



Cour III
C-5878/2012

Arrêt du 14 novembre 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Maurizio Greppi, Francesco Parrino, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Joël Crettaz
recourant,

contre

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

Objet

Révision AI (décision du 12 octobre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant portugais, né le [...] 1960, sans formation, a travaillé en Suisse dès l'année 1980 et notamment en tant que maçon du 21 janvier 1993 au 18 novembre 1997, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; OAI pces 35 à 43). Au moment de la survenance de son atteinte à la santé, celui-ci travaille en tant que maçon-coffreur à 100% et se retrouve en arrêt de travail dès le 18 novembre 1997 après plusieurs arrêts maladie prolongés consécutifs (OAI pces 2 et 4). Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 26 février 1998, l'assuré travaille en 1996 40 à 45 heures par semaine pour un salaire horaire de Fr. 27.20 et un salaire annuel de Fr. 63'349.50 (OAI pce 2).

B.

B.a Le 29 janvier 1998 (OAI pce 1), A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton de Vaud (ci-après: l'OAI), invoquant des lombosciatalgies gauches chroniques avec sténose relative du fourreau dural en L4-L5, ainsi qu'une hernie discale existante postéro-latérale gauche en L5-S1 depuis 1996 et une hernie crurale gauche opérée le 25 février 1998. Il présente également un état anxio-dépressif léger selon son médecin traitant (cf. le rapport médical du 12 mai 1998 du Dr B._____; OAI pce 8).

B.b Sur la base de plusieurs rapports médicaux de médecins traitants (OAI pces 5 à 9, 12 et 13), il apparaît à l'OAI qu'une expertise neurologique, complétée d'une expertise psychiatrique, est nécessaire (cf. les rapports du service médical régional [SRM]; OAI pces 18 et 21). En effet, les radiographies faisant notamment apparaître des discopathies allant de C2 à C6 avec une hernie discale médiane C3-C4 et paramédiane droite en C4-C5, ainsi qu'une ostéophytose en couronne en C5-C6 (OAI pce 12), il ressort que la mise en place d'un reclassement de l'assuré est illusoire, celui-ci ne pouvant plus exercer son activité de maçon et s'estimant totalement incapable de travailler. De plus, le médecin traitant estime ne pas pouvoir évaluer la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution sans stage d'observation (OAI pce 16).

B.c Dans un rapport d'expertise neurologique du 21 août 2000, le Dr C._____ retient que l'assuré, incapable d'exercer son activité de maçon, pourrait envisager la reprise à 50% (taux améliorable selon

l'évolution) d'une activité légère permettant l'alternance des positions, une position debout ou assise prolongée étant exclue en raison de troubles statiques cervicaux avec hernie discale médiane C3-C4, C4-C5, plus faible en C5-C6, déformant et aplatissant la moelle de C3-C5, ainsi qu'en raison de douleurs nucho-scapulo-humérales droites sans topographie radiculaire ni symptomatologie compressive et d'une hernie discale L5-S1 gauche refoulant la racine S1 sans atteinte radiculaire. L'expert relève également un status après hernie crurale en 1998 et une surcharge somatoforme sensitivo-motrice du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche qu'il estime être susceptible d'amélioration par la prise d'antidépresseurs (OAI pce 20).

B.d Dans un rapport d'expertise du 10 juillet 2001, le Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute, diagnostique chez l'assuré un trouble dysthymique d'intensité moyenne, une personnalité à traits paranoïaques de type passive-agressive et un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale avec sursimulation. L'assuré rejetant tout trouble mental et se montrant réfractaire à la prise d'antidépresseurs, le médecin relève qu'il est difficile de déterminer s'il existe un trouble douloureux, ce diagnostic ne pouvant éventuellement être retenu qu'après la résolution du trouble dysthymique de l'assuré.

L'expert estime que la dysthymie et le trouble de la personnalité de l'assuré ne justifient pas la reconnaissance d'une incapacité de travail même partielle. Toutefois, en tant que comorbidité psychiatrique à l'atteinte cervicale et lombaire avec probable surcharge psychogène, les troubles psychiques de l'assuré pourraient justifier provisoirement une diminution de sa capacité de travail d'un maximum de 40 à 50%. L'expert indique une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec une évolution possible après la mise en place d'un traitement antidépresseur jusqu'à obtenir une capacité de travail de 70% du point de vue psychiatrique (OAI pce 24).

B.e Dans un rapport du service médical régional (SMR) du 20 septembre 2001, le Dr E._____ reprend les diagnostics établis dans les expertises effectuées et retient que l'assuré, bien qu'incapable d'exercer son activité habituelle de maçon, peut reprendre une activité à 50% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans contraintes relationnelles et hiérarchiques, sans port de charges lourdes et sans position statique prolongée. A titre d'activités de substitution, le médecin mentionne des activités de petite conciergerie, de

gardiennage ou de surveillance avec petite manutention. Il est précisé que les troubles psychiques à eux-seuls ne sont pas franchement invalidants, mais leur association avec les problèmes rachidiens de l'assuré permet de retenir un taux d'incapacité de 40 à 50%, susceptible de diminuer à moins de 30% après traitement de la dysthymie (OAI pces 25 à 29).

B.f Par projet de décision du 18 mars 2002, l'OAI octroie une demi-rente d'invalidité à A. _____ en raison de son incapacité de travail depuis le 18 novembre 1997 de 100% dans son activité habituelle de maçon et de 50% dans des activités de substitution légères sans ports de charges de plus de 15 kg, sans rotations ou antéflexions répétées, ni positions immobiles strictes de la tête, en alternance des positions assise et debout. Une perte de gain de 63% est retenue sur la base de son dernier salaire annuel indexé à l'année 2001 et comparé avec le salaire statistique moyen à 50% dans des activités de substitution (OAI pces 32 et 33; cf. également le rapport intermédiaire du 25 février 2002; OAI pce 31).

B.g Par prononcé du 15 avril 2002, l'OAI octroie ainsi une demi-rente d'invalidité à A. _____ dès le 1^{er} novembre 1998 sur la base d'un degré d'invalidité de 63% (OAI pce 34). Ainsi, par décisions du 12 juillet 2002 l'OAI fixe le montant de la demi-rente d'invalidité de A. _____, ainsi que des rentes complémentaires de sa conjointe et de ses enfants depuis le 1^{er} novembre 1998 et depuis le 1^{er} janvier 2001 (OAI pces 45 et 46).

C.

C.a L'assuré s'étant établi au Portugal en avril 2003 (OAI pces 49 à 52), le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE), qui entreprend en mars 2004, une première procédure de révision d'office (OAIE pces 3 ss). Dans le cadre de cette procédure sont versées en cause les pièces suivantes:

- des résultats radiologiques du 2 février 2004 indiquant chez l'assuré des protrusions circonférentielles à tous les étages entre C3 et C6 avec une réaction ostéophytaire marginale sans compromission radiculaire, ainsi qu'une sténose des trous de conjugaison en C3-C4 à gauche, C4-C5 à droite et C5-C6 à gauche (OAIE pce 5 p. 17);
- un formulaire E 213 du 18 juin 2004 établi par le Dr F. _____, lequel, relevant chez l'assuré des antécédents d'opération d'une hernie

crurale gauche et des plaintes de lombalgies au niveau dorsal et cervical, diagnostique des protrusions circonférentielles des disques C3-C4, C4-C5 et C5-C6, ainsi qu'une hernie postéro-latérale gauche en L5-S1; le médecin retient que l'intéressé, au bénéfice d'un traitement anxiolytique et tranquillisant pour de l'anxiété, présente des limitations pour les activités moyennes à lourdes lui permettant d'exercer son activité de maçon 4 heures par jour et des activités légères de substitution 5 heures par jour (OAIE pce 5 pp. 1 à 12);

- un rapport psychiatrique du 5 juillet 2004 du Dr G._____, dont il ressort que l'assuré présente une dysthymie (F 34.1) associée à un syndrome de type anxieux réactionnel à son état somatique, à savoir une réaction mixte anxio-dépressive (F 43.22); il estime que du point de vue strictement psychiatrique, seule une incapacité partielle de travail peut être retenue, les limitations principales résultant des troubles orthopédiques de l'assuré (OAIE pce 5 pp. 14 à 16);
- un rapport orthopédique du 16 juillet 2004 du Dr H._____, lequel relève chez l'assuré des lombosciatalgies gauches et des cervicobrachialgies droites allant plutôt en s'aggravant; reprenant les diagnostics objectivés, il souligne une rigidité marquée de la colonne cervicale et de la colonne lombaire (OAIE pce 5 p. 13).

C.b Dans une prise de position du 15 novembre 2004, le Dr I._____, médecin interne à l'administration, retient que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié au vu des rapports orthopédiques et psychiatriques produits. Le médecin diagnostique chez l'assuré des troubles statiques cervicaux et lombaires en raison d'altérations dégénératives de la colonne vertébrale et de discopathie sans atteinte neurologique. Du point de vue psychique, sont relevées une dysthymie et une symptomatique dépressive réactionnelle, sans indication de troubles de la personnalité (OAIE pce 8).

C.c Par prononcé du 18 novembre 2004 et décisions du 4 janvier 2005, l'OAIE, constatant que l'assuré présente toujours un degré d'invalidité de 63%, lui octroie trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2004, en raison de la révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20; OAIE pces 9 et 10).

D.

D.a En décembre 2007, l'OAIE entame d'office une seconde procédure de révision (OAIE pce 11 ss) au cours de laquelle sont produites les pièces suivantes:

- un rapport psychiatrique du 24 avril 2008 établi par le Dr G._____, lequel diagnostique chez l'assuré un trouble mixte anxieux et dépressif (F 43.22) en réaction à sa situation orthopédique et estime que l'état de santé psychique de l'assuré n'a pas subi de modification significative depuis son retour au Portugal. Il lui reconnaît une incapacité partielle de travail du point de vue strictement psychiatrique, bien que la principale cause de son incapacité résulte de ses troubles orthopédiques (OAIE pce 23);
- un formulaire E 213 du 14 mai 2008 établi par le Dr J._____, dont il ressort que l'assuré présente une incapacité de travail de 60% en tant que maçon, mais reste apte à travailler à temps plein dans des activités légères ne présentant pas de risques de chutes; le médecin diagnostique un syndrome anxio-dépressif et il ressort de l'examen clinique que l'assuré présente également une rigidité accentuée de la colonne vertébrale et cervicale, des douleurs légères à l'examen neurologique et des difficultés à la marche (OAIE pce 21);
- un rapport orthopédique du 31 mai 2008 du Dr H._____, lequel relève chez l'assuré, outre des lombosciatalgies gauches, une aggravation de ses cervicobrachialgies à droite et l'apparition d'une diminution de force musculaire du membre supérieur par rapport à juin 2004; le médecin souligne encore une rigidité accentuée de la colonne cervicale et lombaire à chaque mouvement et mentionne des résultats radiologiques du 27 décembre 2007, dont il ressort que l'assuré présente une sténose congénitale du canal cervical, des protrusions circonférentielles à tous les étages entre C3 et C7 avec une légère ostéophytose marginale et une possible compression des racines nerveuses; de plus, au vu de radiographies du 30 mars 2005, le médecin indique également chez l'assuré des lésions en C7-D1, une légère protrusion discale en L3-L4 sans compression radiculaire, ainsi que des protrusions circonférentielles en L4-L5 avec compromission radiculaire L4 et L5 et en L5-S1 avec réaction ostéophyttaire sans compromission claire (OAIE pce 22).

D.b Dans une prise de position du 19 septembre 2008, le Dr K. _____ du service médical de l'OAIE, se référant au formulaire E 213 du 14 mai 2008, considère que la pathologie ostéoarticulaire lombaire et la pathologie dépressive de l'assuré sont restées inchangées depuis l'octroi de sa rente (OAIE pce 28).

D.c Par communication du 29 septembre 2008, l'OAIE maintient le droit à trois quarts de rente de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité n'a pas changé de manière à influencer son droit à la rente (OAIE pce 29).

E.

En septembre 2011, une nouvelle procédure de révision est entreprise d'office par l'OAIE (OAIE pces 31 ss) et les pièces suivantes sont versées en cause:

- des résultats radiologiques du 24 août 2010, relevant chez l'assuré une hernie discale centro-latérale gauche en L5-S1 partiellement calcifiée, une protrusion circonferentielle du disque L4-L5 déformant les racines L5 et L4 gauche, une antérolisthésis en L3 de degré I de Meyeding en relation avec une dégénérescence inter-apophysaire postérieure et associée à une protrusion circonferentielle du disque sans évidence de compromission nerveuse, une dégénérescence moins importante du rachis lombaire supérieur et une arthrose bilatérale des articulations sacro-iliaques; les radiographies révèlent également une discrète cyphose cervicale, une dégénérescence discale prédominante en C3-C4 et C5-C6, une réduction de l'amplitude du canal vertébral touchant le niveau C4-C5 ainsi qu'une sténose modérée des trous de conjugaison sans compromission nerveuse (OAIE pce 40);
- un rapport d'endoscopie digestive du 23 septembre 2010 du Dr L. _____ (OAIE pce 41);
- un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 27 août 2011 par l'assuré qui indique ne pas travailler (OAIE pce 33);
- un rapport psychiatrique du 12 octobre 2011 de la Dresse M. _____, qui indique avoir reçu l'assuré le 4 janvier 2012, lequel ne présente pas une psychopathologie permettant de faire un diagnostic psychiatrique; l'assuré, par ailleurs au bénéfice d'un traitement antidépresseur et neuroleptique, nie tous antécédents psychiatriques (OAIE pce 39);

- un rapport pneumologique du 10 novembre 2011 établi par le Dr N. _____ dont il ressort que l'assuré présente un syndrome de l'apnée-hypopnée du sommeil (OAIE pce 42);
- un formulaire E 213 du 30 décembre 2011 établi par le Dr F. _____, dont il ressort que l'assuré présente une atteinte de disques dorsaux, dorso-lombaires et lombo-sacrés (M 51), un syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (J 80) et un trouble anxieux (F 41); le médecin estime que l'assuré peut travailler quatre heures par jour en tant que maçon ou dans des activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles, à savoir qui ne nécessitent pas de port de poids, de monter ou descendre des escaliers/échelles, d'effectuer des flexions répétées ou entraînant des risques de chutes; on relève un état mental et émotionnel normal, ainsi qu'une mobilité douloureuse de la colonne vertébrale mais sans limitations et un Lasègue négatif indiquant l'absence de compression nerveuse; l'assuré bénéficie notamment d'une médication contre l'anxiété et antipsychotique (OAIE pce 38).

F.

Dans une prise de position du 28 avril 2012, le Dr O. _____, médecin du service médical de l'OAIE, diagnostique principalement chez l'assuré diverses lésions discales entraînant des douleurs, et, comme n'ayant pas d'influence sur sa capacité de travail, un status après trouble de l'adaptation et un trouble anxio-dépressif mixte, ainsi qu'un syndrome obstructif d'apnée du sommeil. Le médecin considère que l'assuré a retrouvé depuis le 30 décembre 2011 une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et une capacité entière de travail dans des activités adaptées plus légères sans port de poids de plus de 10 kg, en position assise, debout ou alternée, considérant qu'il ressort du formulaire E 213 du 30 décembre 2011 et du rapport du 12 octobre 2011 de la Dresse M. _____ que l'assuré sous traitement antidépresseur et antipsychotique ne présente pas de trouble psychiatrique, et que celui-ci ne présente pas de limitations de la colonne malgré ses douleurs (OAIE pce 46).

G.

Dans une prise de position du 30 juillet 2012, le Dr P. _____, psychiatre interne à l'administration, relevant une amélioration clairement documentée de l'état psychique de l'assuré considérant que l'anxiété (F 41) mentionnée dans le formulaire E 213 n'est pas probante en l'absence de tout signe objectif et argumentaire, ainsi qu'au vu de

l'absence de diagnostic psychiatrique relevé par la Dresse M._____ (OAIE pce 49).

H.

Par projet de décision du 15 août 2012, l'OAIE propose la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré, au motif que, selon son service médical, A._____ présente depuis le 30 décembre 2011 une capacité de travail de 50% en tant que maçon et de 100% dans des activités adaptées, entraînant une perte de gain de 36%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (OAIE pce 50; cf. également l'évaluation de l'invalidité de l'assuré en application de la méthode générale du 24 mai 2012 [OAIE pce 47]).

I.

Par opposition du 4 septembre 2012 (OAIE pce 57), A._____ conteste que son état de santé se soit amélioré et indique, d'une part, que la Dresse M._____ ne l'a examiné qu'à une seule reprise le 4 janvier 2012 et non le 12 octobre 2011 et, d'autre part, que son état orthopédique ne s'est pas amélioré. A l'appui de ses allégations, l'assuré produit les pièces suivantes:

- un rapport médical du 9 janvier 2012 de la Dresse Q._____, laquelle indique recevoir l'assuré régulièrement en consultation et mentionne que celui-ci bénéficie notamment d'un traitement analgésique, opioïde et anti-inflammatoire pour un syndrome douloureux, ainsi que d'un traitement antidépresseur (OAIE pce 51);
- des résultats radiologiques de la colonne lombaire et cervicale du 29 août 2012, relevant chez l'assuré une hernie discale en C3-C4 avec compression radiculaire gauche, une protrusion disco-ostéophyttaire en C4-C5 avec compression radiculaire, une protrusion disco-ostéophyttaire en C5-C6 entraînant un rétrécissement du canal et une éventuelle compression neurologique, une protrusion discale en C6-C7 avec compression radiculaire, ainsi que des altérations disco-ostéophyttaires à tous les étages avec sténose du foramen intervertébral gauche en L4-L5 et une hernie discale postéro-latérale gauche en L5-S1 (OAIE pces 54 et 55);
- un rapport orthopédique du 31 août 2012 du Dr R._____, lequel indique que l'assuré est incapable de travailler dans son ancienne activité de maçon et qu'il présente une invalidité de 70% en raison d'une aggravation progressive de ses lésions au fil des années; le

médecin reprenant les résultats radiologiques du 29 août 2012, relève également une exacerbation des douleurs au niveau de la colonne cervicale et lombaire à la palpation lors de mouvements actifs et passifs, ainsi que des paresthésies du membre supérieur droit avec diminution de la force musculaire et une sciatalgie du membre inférieur gauche (OAIE pce 52);

- un rapport psychiatrique du 4 septembre 2012 du Dr S._____, lequel diagnostique chez l'assuré un trouble de l'adaptation avec une réaction émotionnelle mixte d'évolution chronique, directement en relation avec ses douleurs physiques et ses limitations fonctionnelles découlant de sa pathologie de la colonne; l'assuré sous traitement médicamenteux, présente en outre des traits de personnalité de type obsessionnels et hypocondriaques; le psychiatre précise que l'incapacité de travail de l'assuré ne découle pas de ses troubles psychiatriques qui sont la conséquence directe de sa pathologie de la colonne (OAIE pce 53).

J.

Dans une prise de position du 20 septembre 2012, le Dr O._____, rejette les conclusions du Dr R._____, considérant que les résultats radiologiques ont été discutés dans le cadre de l'examen par le médecin de la sécurité sociale portugaise, lequel n'a retenu aucunes limitations fonctionnelles (OAIE pce 59).

K.

Par décision du 12 octobre 2012, l'OAIE supprime dès le 1^{er} décembre 2012 les trois quarts de rente d'invalidité reconnus à A._____, au motif que son état de santé s'est amélioré depuis le 30 décembre 2011, car ne présentant plus d'atteinte psychiatrique ni de limitations fonctionnelles de la colonne vertébrale (OAIE pces 60 et 61).

L.

Le 12 novembre 2012, après consultation du dossier AI (OAIE pces 64 à 66), A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de son droit à trois quarts de rente d'invalidité. En particulier, l'intéressé conteste que son état de santé se soit amélioré tant au niveau psychiatrique qu'orthopédique. Relevant une instruction lacunaire de l'autorité inférieure, le recourant invoque d'une part que les rapports médicaux produits en procédure d'audition prouvent une

aggravation au niveau orthopédique et confirment l'existence d'une pathologie psychiatrique et, d'autre part, constate que le rapport psychiatrique de la Dresse M._____ est lacunaire et erroné et ne saurait être la base de la suppression de son droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, il se prévaut d'une violation de l'obligation de l'autorité inférieure de motiver sa décision s'agissant des calculs ayant conduit à lui reconnaître une incapacité de gain de 36%.

M.

Par réponse du 18 décembre 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, observant que l'assuré n'amène en procédure de recours aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les prises de position de son service médical. De l'avis de l'OAIE, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans des activités adaptées et présente une perte de gain de 36% en tenant compte d'un abattement de 15% sur le salaire invalide (TAF pce 3).

N.

Par décision incidente du 27 décembre 2012, notifiée le 3 janvier 2013, le Tribunal invite le recourant à déposer une réplique et à verser une avance sur les frais de procédure d'un montant de Fr. 400.-- dans un délai de 30 jours dès réception. Le 10 janvier 2013, le recourant verse l'avance de frais requise (TAF pces 4 à 6).

O.

Par réplique du 4 février 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son représentant, maintient ses conclusions et constate qu'il lui a été accordé initialement une rente d'invalidité en raison de problèmes orthopédiques reconnus par une expertise du Dr C._____, lequel avait alors estimé que l'activité de maçon était exclue définitivement en raison de ses limitations fonctionnelles. Le recourant estime qu'il a apporté la preuve que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire qu'il s'est détérioré, considérant le formulaire E 213 faisant état d'une capacité de travail de 4 heures par jour dans des activités adaptées et l'aggravation d'un point de vue orthopédique attestée par les pièces produites en procédure d'audition. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré conteste à nouveau la valeur probante du rapport de la Dresse M._____ (TAF pce 7).

P.

Par duplique du 12 février 2013, l'OAIE, constatant qu'aucun élément n'est fourni par le recourant lui permettant de reconsidérer sa prise de

position, conclut à nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise (TAF pce 9).

Q.

Par ordonnance du 20 février 2013, le Tribunal transmet un double de la duplique au recourant pour information (TAF pce 10).

R.

Par ordonnance du 27 septembre 2013, le Tribunal invite le recourant à se prononcer jusqu'au 14 octobre 2013 sur le renvoi de la cause à l'autorité inférieure envisagé pour complément d'instruction et à indiquer s'il entend maintenir ou non son recours (TAF pce 13).

S.

Par courrier du 14 octobre 2013, le recourant indique qu'il entend maintenir son recours et requiert que, en cas de renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, le Tribunal précise la nature et le but de l'expertise à effectuer (TAF pce 14).

Droit :

1.

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

1.2 Conformément à 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. Conformément à 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 dans les formes requises par la loi et l'avance de frais ayant été versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 4 à 6).

2.

Le TAF 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, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). 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. 155, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^e éd., Zurich 2013, n. 154 ss).

3.

3.1 En l'espèce, le recourant, ressortissant portugais, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est applicable.

3.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à

l'application du précité règlement (CEE) n°1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci.

3.3 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n°988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n°987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

3.4 En l'espèce, les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 sont applicables, les règlements précités (CEE) n°1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP uniquement applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n°883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. l'art. 87 par. 1 du règlement [CE] n°883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

3.5 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.6 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats 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'accord, 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 de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Etant donné que la décision entreprise date du 12 octobre 2012 et que l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} décembre 2012, les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

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.

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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).

5.3 D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

6.

6.1 Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 12 octobre 2012 (OAIE pces 60 et 61), à supprimer le droit aux trois quarts de rente d'invalidité (respectivement d'une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2003) dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} novembre 1998 sur la base d'une degré d'invalidité de 63% (prononcé du 15 avril 2002; OAI pce 34), au motif que son état de santé s'est nettement amélioré du point de vue psychique, considérant la disparition de ses troubles de la personnalité et de ses troubles dépressifs.

6.2 Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (ATF 125 V 368 consid. 2).

6.3 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]). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

7.

7.1 A titre préliminaire, le recourant se plaint d'un défaut de motivation de la décision litigieuse, faisant valoir que les calculs effectués lors de l'évaluation de son taux d'invalidité par l'OAIE ne lui ont aucunement été expliqués ni ne ressortent du projet de décision, respectivement de la décision entreprise. Ceci revient à invoquer une violation du droit d'être entendu. Or, en raison du caractère formel de ce droit – dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2^e éd., Berne 2006, n. 1346; ATF 134 V 97) –, il convient d'examiner ce grief en premier lieu.

7.2 Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 de la constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. I et II, p. 380 ss et 840 ss). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu *stricto sensu*) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée), ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de

motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 124 V 180 consid. 1a, ATF 123 I 31 consid. 2c). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 121 I 54 consid. 2c).

7.3 En l'espèce, le Tribunal remarque qu'effectivement le détail des calculs de la perte de gain du recourant déterminants pour l'évaluation de son degré d'invalidité ne ressortent pas de la décision entreprise ou du projet de décision (OAIE pces 50 et 60 s.). Cependant, selon la jurisprudence, une éventuelle violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut exceptionnellement être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (Arrêt du TF du 26 juillet 2011, 9C_971/2011 consid. 3.1; ATF 129 I 129 et les références citées; ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, n. 1711; ANDREAS AUER / GIORGIO MALINVERNI / MICHEL HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n 1347 ss). Or, il ressort des pièces au dossier de l'OAIE (OAIE pces 62 à 66), que le représentant a pris connaissance du dossier complet de la cause avant de déposer son recours auprès du Tribunal de céans, et a ainsi pu s'exprimer sur la décision entreprise en connaissance des calculs effectués par l'autorité inférieure dans son évaluation du degré d'invalidité du 24 mai 2012 (cf. OAIE pce 47).

7.4 Enfin, il sied de noter au surplus qu'un renvoi de la cause à l'instance inférieure pour des motifs d'ordre formel peut être exclu, par économie de procédure, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas, notamment, dans l'intérêt de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6355/2009 consid. 4.3.1 du 4 mars 2010). Il y a lieu dès lors de considérer que le vice invoqué est réparé en l'espèce et

de renoncer au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure en raison de ce vice.

8.

Il convient ensuite de déterminer les moments décisifs pour juger de l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans la présente affaire.

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

8.2 En l'espèce, une demi-rente d'invalidité a été octroyée à A. _____ dès le 1^{er} novembre 1998 sur la base d'un degré d'invalidité de 63% (cf. le prononcé du 15 avril 2002; OAI pce 34), respectivement trois quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2004 suite à la révision de la LAI (cf. prononcé du 18 novembre 2004; OAI pce 9). L'OAI se base alors sur des rapports d'experts neurologiques et psychiatriques (OAI pces 20 et 24), ainsi que sur l'appréciation de son service médical (OAI pces 25 à 29). Il est reconnu à l'assuré une incapacité de travail entière en tant que maçon, ainsi qu'une incapacité de travail de 50% dans des activités plus légères en raison de la combinaison de ses troubles somatiques (troubles statiques cervicaux entre C3 et C6, d'une hernie discale L5-S1 et d'une surcharge somatoforme sensitivo-motrice du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche) et de ses troubles psychiques (dysthymie d'intensité moyenne avec une personnalité à traits paranoïaques de type passive-agressive), les experts

évoquant toutefois une possible amélioration après l'instauration d'un traitement antidépresseur.

8.3 Cette décision a été reconduite par prononcé du 18 novembre 2004 (OAIE pce 9), puis par communication du 29 septembre 2008 (OAIE pce 29) sur la base à chaque fois d'un examen approfondi au sens de la jurisprudence précitée (cf. *supra* consid. 8.1). Lors de la dernière procédure de révision, l'OAIE après avoir soumis à son service médical un rapport orthopédique, ainsi qu'un rapport psychiatrique et un formulaire E 213, conclut que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis l'octroi de la rente initiale.

8.4 Dès lors, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 29 septembre 2008, date de la dernière décision entrée en force, et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 12 octobre 2012.

9.

9.1 Lors de la dernière révision du droit à la rente d'invalidité, l'OAIE reconduit le droit à trois quarts de rente d'invalidité de l'assuré après avoir recherché des informations auprès des médecins du travail portugais. Il ressort de la prise de position du service médical de l'OAIE du 19 septembre 2008 qu'il n'y a pas de changement dans la pathologie ostéo-articulaire lombaire et dépressive de l'assuré, lequel continue de présenter une incapacité de travail inchangée par rapport à la dernière révision (OAIE pce 28). Ces observations se basent d'une part sur les conclusions d'un rapport orthopédique du 31 mai 2008 du Dr H._____ et d'autre part sur celles d'un rapport psychiatrique du 24 avril 2008 établi par le Dr G._____ (OAIE pces 22 et 23). Du point de vue psychiatrique, le spécialiste diagnostique chez l'assuré une réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) réactionnelle à son état de santé entraînant une incapacité de travail partielle. Du point de vue orthopédique, le Dr H._____ mentionne une aggravation des cervicobrachialgies et l'apparition d'une diminution de force musculaire du membre supérieur droit. Evoquant une possible compression des racines nerveuses au niveau cervical à plusieurs endroits, le médecin orthopédique se réfère à des radiographies des 30 mars 2005 et 27 septembre 2007 et retient que l'assuré présente une sténose congénitale du canal cervical, des protrusions circonférentielles à tous les étages entre C3 et C7, des lésions en C7-D1, une légère protrusion discale en L3-L4, ainsi que des

protrusions circonférentielles en L4-L5 et en L5-S1. En outre, il ressort du formulaire E 213 du 14 mai 2008 (OAIE pce 21), que l'assuré présente une capacité de travail de 40% en tant que maçon, ainsi qu'une capacité de travail de 100% dans des activités légères adaptées considérant une rigidité accentuée de la colonne cervicale et une diminution de la force motrice et des difficultés à la marche.

9.2 Dans le cadre de la présente procédure de révision entamée en 2011, l'OAIE supprime les trois quarts de rente de l'assuré au motif que son état de santé s'est notablement amélioré tant du point de vue psychique que du point de vue somatique, considérant une capacité de travail retrouvée à 50% dans son activité habituelle de maçon et une capacité entière dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles (cf. les prises de position du service médical de l'OAIE des 28 avril 2012 et du 30 juillet 2012; OAIE pces 46, 49 et 59). L'autorité inférieure se base principalement sur les conclusions de la Dresse M._____, psychiatre, et celles ressortant du formulaire E 213 du 30 décembre 2011 (OAIE pces 28 et 39) pour retenir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et lui permet de retrouver une capacité de travail suffisante pour exclure le versement d'une rente d'invalidité.

9.3 De son côté, le recourant invoque, tant en procédure d'audition qu'en procédure de recours (OAIE pce 57 et TAF pces 1 et 7), que son état de santé ne s'est nullement amélioré et remet en cause la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse M._____. D'une part, il produit plusieurs rapports médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé du point de vue somatique (cf. le rapport orthopédique du 31 août 2012 du Dr R._____ [OAIE pce 52], les résultats radiologiques du 29 août 2012 [OAIE pces 54 et 55]) et d'autre part, il présente un rapport psychiatrique du 4 septembre 2012 du Dr S._____ faisant état de troubles de l'adaptation et de troubles de la personnalité (OAIE pce 53).

10.

10.1 Du point de vue psychiatrique, il apparaît au Tribunal qu'une amélioration claire de l'état de santé de l'assuré ne peut pas être retenue en l'état du dossier. En effet, si l'on examine les pièces versées dans le cadre de la présente procédure de révision, il ressort certes du rapport psychiatrique de la Dresse M._____, ayant examiné l'assuré à une seule reprise le 4 janvier 2012, que l'assuré, traité par antidépresseurs et neuroleptiques, ne présente pas de trouble psychique (OAIE pce 39).

Toutefois, l'assuré présente également un rapport psychiatrique du 4 septembre 2012 du Dr S._____ dont il ressort au contraire que l'assuré présente clairement un trouble psychique et un trouble de la personnalité en relation directe avec ses troubles somatiques lesquels entraînent une incapacité professionnelle (OAIE pce 53). On constate également que les conclusions du rapport E 213 sont contradictoires s'agissant du diagnostic psychiatrique, le médecin retenant un trouble anxieux (F 41), alors même qu'il mentionne un état mental et émotionnel normal en page 2 de son rapport.

10.2 Or, en l'espèce, il est établi que l'assuré tend à nier l'existence de son trouble psychique (cf. l'expertise du 10 juillet 2001 du Dr D._____ [OAI pce 24]), comme également mentionné par la Dresse M._____ dans son rapport (OAIE pce 23). De plus, celle-ci n'a examiné qu'à une seule reprise l'assuré et livre une appréciation contredite par un autre psychiatre. Ainsi, du fait que l'assuré est vraisemblablement toujours sous traitement antidépresseurs et neuroleptiques, ces éléments contradictoires auraient dû inciter l'autorité inférieure à ordonner une expertise psychiatrique afin de clarifier l'état de santé psychique de l'assuré et l'influence de ses troubles sur sa capacité de travail en association avec ses troubles somatiques. De plus, le Tribunal souligne que le service médical de l'OAIE n'a pas dans sa dernière prise de position discuté de manière suffisante le rapport médical du Dr S._____ et n'a aucunement expliqué pour quelles raisons il lui préférerait l'avis de la Dresse M._____.

11.

11.1 Le Tribunal relève ensuite que, d'un point de vue des diagnostics somatiques, l'état de santé de l'assuré ne s'est nullement amélioré, si l'on compare les résultats radiologiques du 24 août 2010 (OAIE pce 40) versés en cause dans le cadre de la présente procédure avec ceux exposés par le Dr H._____ dans son rapport du 31 mai 2008 lors de la dernière procédure de révision (OAIE pce 22). Ils apparaissent au Tribunal comme faisant apparaître des diagnostics à peu de chose près identiques. Le Dr H._____ évoque même dans ses rapports passés une aggravation des cervicobrachialgies de l'assuré (cf. les rapports orthopédiques des 16 juillet 2004 et 31 mai 2008; OAIE pces 5 p. 13 et 22). Cette aggravation semble être confirmée par les résultats radiologiques du 29 août 2012 (OAIE pces 54 et 55) versés en cause par l'assuré lors de la procédure d'audition, étant donné qu'une compromission nerveuse à plusieurs niveaux est intervenue, tant au

niveau cervical qu'au niveau lombaire. Or, ces radiographies n'ont pas été prises en compte lors de l'examen effectué le 30 décembre 2011 dans le cadre du formulaire E 213 (OAIE pce 38), contrairement à ce que retient le service médical de l'OAIE dans sa prise de position du 20 septembre 2012 (OAIE pce 59). En effet, le Dr F._____ cite dans le cadre du formulaire E 213 du 30 décembre 2011 uniquement les résultats radiologiques du 24 août 2010 (p. 3).

11.2 Par ailleurs, le service médical se trompe lorsqu'il retient que le Dr F._____ n'a retenu aucunes limitations fonctionnelles chez l'assuré en raison des ses atteintes somatiques. En effet, ce médecin indique certes une mobilisation douloureuse de la colonne sans limitations (p. 3), mais retient des limitations fonctionnelles conséquentes (p. 4), à savoir la nécessité pour l'assuré d'éviter les activités nécessitant le port de poids, de monter ou descendre des escaliers/échelles, d'effectuer des flexions répétées ou risquant d'entraîner des chutes. Sur cette base, le Dr F._____ estime que l'assuré présente une capacité de travail de 4 heures par jour tant dans son activité de maçon que dans des activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles.

11.3 S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr F._____, elle est largement contredite par celle du Dr R._____ du 31 août 2012 (OAIE pce 52), lequel évoque en accord avec les résultats radiologiques récents une aggravation progressive des lésions de l'assuré et l'augmentation des douleurs au niveau de la colonne cervicale et lombaire à la palpation lors de mouvements actifs et passifs. Ainsi, les éléments soulevés par le Dr R._____ entraînent un doute important quant à l'existence d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré par rapport à la dernière révision. Ces éléments contradictoires auraient dû inciter l'autorité inférieure, suite à la procédure d'audition, à compléter l'instruction par une expertise neurologique et rhumatologique, afin de clarifier l'état de santé de l'assuré, ainsi que l'influence de ces atteintes somatiques sur sa capacité de travail. Ce d'autant, qu'il n'apparaît pas clairement au dossier pour quelle raison le service médical de l'OAIE retient une capacité de travail de 100% dans des activités adaptées, s'écartant ainsi des conclusions du formulaire E 213 sur lequel il se base principalement pour établir ses prises de position.

11.4 Par ailleurs, le Tribunal rappelle que, lors des deux précédentes révision d'office, les médecins internes à l'administration ont considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié par rapport à la période initiale d'octroi de la rente (cf. les prises de positions des

15 novembre 2004 et 19 septembre 2008; OAIE pces 8 et 28), ce malgré une appréciation de la capacité de travail de l'assuré divergente de celle retenue par les experts lors de l'octroi de la rente initiale. En effet, en 2004 est avancée une capacité de travail de l'assuré de 4 heures par jour en tant que maçon et de 5 heures par jour dans des activités légères de substitution (cf. le formulaire E 213 du 18 juin 2004; OAIE pce 5 pp. 1 à 12), puis en 2008 une incapacité de travail de 60% de l'assuré en tant que maçon et une capacité de travail entière de celui-ci dans des activités légères sans risques de chutes (cf. le formulaire E 213 du 14 mai 2008; OAIE pce 21). Dans les deux cas toutefois, des troubles dépressifs sont constatés, ainsi qu'une certaine détérioration des troubles somatiques de l'assuré. Dans la présente occurrence, il apparaît peu clair au Tribunal pour quelles raisons les conclusions du Dr F._____, pourtant très semblables à celles retenues dans le cadre de la première révision d'office en 2004 (cf. le formulaire 213 du 18 juin 2004; OAIE pce 5 pp. 1 à 12) lorsqu'il retenait une capacité de travail de l'assuré de 4 heures par jour en tant que maçon et de 5 heures par jour dans des activités plus légères, ont amené l'autorité inférieure à supprimer le droit à la rente de l'assuré en 2011, alors même qu'en 2004 et en 2008 elles avaient conduit au maintien du droit à la rente de l'intéressé, ce d'autant que les atteintes somatiques semblent s'être aggravées depuis lors. Or, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 112 V 371 consid. 2b). Force est ainsi au Tribunal de constater que, en l'état du dossier, reconnaître une amélioration de l'état de santé de l'assuré par rapport à 2008, reviendrait à procéder à une reconsidération de la dernière décision entrée en force.

12.

12.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal ne saurait suivre l'autorité intimée, ni se prononcer sur l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, faute d'un dossier suffisamment instruit lui permettant avec une vraisemblance prépondérante de déterminer l'état de santé du recourant tant du point de vue psychiatrique que somatique. Partant, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Avant de soumettre le cas à son service médical et de prendre une nouvelle

décision, l'autorité inférieure complètera le dossier en faisant procéder à une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique, ainsi qu'à tout autre examen qui lui semblera utile afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la dernière révision de sa rente de manière à influencer son droit à la rente, à savoir depuis le 29 septembre 2008.

12.2 De plus, dans le cadre du renvoi de la cause, l'autorité inférieure devra tenir compte du fait que l'assuré bénéficie d'une rente d'invalidité depuis plus de 15 ans et examiner si des mesures de réadaptation sont nécessaires pour permettre à l'assuré de réintégrer le marché du travail avant de supprimer sa rente. En effet, le Tribunal rappelle, que le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il y a lieu d'examiner l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle si, lors d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3 et 3.5; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3897/2009 du 14 juin 2011 consid. 13), ce qui est le cas en l'espèce. La jurisprudence considère à cet égard que les effets d'une longue absence du marché du travail ne peuvent être atténués que par des mesures de réintégration et/ou de réadaptation délivrée par l'assurance-invalidité, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5).

13.

13.1 Le recours de A._____ étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

13.2 Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est allouée une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 2'800.-- en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 12 octobre 2012 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt par la caisse du Tribunal.

3.

Il est octroyé une indemnité de dépens de Fr. 2'800.-- au recourant à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.2444.8192.19 ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: