



Cour III
C-6663/2011

Arrêt du 25 février 2013

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Maître Marlyse Cordonier,
recourant,

contre

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

Objet

Révision de rente AI (décision du 16 novembre 2011).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant français, domicilié au Portugal, né le [...] 1969, cuisinier frontalier, a travaillé en Suisse du 1^{er} septembre 1996 au 31 juin 1998, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI). Alors engagé comme cuisinier à temps plein (42 heures par semaine) depuis le 1^{er} novembre 1997 pour un salaire mensuel brut de Fr. 4'215.--, l'assuré cesse toute activité professionnelle le 27 février 1998 en raison de maladie. À la fin de l'année 2000, A._____ s'installe définitivement au Portugal (OCAI pces 5, 9, 10, 12 et 48).

B.

Le 8 septembre 1998, A._____, alors domicilié en France, dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office AI du canton de Bâle-ville (ci-après: l'OCAI) en raison de lombosciatalgies gauches allant en s'aggravant depuis septembre 1997. L'assuré malgré deux opérations en avril et mai 1998 pour une hernie discale L4-L5 à droite continue de présenter des douleurs lombaires sévères et chroniques avec irradiations sciatalgiques, principalement à droite (OCAI pces 1 à 5 et 14 à 15). Il ressort entre autre d'une expertise orthopédique du 7 décembre 1998 établie par le Dr B._____, que l'assuré, souffrant d'un syndrome lomboradiculaire L5-S1 droit et de status après deux opérations d'une hernie discale en L4-L5, ne peut plus effectuer son activité de cuisiner. A cette époque, l'expert estime également que l'assuré pourrait exercer par la suite une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au maximum à 50% (OCAI pce 18). Par décision du 29 octobre 1999 (OAIE pce 1), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) octroie une rente entière d'invalidité à l'assuré dès le 1^{er} février 1999 pour un degré d'invalidité de 100%, se basant sur une communication du même jour de l'Office AI cantonal (OCAI pce 23), une troisième opération étant en outre prévue pour le mois de juin 1999 (OCAI pces 19 à 21 et 24).

C.

C.a En janvier 2000, l'OCAI entreprend une première révision d'office et verse en cause les documents suivants:

- un compte rendu opératoire du 15 septembre 1999 pour une spondylolyse de L5 effectuée par le Prof. C._____ (OCAI pce 25);

- un courrier du 17 septembre 1999 du Prof. C._____ au médecin traitant de l'assuré, indiquant avoir opéré celui-ci par réparation isthmique L5/L5 avec un matériel dédié en raison d'une spondylolyse de L5 (OCAI pce 26);
- un questionnaire de révision rempli le 15 janvier 2000, par lequel l'assuré déclare être toujours incapable de travailler suite à son opération, invoquant des douleurs importantes du dos et des jambes (OCAI pce 27);
- un rapport médical intermédiaire du 21 janvier 2000 de la Dresse D._____, médecin traitant, reprenant l'historique médical de l'assuré et proposant une réorientation professionnelle vers un métier ne comportant pas d'efforts de soulèvement vu le jeune âge de celui-ci (OCAI pce 28);
- un rapport médical du 6 septembre 2000 du Prof. C._____, chirurgien orthopédique, dont il ressort que l'assuré, suite à son opération du 16 septembre 1999 par ostéosynthèse de l'arc postérieur de L5, présente toujours des lombalgies intermittentes en projection douloureuse dans le membre inférieur droit, malgré un relatif bon résultat de l'opération. Le médecin estime qu'il s'agit d'une irritation par le métal; en outre, il fait état de stress et de tendance dépressive (OCAI pce 43).

C.b Dans une expertise du 28 août 2000 du service rhumatologie et réhabilitation de l'Hôpital U._____, les Drs E._____ et F._____, reprenant l'historique médical complet de l'assuré, diagnostiquent chez celui-ci principalement un syndrome lombo-vertébral chronique avec irritation lombo-radulaire intermittente en L5 droit et un syndrome de défaillance sensitivomoteur en L5 persistant sur une sténose du récessus L5; les médecins notent également un canal spinal étroit sur spondylarthrose et hypertrophie du ligament jaune au niveau L4-L5 et L3-L4. Les experts estiment l'assuré incapable d'exercer son ancienne activité de cuisinier et reprennent les conclusions en page 5 de l'expertise du Dr B._____ concernant la capacité résiduelle de travail de l'intéressé (point 6 *in fine*, p. 12 de l'expertise des Drs E._____ et F._____). En outre, les experts espèrent une amélioration suite au retrait de l'appareil d'ostéosynthèse (OCAI pce 42).

C.c Par communication du 11 octobre 2000, l'OCAI maintient le droit à une rente entière de l'assuré (OCAI pce 46). Suite au départ définitif de

celui-ci pour le Portugal en septembre 2000 (OCAI pces 40 et 41), le dossier est transmis à l'OAIE (OCAI pce 48; une décision de l'OAIE correspondant à la communication du 11 octobre 2000 n'est pas au dossier). Une nouvelle révision est prévue pour mai 2001 au vu de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) attendue.

D.

En mars 2010, l'OAIE entame une seconde procédure de révision d'office (OAIE pce 2). Dans un rapport du service médical régional Rhône (SMR) du 22 mars 2010, le Dr G._____, estimant que, suite à la probable AMO, il conviendrait d'évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, requiert des informations médicales supplémentaires (OAIE pce 3). Les documents suivants sont dès lors versés en cause:

- un rapport médical du 7 juin 2001 du Prof. C._____, dont il ressort que le matériel d'ostéosynthèse – mis en place en septembre 1999 en raison d'une spondylolyse de L5 - a été retiré le 3 avril 2001. Le médecin souligne que les radiographies démontrent que le disque L5/S1 est bien stabilisé, mais mentionne que cliniquement l'assuré montre des difficultés à rester debout plus de 15 minutes en raison d'une surcharge pondérale responsable d'un syndrome facettaire lombo-sacré (OAIE pce 64);
- des résultats cardiologiques du 8 février 2006 relevant chez l'assuré une discrète altération dégénérative de la structure valvulaire et mitrale, une insuffisance aortique légère, une légère dilatation de l'auricule gauche, un mouvement anormal du septum inter-ventriculaire, une akinésie des parois postérieures et inférieures du septum postérieur et hypokinésie des autres segments, ainsi qu'une dépression modérée de la fonction systolique globale du ventricule gauche (OAIE pce 10);
- des résultats de scintigraphie du 24 mars 2006 indiquant une dilatation du ventricule gauche, sans altération de perfusion et une systolique modérément compromise (OAIE pce 11);
- des résultats d'échographie abdominale du 2 juin 2009, montrant chez l'assuré un calcul vésiculaire de 10mm (OAIE pce 12);
- des résultats radiologiques de la colonne lombaire du 18 juin 2010 indiquant des lésions discales en L4-L5 avec spondylolyse, entraînant

probablement un rétrécissement des trous de conjugaison (OAIE pce 32);

- un rapport médical du 9 juillet 2010 du Dr H._____ déclarant l'assuré totalement incapable de travailler ou de faire face à une grande partie des activités de la vie quotidienne en raison d'une grave discarthrose L4-L5, avec effondrement total de l'espace discal et d'un Lasègue bilatéral, entraînant des douleurs dorsales intenses qui empêchent la position debout et limitent sa mobilité (OAIE pce 33);
- un formulaire E 213 du 6 septembre 2010 établi par la Dresse I._____, diagnostiquant chez l'assuré, en surpoids, une discopathie L4-L5, une spondylolyse et une fibrose lombaire post-chirurgicale entraînant une mobilité limitée et douloureuse de la colonne vertébrale. La praticienne estime que la maladie va en s'aggravant et ne permet pas à l'assuré de travailler dans son activité habituelle de cuisinier, sans prendre position sur une éventuelle capacité de travail résiduelle. En outre, le médecin ne relève aucune altération de l'état émotionnel de l'assuré (OAIE pce 34).

E.

Dans une expertise orthopédique du 11 janvier 2011, le Dr J._____, reprenant l'historique médical de l'assuré, procède à l'anamnèse complète du patient et relève que l'assuré se plaint de douleurs constantes du dos l'empêchant de tenir une position debout ou assise plus de 15 à 20 minutes de suite. Selon ses dires, l'assuré prend plusieurs médicaments contre l'insuffisance veineuse, les ulcères et l'anxiété, dont le médecin remarque que certains emballages ne sont pas entamés ou neufs. Le Dr J._____ retient que l'assuré souffre de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit modéré, douze ans après cures chirurgicales successives d'hernies discales L5 gauche et dix ans après stabilisation d'une spondylolyse L5 bilatérale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le médecin décrit le cas comme complètement stabilisé, malgré la persistance d'un fond douloureux chronique et quelques épisodes douloureux d'exacerbation aigue et relève que l'intéressé ne peut plus exercer son ancienne activité de cuisiner ou des activités en position debout avec port de charges régulier et mouvements en porte-à-faux antérieurs. Par contre, l'expert estime la capacité de travail de l'assuré de 100%, avec un rendement de 80%, dans une activité assise ou semi-assise permettant des déplacements et changements de position. Le médecin constate que l'état de santé est presque inchangé depuis la dernière expertise, dont il ressort que l'assuré

présentait déjà une capacité résiduelle d'au moins 50% avec possibilité d'amélioration après le retrait du matériel d'ostéosynthèse. Précisant que le genou droit de l'assuré présente une excellente évolution clinique et radiologique, l'expert souligne que les autres pathologies médicales (lithiase vésiculaire et symptomatologie oppressive au niveau cardiaque) ne sont pas invalidantes.

Par ailleurs, le Dr J._____ relève que l'assuré est extrêmement musclé des membres inférieurs et supérieurs et présente une excellente trophicité de la musculature du rachis dorsal et lombaire, ainsi que des cuisses, sauf une discrète amyotrophie de la cuisse droite par rapport à la gauche. Le médecin note que ces éléments contrastent avec les plaintes de l'assuré et démontrent au contraire que l'assuré a continué à se mobiliser. Celui-ci se dit frappé par "l'état un peu plaintif de l'assuré contrastant avec certains mouvements pratiqués lorsqu'on lui demande en cours de conversation certaines choses et l'excellente tonicité et trophicité musculaire tant des membres supérieurs qu'inférieurs, masse musculaire qui n'a pas changé si l'on compare le poids, la taille et les index de masse corporelle en dix ans" (OAIE pces 53 à 57).

F.

Dans un rapport final du 10 mars 2011, le SMR, reprenant les conclusions de l'expertise du Dr J._____, retient que l'assuré, bien qu'incapable de travailler dans son activité habituelle, a retrouvé depuis le 11 octobre 2000 une capacité de travail résiduelle de 80% dans des activités de substitution légères permettant une position alternée, sans porte-à-faux ni rotation du tronc en force, prolongée ou répétitive. Le médecin cite en exemple de nombreuses activités dans le secteur industriel, dans les services collectifs et personnels, dans le commerce en général ou dans le commerce de détail, dans l'administration, etc. (OAIE pce 59).

G.

Par projet de décision du 21 juin 2011, l'OAIE propose la suppression de la rente entière de l'assuré, présentant une incapacité de gain de 22% depuis le 11 octobre 2000 selon la méthode générale d'évaluation de l'invalidité avec un abattement de 5% sur le salaire après invalidité (OAIE pces 65 et 66).

H.

Par opposition des 29 juin et 1^{er} juillet 2011, A._____ conteste que son état de santé se soit amélioré et indique souffrir d'une grave dépression,

de calcul vésiculaire, ainsi que de lombalgies multiples incapacitantes au quotidien, car empêchant totalement la position debout et la position assise plus de 20 à 30 minutes (OAIE pces 69 et 75). L'assuré produit encore les pièces suivantes:

- des résultats de tomographie du 13 novembre 2010, indiquant un canal lombaire étroit sur arthrose facettaire en L3-L4, une hémilaminectomie L5 gauche, un ancien vissage pédiculaire en L5, une arthrose facettaire postérieure L3 à S1, ainsi qu'une discopathie secondaire en L4-L5 (OAIE pce 72);
- des résultats d'échographie abdominale du 30 mai 2011, montrant une image compatible avec une stéatose modérée du foie et la présence d'un calcul d'environ 16 mm dans la vésicule biliaire, sans signe de cholécystite concomitante (OAIE pce 73);
- un rapport médical du 28 juin 2011, par lequel la Dresse K._____ déclare l'assuré totalement incapable de travailler en raison de multiples lombalgies incapacitantes, de dyslipidémie et de dépression réactionnelle (OAIE pces 68 et 74).

I.

Dans un avis SMR du 18 août 2011, le Dr G._____ retient que la documentation produite en procédure d'audition n'apporte pas d'élément objectif nouveau susceptible de modifier ses précédentes conclusions, précisant qu'un calcul dans la vésicule biliaire n'a pas valeur de maladie (OAIE pce 77).

J.

Dans un courrier du 16 septembre 2011 (OAIE pce 83), l'assuré argue éprouver des difficultés à rester couché, ne plus pouvoir rester en position debout ou assise plus de 15 minutes en raison de douleurs dorsales continues; il transmet notamment les documents suivants:

- des résultats de tomographie de la colonne lombaire du 9 novembre 2004, indiquant notamment une spondylarthrose diffuse avec canal étroit, une discopathie dégénérative en L4-L5 et une petite protrusion discale focale para-médiane gauche en L5-S1 (OAIE pce 82);
- des résultats IRM du rachis lombo-sacré du 5 mai 2005, montrant chez l'assuré un canal étroit en L3-L4 et L4-L5, une hernie discale en

L3-L4, une petite hernie intra-somatique de la plateforme vertébrale supérieure en L2 et des petits angiomes du corps vertébral L4-L5 (OAIE pce 80);

- un rapport médical du 31 août 2011 établi par le Dr L._____, qui, reprenant l'historique médical de l'assuré, déclare celui-ci totalement incapable de travailler en tant que cuisinier ou dans des activités requérant une robustesse lombaire en raison d'un syndrome post laminectomie (OAIE pce 79).

K.

Dans un bref avis SMR du 8 novembre 2011, le Dr G._____ déclare que la documentation médicale nouvellement produite ne contient aucun élément objectif susceptible de modifier les conclusions du rapport final SMR, celle-ci ayant été déjà prise en compte par le Dr J._____ ou ne reflétant pas la situation actuelle (OAIE pce 85).

L.

Par décision du 16 novembre 2011, l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré dès le 1^{er} janvier 2012, au motif que celui-ci a retrouvé une capacité résiduelle de travail suffisante pour exclure le droit à une rente d'invalidité (OAIE pces 86 et 87).

M.

Le 6 décembre 2011, A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant implicitement à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de sa rente entière d'invalidité. L'intéressé argue être en incapacité de travail totale, notamment en raison de l'impossibilité de rester en station debout ou assise prolongée, sous peine de subir des douleurs insupportables. Le recourant joint plusieurs documents déjà versés en cause lors de la procédure d'audition.

N.

Dans un complément au recours du 6 janvier 2012 (TAF pce 3), le recourant invoque ne plus pouvoir faire face aux gestes quotidiens sans l'aide d'un tiers, être obligé de se déplacer avec une canne, ne plus pouvoir tenir plus de 10 minutes en position debout ou assise et devoir subir une 5^{ème} intervention de neurochirurgie (cf. également les courriers des 3 et 8 janvier 2012 de l'assuré adressés à l'autorité inférieure [OAIE pces 96 et 100]). En outre, l'intéressé joint les pièces suivantes:

- des résultats de tomographie du 20 décembre 2011, indiquant une accentuation modérée de la lordose lombaire physiologique avec protrusions discales en L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1 (OAIE pce 94);
- un rapport médical du 3 janvier 2012 du Dr M._____, dont il ressort que l'assuré – opéré deux fois en 1998 pour une hernie discale, puis par arthrodèse L5-S1 en 1999 avec retrait du matériel en 2001 - est régulièrement suivi depuis lors pour des lombalgies chroniques. Le médecin déclare que l'assuré - qui utilise une canne pour marcher - est actuellement en incapacité totale de travail en raison d'une exacerbation de ses lombosciatalgies depuis quelques semaines ne s'améliorant pas malgré un traitement poli-médicamenteux et qui devront probablement être traitées chirurgicalement. Selon le médecin, l'assuré présente un blocage lombaire intense et incapacitant, associé à une sciatique gauche à trajet S1 avec scoliose défensive marquée, un Lasègue bilatéral et une diminution du réflexe rotulien gauche (OAIE pce 95);
- des résultats radiologiques du 6 janvier 2012 du Dr N._____, relevant chez l'assuré des altérations dégénératives accentuées au niveau des articulations postérieures, en particulier au niveau L4-L5, avec une importante sténose articulaire, des importants trous de conjugaisons et récessus latéraux, ainsi qu'une dégénérescence des disques intervertébraux L2-L3, L3-L4 et L5-S1, sans indice de récurrence de hernie discale (OAIE pce 98).

O.

O.a Par courrier du 9 février 2012, la représentante du recourant, nouvellement mandatée, requiert un délai pour compléter le recours déposé par l'intéressé (TAF pce 5).

O.b Par décision incidente du 17 février 2012, le Tribunal de céans rejette ladite requête, au motif que les conditions de l'art. 53 PA ne sont pas remplies et que le recourant aura la possibilité de déposer des observations et pièces supplémentaires dans le cadre de l'échange d'écritures (TAF pce 8).

P.

Dans un avis SMR du 30 mars 2012, le Dr G._____ indique que le seul élément nouveau présenté par l'assuré est le fait qu'il souffre d'un blocage lombaire, associé à une sciatique gauche à trajet S1 depuis

environ un mois. Le médecin SMR estime toutefois qu'il n'est pas médicalement crédible qu'il s'agisse d'une aggravation durable, eu égard au fait que, malgré cet épisode aigu de lombosciatalgies, le neurologue ne mentionne pas de symptomatologie indiquant une véritable sciatique, ni de déficit neurologique significatif ou encore la nécessité d'intervenir chirurgicalement rapidement (OAIE pce 102).

Q.

Par réponse du 10 avril 2012, l'OAIE, se basant sur les conclusions de l'expertise orthopédique du Dr J._____ et du médecin SMR, considère que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré alléguée dans le cadre du recours n'a pas eu de conséquences durables et maintient que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et ne présente plus une perte de gain suffisante pour le maintien du droit à une rente d'invalidité. Dès lors, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise (TAF pce 9).

R.

Par décision incidente du 23 avril 2012, le Tribunal de céans invite le recourant à déposer sa réplique et à verser une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.--, montant dont le recourant s'est acquitté le 8 mai 2012 (TAF pces 10 à 14).

S.

S.a Par courrier du 8 mai 2012, transmis par l'OAIE le 23 mai 2012, le recourant indique avoir été opéré le 4 mai 2012 et être incapable de travailler ou de se prendre en charge sans l'aide d'une tierce personne (TAF pce 15); il transmet dès lors les pièces suivantes:

- un rapport de neurochirurgie du 7 mai 2012 de la Dresse O._____, dont il ressort que l'intéressé – se plaignant de lombosciatalgies gauches et de paresthésies dans les doigts gauches depuis environ trois mois – a subi une décompression interlaminaire en L3-L4 et un récessus latéral avec décompression de la racine L5 gauche, ainsi qu'une résection d'une importante hernie discale en L3-L4; le médecin mentionne l'absence de déficits sensitivomoteurs ou neurologiques, l'absence de complications postopératoires et relève une diminution des plaintes algiques de l'intéressé. En outre, il ressort du rapport médical que celui-ci présente une protrusion en L3-S1, une sténose foraminale en L4-L5, une hypertrophie articulaire, ainsi qu'une

atrophie neurogène en S1 gauche et en L5 bilatéral, des altérations dégénératives en L4-L5 avec hypertrophie articulaire et sténose;

- une attestation hospitalière du 7 mai 2012, indiquant que le recourant a été hospitalisé durant 5 jours en mai 2012.

S.b Par duplique du 21 juin 2012 (TAF pce 18), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à la prise de position de son service médical du 18 juin 2012, dont il ressort que le Dr G._____, médecin SMR, estime que, au vu de l'intervention sans complication avec des suites simples et de la diminution des plaintes algiques de l'intéressé, l'état de santé de celui-ci ne s'est pas modifié durablement depuis l'expertise orthopédique du Dr J._____, qui décrit des épisodes de sciatalgies et lombalgies aiguës depuis 2000, sans que cela justifie un arrêt de travail de longue durée; le Dr G._____ maintient dès lors les conclusions du rapport final SMR du 10 mars 2011, considérant qu'au maximum un arrêt de travail temporaire de trois mois depuis l'opération ayant eu lieu en mai 2012 peut être retenu (pce 104).

T.

T.a Par réplique du 25 juin 2012, le recourant, par l'intermédiaire de sa représentante, conclut préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique et orthopédique soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr J._____, notamment le diagnostic retenu, se prévalant de plus d'une aggravation de son état de santé ayant conduit à son hospitalisation en mai 2012 pour une cure de hernie discale (TAF pce 17). Outre de nombreuses pièces déjà au dossier, sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical du 13 juin 2012 de la Dresse O._____, dont il ressort que l'assuré – souffrant de sévères douleurs sciatiques gauches - a été opéré le 4 mai 2012 par décompression interlaminaire L3-L4 et décompression du récessus latéral L4-L5 et de la racine L5 gauche, ainsi que par résection d'une importante hernie discale en L3-L4. Malgré l'absence de complications, le médecin ne constate pas d'amélioration de la douleur sciatique; celui-ci conseille à l'assuré de faire des séances de physiothérapie et d'éviter les travaux lourds (PJ 22);

- une expertise privée du 19 juin 2012 du Dr P._____, chirurgien orthopédique, qui, sur la base de l'expertise du Dr J._____, de l'expertise du 28 août 2000, des examens radiologiques et des rapports établis en 2012 au Portugal, critique les conclusions du Dr J._____, dont il estime l'expertise entachée d'inadéquations. Le Dr P._____ s'étonne de plusieurs constatations du Dr J._____, considérant notamment qu'il ressort des différents examens que l'assuré souffre de pathologie du canal lombaire étroit plus que modéré et qu'il ne dispose pas d'une excellente musculature para-vertébrale lombaire, au vu de l'atrophie musculaire manifeste du muscle ilio-costalis et de la musculature profonde; le médecin relève également chez l'assuré une force musculaire plus faible à gauche qu'à droite en raison d'une brûlure datant de 1990. Finalement, le Dr P._____ considère que les certificats médicaux établis en 2012 au Portugal reflètent de manière cohérente l'état clinique de l'assuré (PJ 23).

T.b Par complément à la réplique du 20 août 2012, le recourant indique être hospitalisé depuis le 6 août 2012 pour une hernie discale, dont il est prévu qu'elle soit opérée le 21 août 2012 et joint l'attestation hospitalière y relative (TAF pce 20).

T.c Requis de se prononcer, le Dr G._____, médecin SMR, dans une prise de position du 13 août 2012, estime qu'un complément d'expertise doit être demandé au Dr J._____ afin qu'il réponde de manière circonstanciée aux critiques formulées par le Dr P._____. Par ailleurs, le médecin SMR, considère qu'une expertise psychiatrique est inutile, eu égard au fait qu'il n'y a pas d'indice d'atteinte à la santé significative susceptible de justifier une quelconque incapacité de travail. En effet, le médecin SMR, relevant que l'assuré ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique et ne prend pas d'antidépresseurs, déclare que le rapport du 28 juin 2011 de la Dresse K._____ - par ailleurs vraisemblablement non psychiatre - n'est pas assez précis et contredit toutes les autres appréciations au dossier (pce 106).

T.d Par seconde duplique du 20 août 2012, l'OAIE propose l'admission partielle du recours et le renvoi de la cause à son office, afin de procéder au complément d'expertise susmentionné (TAF pce 21).

U.

Par triplique du 23 août 2012, le recourant transmet un certificat hospitalier du 21 août 2012 du Dr Q._____, dont il ressort qu'il a été

hospitalisé du 6 au 21 août 2012 pour une crise hyperalgique de la colonne lombaire (élancements intenses suite à un effort physique, avec irradiation dans le membre inférieur gauche, rendant la marche autonome impossible). En outre, les neurochirurgiens – prévoyant une consultation en septembre 2012 et conseillant rééducation et repos – déclarent que les crises algiques s'améliorent progressivement et ne provoquent pas de déficits neurologiques; ainsi ils optent pour un traitement conservateur. Selon l'assuré, les médecins ne souhaitent plus intervenir chirurgicalement pour le moment, eu égard à la dernière opération datant de seulement trois mois (TAF pce 22).

Il est également fait mention de résultats radiologiques de la colonne lombaire indiquant en L2-L3/L3-L4/L4-L5 une hypertrophie des facettes articulaires, des trous de conjugaison et une déshydratation. En outre, les radiographies montrent en L2-L3 un rétrécissement du canal rachidien en raison d'un renflement discal diffus avec discrète protrusion postéro-latérale gauche pouvant expliquer le conflit d'espace avec l'émergence durale de la racine L3 gauche; en L3-L4 une hernie discale postéro-latérale gauche déformant le sac dural et compromettant la racine L4 gauche; en L4-L5 un rétrécissement marqué, des altérations dégénératives et en L5-S1 une légère protubérance disco-ostéophyttaire à l'émergence durale de la racine S1.

V.

Dans un avis SMR du 12 septembre 2012, le Dr G._____, considérant l'hospitalisation de l'assuré durant le mois d'août 2012, ayant subi un traitement conservateur en raison d'une crise hyperalgique sans déficit sensitivomoteur ou neurologique, retient que l'évolution globale est inchangée. En effet, le médecin souligne qu'il ressort de l'expertise du Dr J._____ que l'assuré subit des épisodes aigus de courte durée depuis 2000 ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée (TAF pce 24).

W.

Par quadruplique du 18 septembre 2012, l'OAIE maintient sa proposition d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à son office pour procéder au complément d'instruction requis par son service médical, les nouveaux documents médicaux produits ne permettant pas de modifier sa précédente appréciation (TAF pce 24).

X.

Par courrier du 25 octobre 2012, le recourant s'oppose au renvoi du

dossier à l'Office AI et conclut à la mise sur pied d'une expertise par le Tribunal de céans, considérant qu'il ne s'agit pas seulement de clarifier un point d'une expertise déjà existante, mais bien d'ordonner une nouvelle expertise orthopédique en raison de l'aggravation de son état de santé et des divergences entre les appréciations des Drs J._____ et P._____ (TAF pce 27).

Droit :

1.

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

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

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

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

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le

1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1^{er} avril 2012).

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

3.

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en mars 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de ladite loi en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012.

4.

4.1 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 LPGA).

4.2 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. Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al.1^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.

5.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

6.2 Le Tribunal des assurances 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 réf. cit.).

6.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et

les références ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

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

7.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 16 novembre 2011 (OCAI pces 86 et 87), à supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} février 1999 (OCAI pce 23), au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de

l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

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

8.3 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; VALTERIO, op. cit., n° 3063). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

8.4 L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; VALTERIO, op. cit., n° 3085). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la

notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2).

8.5 Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision ou communication entrée en force (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3), 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 taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). Ainsi, le Tribunal constate que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 11 octobre 2000 et ceux existant à la date de la décision litigieuse du 16 novembre 2011. En effet, au vu des pièces au dossier, notamment de l'expertise du 28 août 2000 par les Drs E._____ et F._____ (OCAI pce 42), la communication du 11 octobre 2000 (OCAI pce 46) est entrée en force suite à une instruction complète au sens de la jurisprudence précitée.

9.

Il convient ensuite d'examiner si l'administration a agi de façon conforme au droit en supprimant la rente entière de l'assuré par voie de révision avec effet au 1^{er} janvier 2012, au motif d'une amélioration significative de son état de santé.

10.

10.1 En l'espèce, le recourant a été reconnu en incapacité totale de travail dans son activité habituelle de cuisinier dès le 28 février 1998 en raison d'un syndrome lombo-radiculaire L5-S1 droit et de status après opérations d'une hernie discale en L4-L5 (cf. let. B). Il ressort de l'expertise faite initialement par le Dr B._____, chirurgien orthopédique, que l'assuré, incapable de travailler dans son ancienne activité de cuisinier, pouvait alors travailler au maximum à mi-temps dans une activité adaptée (OCAI pce 18). Par décision du 29 octobre 1999 (OAIE pce 1), l'intéressé est toutefois mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} février 1999, une troisième opération étant intervenue le 15 septembre 1999 pour une spondylolyse de L5. Cette décision a été reconduite par communication du 11 octobre 2000 (OCAI pce 46), à la suite d'une procédure de révision d'office contenant un examen matériel complet de la cause (cf. let. C). L'OCAI maintient alors le droit à une rente

entière de l'assuré, au motif que son état de santé est resté inchangé, notamment sur la base de rapports médicaux de ses médecins traitants (OCAI pces 25 à 28, 43) et d'une expertise rhumatologique établie par les Drs E._____ et F._____ de l'Hôpital U._____ (OCAI pce 42). Les experts, reprenant les conclusions du Dr B._____ susmentionnées, déclarent l'assuré incapable de travailler dans son activité habituelle de cuisinier et retiennent une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, sous réserve d'une amélioration possible suite au retrait de l'appareil ostéosynthèse implanté en septembre 1999 provoquant vraisemblablement une irritation au métal (p. 12 de ladite expertise). Le diagnostic retenu est un syndrome lombo-vertébral chronique avec irritation lombo-radiculaire intermittente en L5 droit et un syndrome de défaillance sensitivomoteur L5 persistant sur une sténose du récessus L5, ainsi qu'un canal spinal étroit sur spondylarthrose et hypertrophie du ligament jaune au niveau L4-L5 et L3-L4.

10.2 Lors de la présente révision entamée d'office en 2010, il ressort que l'assuré présente toujours des lésions discales en L4-L5 avec spondylose et fibrose post-chirurgicale entraînant une mobilité limitée et douloureuse de la colonne vertébrale (OAIE pce 32). Tous les médecins consultés s'accordent pour reconnaître que l'intéressé est empêché de reprendre son ancienne activité de cuisiner. S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, le Dr H._____, médecin traitant, mentionne que celui-ci - souffrant d'une grave discarthrose L4-L5 - est incapable de travailler (OAIE pce 33). Quant au formulaire E 213 du 6 septembre 2010, il ne livre aucune information sur la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution (OAIE pce 34).

Dès lors, l'autorité inférieure requiert une expertise orthopédique auprès du Dr J._____, chirurgien orthopédique, qui retient le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit modéré, douze ans après les cures chirurgicales successives d'hernie discales L5 gauche et dix après la stabilisation d'une spondylolyse L5 bilatérale avec AMO (OAIE pce 53). L'expert, constatant chez l'assuré une totale stabilisation de son état de santé, malgré la persistance d'un fond douloureux chronique avec quelques épisodes d'exacerbation aigus, confirme que celui-ci est définitivement incapable de travailler en tant que cuisinier ou dans toute activité debout avec ports de charges réguliers, avec des mouvements en porte-à-faux antérieurs. Il est toutefois mentionné une excellente trophicité musculaire des membres inférieurs et supérieurs avec une masse musculaire largement au-dessus de la normale contrastant avec les dires de l'intéressé qui déclare avoir une mobilité très

réduite. Par conséquent, considérant l'adaptation excellente de l'assuré à son handicap avec le temps, le médecin déclare celui-ci, au moment de l'expertise effectuée le 11 janvier 2011, apte à travailler à temps plein dans une activité de substitution en position assise ou semi-assise, avec une diminution de rendement de 20%, soulignant que les experts faisaient déjà état d'une capacité résiduelle de travail de 50% en 1998 et 2000 (p. 14 de l'expertise du Dr J._____) et n'attestaient pas d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée. Ainsi, l'autorité inférieure retient que l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans des activités adaptées depuis le 11 octobre 2000 (OAIE pce 59).

10.3 De son côté, le recourant invoque être lourdement limité dans sa mobilité et ne pouvoir supporter aucune position prolongée (OAIE pces 75 et 83; TAF pce 3). Il joint plusieurs certificats de médecins traitants le déclarant totalement incapable de travailler (cf. le rapport médical de la Dresse K.____ du 28 juin 2011; OAIE pce 68) ou incapable d'effectuer des activités requérant robustesse lombaire (cf. le rapport médical du Dr L.____ du 31 août 2011; OAIE pce 79). En outre, l'assuré mentionne avoir subi en mai 2012 une décompression interlaminaire en L3-L4 et un récessus latéral avec décompression de la racine L5 gauche, ainsi qu'une résection d'une importante hernie discale en L3-L4, sans influence significative sur ses douleurs algiques (TAF pces 15 et 17; OAIE pces 94, 95 et 98). Finalement, il apparaît que l'assuré a été hospitalisé au mois d'août 2012 en raison d'une nouvelle crise hyperalgique sans déficit neurologique; celle-ci est traitée conservativement en raison de la récente opération de l'intéressé (TAF pces 20 et 22)

De plus, A.____ verse en cause une expertise privée du Dr P.____, chirurgien orthopédique, qui, sur dossier, contredit les constatations du Dr J.____ qu'il déclare "entachées d'inadéquations", notamment concernant le diagnostic de canal étroit modéré et la musculature de l'assuré (TAF pce 17, PJ 23).

10.4 Finalement, après avoir soumis à son service médical les nouveaux éléments amenés par l'assuré (OAIE pce 106), l'OAIE propose l'admission partielle du recours et le renvoi de la cause à son Office, afin que le Dr J.____ prenne position de manière circonstanciée sur les remarques ressortant de l'expertise privée effectuée par le Dr P.____ allant à l'encontre de ses constatations (TAF pce 18 et 24). Quant à la nouvelle intervention chirurgicale subie par l'assuré en mai 2012, le médecin SMR estime, au vu des rapports produits, qu'elle ne permet de

déduire ni une modification de l'état clinique tel que décrit par le Dr J._____, ni une incapacité de travail durable (OAIE pce 104).

11.

11.1 Tout d'abord, il apparaît au Tribunal que l'expertise du Dr J._____ a toute valeur probante au sens de la jurisprudence (consid. 6.2). En effet, celle-ci arrive à des conclusions claires et cohérentes sur la base d'une anamnèse et d'un examen clinique objectif complet. Bien que certains médecins traitants déclarent l'assuré totalement incapable de travailler, les rapports médicaux en question, par trop succincts et imprécis quant à la capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées, ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. les rapports médicaux des Drs L._____ et K._____; OAIE pces 68 et 79). En effet, la jurisprudence du TF pose que le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.), d'autant que celui-ci doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

11.2 Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Or, le recourant a versé en procédure de recours une expertise privée du Dr P._____ présentant également valeur probante au sens de la jurisprudence, bien qu'elle ne concerne que quelques points particuliers et ne prenne pas position sur la capacité de travail du recourant (TAF pce 17, PJ 23); celle-ci, si elle a été effectuée sur dossier, met clairement en doute une partie des diagnostics et constatations du Dr J._____ (OAIE pce 53), par une interprétation très différentes de diverses radiographies. Le principal grief se situe au niveau de la qualification de "modéré" lors du diagnostic du canal lombaire étroit (OAIE pce 53, p. 10) et de l'appréciation de la musculature du rachis dorsal/lombaire et des membres supérieurs/inférieurs de l'assuré, qui avait conduit l'expert à retenir une très bonne adaptation de l'assuré à son handicap, ainsi qu'une capacité de travail entière dans des activités adaptées (avec 20% de diminution de rendement; pp. 6 et 13).

Dès lors, étant donné les critiques émises par le Dr P._____ et les différences d'appréciation importantes concernant les diagnostics retenus, il sied de suivre l'avis ressortant du rapport SMR du 13 août 2012 et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin que le Dr J._____ réponde de manière complète aux constatations du Dr P._____ et précise son expertise sur les points critiqués. De plus, étant donné le renvoi de la cause et malgré le fait que les deux dernières hospitalisations soient postérieures à la décision entreprise, l'autorité inférieure transmettra également au Dr J._____ tous les documents concernant les nouveaux épisodes algiques subis en mai et août 2012 par l'assuré, afin qu'il se prononce à cet égard et notamment qu'il se détermine sur leur influence sur la capacité de travail de l'assuré. Finalement, l'OAIE, avant de prendre une nouvelle décision, ordonnera si nécessaire toute autre mesure d'instruction nécessaire à l'éclaircissement de l'état de santé au niveau orthopédique, notamment quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assuré dans des activités de substitution.

12.

12.1 S'agissant de l'état de santé psychique de A._____, celui-ci invoque souffrir d'une grave dépression (OCAI pce 75). Il verse en cause un bref rapport médical du 28 juin 2011 de la Dresse K._____, médecin vraisemblablement non spécialisée, qui indique que l'intéressé - totalement incapable de travailler - suit un traitement médicamenteux pour des lombalgies multiples, une dyslipidémie et une dépression réactionnelle (OAIE pce 68). Le SMR considère toutefois qu'aucun élément au dossier ne permet de suspecter une quelconque atteinte à la santé psychique, ce dernier certificat médical étant trop vague, l'assuré n'ayant pas fait valoir être suivi par un psychiatre ou être sous antidépresseurs. Le traitement médicamenteux que l'assuré invoque prendre est sujet à caution s'agissant de la prise effective de celui-ci. Le médecin SMR ajoute qu'étant donné l'absence d'indice d'une atteinte psychique significative invalidante, ordonner une expertise psychiatrique serait disproportionné. En effet, selon le Tribunal fédéral, une dépression réactionnelle n'est en règle générale pas invalidante, car pouvant être en principe atténuée rapidement par un traitement psychothérapeutique, elle est réputée ne pas entraîner une incapacité de travail durable (ATF 127 V 294, consid. 4).

12.2 Certes, les éléments de preuve amenés par l'assuré sont succincts et imprécis. Reste que l'état de santé psychique de l'assuré n'est pas

instruit à satisfaction et mérite clarification (cf. consid. 6.3). Le diagnostic de dépression est posé pour la première fois lors de la procédure d'audition par le biais du médecin traitant de l'assuré, la Dresse K._____, sans que celle-ci mentionne depuis quand l'assuré souffre de symptômes dépressifs, s'il est suivi régulièrement à ce titre ou encore sans prendre position sur la gravité de ceux-ci. Toutefois, malgré l'absence de diagnostic correspondant dans le cadre de cette procédure, le Tribunal remarque qu'il ressort des deux expertises faites en 1998 et 2000 qu'une approche pluridisciplinaire, incluant un volet psychiatrique, serait utile pour apprécier la capacité de travail de l'intéressé (OCAI pce 18, p. 5 *in fine*; OCAI pce 42, p. 12). Le Prof. C._____ mentionnait également une tendance de l'assuré au stress et à la dépression dans un courrier du 6 septembre 2000 (OCAI pce 43). Par ailleurs, le Tribunal remarque que l'assuré déclare prendre des médicaments contre l'anxiété (V._____®, W._____® et X._____®; cf. l'expertise du Dr J._____ du 11 janvier 2011, OAIE pce 53, p. 9), sans qu'il soit possible de déterminer si l'assuré prend effectivement les médicaments prescrits.

12.3 Ainsi, au vu des éléments susmentionnés tendant à démontrer l'existence d'un terrain dépressif de l'assuré, l'autorité inférieure ne pouvait se contenter de déclarer la dépression réactionnelle de l'assuré non invalidante, sans requérir des informations complémentaires. Ainsi, l'OAIE devra également requérir dans le cadre du renvoi de la cause des informations supplémentaires concernant l'existence chez l'assuré d'une dépression réactionnelle, sa gravité, les traitements entrepris, le pronostic et son point de départ; tout d'abord auprès des médecins traitants de celui-ci, puis si besoin est, l'autorité inférieure ordonnera une expertise psychiatrique.

13.

Partant, le Tribunal, faisant droit à la conclusion préalable du recourant, admet partiellement le recours et annule la décision litigieuse. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 61 PA et prenne ensuite une nouvelle décision (ATF 137 V 219, consid. 4.4.1.4). Il sied ici de préciser que le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour nouvel examen, au lieu que soit mise en place une expertise judiciaire par le Tribunal de céans, se justifie dès lors que l'instruction était manifestement insuffisante en ce qui concerne l'état de santé psychique de l'assuré et que l'expertise du Dr J._____ doit être précisée

concernant les points soulevés par le Dr P._____ et complétée par rapport aux deux dernières hospitalisations de l'assurée en mai et août 2012.

14.

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

Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 31 mars 2011 par le recourant sera remboursée à ce dernier dès l'entrée en force du présent arrêt.

Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.-- à charge de l'autorité inférieure (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]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

2.

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

3.

Il est alloué au recourant une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'500.-- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

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

Expédition: