.

5.

5.1. L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 LPGGA).

5.2. 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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

6.

6.1. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

6.2. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.3. 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 352 consid. 3a et les références).

6.4. 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 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 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 précité 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 précité consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi 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 simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.5. Il convient encore de mentionner que, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Exceptionnellement, un tribunal des assurances sociales peut – pour des raisons d'économie de procédure – aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.).

7.

Ainsi que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de l'observer dans un arrêt publié (ATF 135 V 215 consid. 4.1), on peut envisager, en matière d'assurances sociales, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle (ATF 127 V 10 consid. 4b, 115 V 308 consid. 4a; URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 91 ss; RUDOLF RÜEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, St-Gall 1999, p. 9 ss et p. 12 s.; ALEXANDRA RUMO-JUNGO, *Die Instrumente zur Korrektur der Sozialversicherungsverfügung*, in: *Verfahrensfragen in der Sozialversicherung*, St-Gall 1996, p. 263 ss et p. 277 ss; ULRICH MEYER-BLASER, *Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung*, *Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Verwaltungsrecht [ZBI]* 95/1994 p. 337 ss et p. 348 ss). Une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale en application de l'art. 53 al. 1 LPG. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPG. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision. Cette

question a été examinée exhaustivement par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence. Dans l'hypothèse d'une modification du droit qui résulte d'une intervention du législateur, le rapport de droit durable doit, en règle générale, y être adapté, sous réserve du droit transitoire et des droits acquis (ATF 121 V 157 consid. 4a). Par contre, la jurisprudence n'admet une intervention dans un rapport de droit durable en raison d'un changement de jurisprudence que si dit changement est de portée générale, si des intérêts publics prépondérants sont concernés par l'intervention et si cette dernière est commandée par le respect de l'égalité de traitement des assurés (ATF 135 V 215 consid. 5).

Dans le cas présent, un seul des motifs pouvant entraîner la modification du droit à la rente a été envisagé par l'OAIE, soit la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA qui a pour objectif d'adapter le rapport de droit à une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation. Pour le Tribunal administratif fédéral, il s'agit d'examiner le bien fondé de ce motif.

8.

8.1. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du

Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, op. cit., p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RÜEDI, op. cit., p. 15).

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 fut 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. Le Tribunal fédéral a précisé que 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 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).

8.2. En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 1995 ensuite de la décision de l'OAI-NE du 11 mai 1999 reconduite sans examen matériel le 28 juillet 2003. La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 11 mai 1999 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 15 juin 2009.

9.

En novembre 2007, une révision fut introduite par l'OAIE. Au cours de cette procédure et suite à une expertise psychiatrique effectuée en Suisse par le Dr K._____, il en est ressorti que l'assuré présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant et une thymie mélancolique. Du point de vue somatique, et suite aux documents versés au dossier, le médecin du SMR Rhône a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques en présence de troubles dégénératifs du rachis, sans déficit neurologique et sans incidence fonctionnelle significative.

9.1. Du point de vue physique, l'expertise effectuée le 25 septembre 1996 par le Dr B._____ du service de rhumatologie et de médecine physique de l'Hôpital de X._____, mettait en évidence la présence de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis susceptibles d'occasionner des rachialgies compatibles avec la poursuite de l'activité professionnelle de peintre en bâtiment indépendant. Par la suite, le Dr D._____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, dans l'expertise

effectuée le 8 juillet 1998 a relevé la présence de lombalgies basses à faible substratum anatomique, le rachis présentant des troubles statiques modérés sans signe cliniques traduisant la présence d'une hernie discale visible sur les clichés de l'IRM et ne permettant pas d'expliquer à eux seuls une invalidation professionnelle de longue durée. Lors de la procédure de révision le rapport de visite orthopédique effectuée le 30 janvier 2008 parvient aux mêmes conclusions relevant un rachis lombaire douloureux sans risques cliniques d'une discopathie L3-L5 et sans déficit neurologique périphérique à faible incidence fonctionnelle. Du point de vue somatique, la situation n'a donc guère évolué.

9.2. Sur le plan psychique, la Dresse C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, observait dans son expertise effectuée le 6 décembre 1996, un état dépressif chez une personnalité borderline. Cet état dépressif ne permettait pas au recourant de surmonter en même temps ses troubles somatiques ou de résoudre ses problèmes sociaux. Le Dr D._____ constatait aussi des troubles thymiques manifestes sous la forme d'affects dépressifs persistants. Le rapport de visite psychiatrique du Dr F._____, daté du 28 janvier 2007, relève un syndrome anxio-dépressif avec une incidence de moyenne importance. Sur requête du médecin du SMR, le recourant a été expertisé par le Dr K._____ en août 2008. Dans son expertise du 3 novembre suivant, ce médecin retient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant; les douleurs de l'assuré ne pouvant pas s'expliquer par un processus physiologique, surtout en ce qui concerne l'intensité et la généralité des douleurs de même que leur caractère changeant. La biographie de l'assuré, le décès de son père adoptif l'ayant obligé à arrêter sa scolarité, l'immigration en Suisse et la faillite de son entreprise en Suisse constituent des facteurs psychosociaux importants qui peuvent être considérés comme cause essentielle du trouble, mais au vu de l'examen psychiatrique, l'assuré ne présente pas de dépression. En particulier il ne présente pas de trouble de la mémoire, pas de déficit cognitif, pas de pensées suicidaires aiguës ou un pessimisme fortement prononcé (il s'est remarié en 2001 et a eu deux enfants depuis). Les critères de Mosimann ne sont pas remplis: l'assuré ne présente pas une désintégration sociale, il est intégré dans son couple et sa famille, il n'y a pas de comorbidité avec une maladie grave physique ou psychique, la situation n'est pas cristallisée et n'est pas insurmontable et toutes les possibilités de traitement n'ont pas été épuisées, puisqu'il n'est pas suivi par un psychiatre. En conclusion, le médecin psychiatre retient une capacité de travail de 100 % nécessitant toutefois un suivi thérapeutique et une période de stage de deux mois pour se réhabiliter au travail.

9.3. Se fondant sur ces éléments, le médecin de l'OAIE a retenu, en l'absence d'une atteinte à la santé psychique invalidante et donc de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré de ce point de vue et, sur le plan somatique, que les atteintes dont souffre le recourant n'ont pas d'incidence fonctionnelle significative, mais que, en tenant compte que les tâches qui composent l'activité habituelle de peintre ne sont pas toutes compatibles avec les limitations fonctionnelles générales retenues pour le recourant (possibilité restreinte d'alterner les positions de travail, travaux en porte-à-faux ou en rotation du tronc, port de charges supérieur à 8 kg de manière répétitive et à 20 kg de manière occasionnelle), que la capacité de travail doit être fixée à 50 % pour l'ancienne activité et à 100 % pour des activités de substitution qui tiennent compte de ces limites.

10.

10.1. Le recourant prétend tout d'abord que l'expertise psychiatrique du Dr K. _____ n'a aucune valeur probante, que les motifs avancés par l'expert sont sans pertinence voir farfelus, que l'examen était sommaire et qu'il n'a pas été tenu compte des avis exprimés par d'autres médecins.

10.2. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, 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 (sur la valeur probante des certificats médicaux en général cf. supra consid. 6.3 et 6.4). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1^{er} juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2).

Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie

recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et ainsi seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé ou en établir le caractère incomplet (arrêt du TF 9C_509/2010 du 4 février 2011, consid. 5.1).

10.3. En l'espèce, et contrairement à ce que retient le recourant, le Dr K._____ s'est basé sur une anamnèse complète qui tient compte précisément de l'enfance malheureuse du recourant et de son hospitalisation en 1997 et sur des examens circonstanciés, il dresse ensuite un tableau global cohérent et motive dûment ses conclusions. Le Dr K._____, notamment dans la première partie de son expertise, a cité l'ensemble des avis médicaux se trouvant au dossier (y compris diagnostics et conclusions) dont il a ensuite tenu compte dans son appréciation. Cette manière de procéder a permis de dresser le contexte médical et d'évaluer la situation médicale du recourant de façon satisfaisante. En évoquant l'existence d'une vie sociale et d'un socle familial important, l'expert a émis des considérations utiles pour se prononcer sur le fonctionnement psycho-social de l'intéressé et évaluer la gravité de son atteinte psychique. Il convient donc de reconnaître à ce document, conformément à la jurisprudence, pleine valeur probante.

10.4. Le recourant soulève aussi le grief de l'application abusive de la jurisprudence plus restrictive concernant les troubles somatoformes établie par le Tribunal fédéral (ATF 130 V 201) et qui, au vu de l'ATF 135 V 201, ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes qui ont été allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force.

Or, le Tribunal constate qu'il ressort clairement du dossier que c'est le Dr K._____ qui a posé pour la première fois le diagnostic de troubles somatoformes douloureux et a motivé de manière concluante son avis (cf. consid. 9.2) et que, alors qu'auparavant, il avait été retenu que le recourant souffrait d'un état dépressif et que cette affection avait déterminé l'octroi d'une rente entière d'invalidité, il ne présentait plus au moment de l'expertise de signes de cette affection. Par conséquent, il ne s'agit pas, en l'espèce, d'une nouvelle appréciation du cas dans des circonstances demeurées inchangées. Dès lors c'est à juste titre que l'expert a analysé le trouble somatoforme douloureux à la lumière de la nouvelle jurisprudence s'agissant d'un nouveau diagnostic.

10.5. Le recourant fait aussi valoir que l'expert ne s'est pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail. Il a estimé la question sans objet puisqu'il a retenu une capacité de travail de 100 % à la date de l'expertise. Le Tribunal relève que c'est justement en raison de l'impossibilité de préciser l'évolution de la capacité de travail qu'une expertise a été ordonnée : la constatation de l'absence d'une affection invalidante à la santé psychique du recourant au moment de cette expertise permet de considérer, comme justement mis en évidence par le médecin de l'OAIE, qu'il y a eu une évolution favorable qui a abouti à une amélioration de l'état de santé du recourant.

10.6. Le recourant estime toutefois être incapable de travailler en raison de ses problèmes psychiatriques.

Pendant la procédure de recours, il a transmis deux avis médicaux du Dr L. _____ qui craint que la suppression de la rente ne déclenche un nouvel épisode dépressif et qui indique que les troubles dont souffre le recourant sont sujet à des récurrences fréquentes. Or, ces rapports plaident plutôt en faveur d'une amélioration. En effet, ce médecin craint le déclenchement d'un nouvel épisode et indique qu'il n'y a aucune certitude quant à savoir si un jour le recourant ne présentera pas un nouvel épisode dépressif. Ce médecin se limite à effectuer des pronostics pour le futur, mais ne pose aucun diagnostic actuel concernant l'état de santé psychique du recourant. Le fait que celui-ci – de par ses antécédents – soit plus vulnérable et présente des risques accrus de récurrence selon la médecine, ne permet pas encore d'en tirer des conclusions et d'affirmer qu'il souffre encore actuellement d'un état dépressif majeur.

11.

Au vu de ce qui précède, la Cours de céans peut se rallier aux conclusions du médecin du SMR et retenir, en accord avec l'expert psychiatre, que l'état psychique de l'assuré s'est amélioré en comparaison à la situation existante au moment de l'octroi de la rente entière, que, sur le plan somatique, seulement des limitations fonctionnelles générales doivent être prises en compte et que le recourant présente une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % et une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution en tenant compte des limitations fonctionnelles au plus tard à partir du 3 novembre 2008, date de l'expertise psychiatrique. Au vu de ces considérations, le Tribunal retient que la situation médicale, en particulier du point de vue psychique, a été examinée de manière complète et qu'une ultérieure expertise n'est pas nécessaire.

12.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait 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.

La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). S'agissant d'assurés résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

13.

En l'espèce, l'autorité inférieure s'est basée sur les données statistiques suisses puisque la dernière activité lucrative du recourant a été exercée en Suisse. Il faut donc procéder à une évaluation de l'invalidité, selon la méthode générale, par une comparaison de revenus indexés à 2008 date à partir de laquelle le recourant aurait pu reprendre une activité lucrative et 2009, date de la décision litigieuse.

13.1. Sur la base des données de l'enquête suisse des salaires publiées par l'OFS pour 2008 (ESS, Tableau TA1, hommes, niveau de qualification 3), le salaire mensuel moyen d'un salarié dans le domaine de la construction avec des connaissances professionnelles spécialisées était de Fr. 5'602.--. Après adaptation au nombre d'heures effectuées en 2009 dans le secteur concerné, à savoir 41.6 heures (par rapport aux 40 heures de base, La Vie économique 9-2010, B 9.2) et indexé à 2009 (2 %, La Vie économique 9-2010, B.10.2), on obtient un revenu mensuel sans invalidité de Fr. 5'943.--.

13.2. Les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE sont des activités simples et répétitives que l'on trouve dans le secteur de la production (dont le revenu moyen en Suisse en 2008 pour les hommes, niveau de qualification 4 était de Fr. 5'137.--), dans le domaine des services collectifs et personnels (Fr. 4'291.--), dans le commerce en général (Fr. 4'569.--) et de détails (Fr. 4'436.--) et dans les activités simples sans qualification dans les services personnels (Fr. 3'774.--), soit en moyenne Fr. 4'441.--. Ce montant doit ensuite être adapté à l'horaire usuel dans le secteur tertiaire et secondaire en 2009 soit une moyenne de 41.5 heures (par rapport aux 40 heures de base, la Vie économique 9-2010, B. 9.2) et indexé à 2009 (2.1 %, La Vie économique 9-2010, B.10.2). On obtient ainsi un revenu mensuel de Fr. 3'999.--, avec un abattement de 15 %, justifié en l'espèce, pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré.

13.3. Le revenu d'invalidé tiré des données statistiques, doit tenir compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail. Un nombre suffisant d'entre elles permettent de limiter le port de charges de plus de 8 kg de manière répétée et de plus de 20 kg de manière occasionnelle et d'éviter les travaux en porte-à-faux ou en rotation du

torse. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise à jour initiale.

13.4. En procédant à la comparaison des deux salaires, selon la formule $[(5'943 - 3'999) \times 100 : 5'943]$, l'on obtient une perte de gain de 33 %, correspondant à une capacité de travail de 100 % dans une activité de substitution, valeur qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité suisse.

14.

14.1. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et les références).

14.2. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut

raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt du TF précité consid. 5.3).

14.3. Dans le cas particulier, le recourant, âgé aujourd'hui de 56 ans, n'a plus travaillé depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité en mai 1995. S'il ne peut plus exercer son ancienne activité de peintre en bâtiment, la palette des activités de substitution retenue par le médecin du SMR est très large, sans qu'elles nécessitent d'une formation particulière. L'expert psychiatre a d'ailleurs considéré que seul un stage de deux mois était souhaitable pour une réadaptation au travail.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'OAIE a supprimé la rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} août 2009. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

15.

15.1. Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7ss FITAF).

(dispositif à la page 24)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

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

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ___/____.____.____.____IR ;
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :