



Cour III
C-751/2009

Arrêt du 26 septembre 2011

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Vito Valenti, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maîtres Laurence Noble et Stefano Fabbro,
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 19 décembre 2008).

Faits :**A.**

A._____, né en 1955, ressortissant portugais, a travaillé en Suisse depuis 1988 jusqu'au 8 juin 1998 en tant que maçon-coffreur, années durant lesquelles il s'est acquitté des cotisations à l'assurance vieillesse et invalidité (AVS/AI). Le 8 juin 1998, l'assuré fait une chute dans un trou sur un chantier de construction entraînant une contusion de l'épaule droite et un traumatisme au genou gauche, notamment une contusion du plateau tibial interne, une lésion de la corne postérieure du ménisque extérieur et des lésions dégénératives des compartiments fémoraux tibiaux indiquant une chondromalacie rétro-rotulienne (OAIE pces 1, 3, 4 et 7).

A._____ subit une intervention chirurgicale en mai 2001 à l'épaule droite (ténodèse du long du biceps, suture de l'intervalle des rotateurs et acromioplastie de l'épaule droite) et à la main droite (cure de Dupuytren des rayons IV et V).

B.

Par décision du 16 août 2001, fondée sur la communication du 1^{er} décembre 2000, l'Office invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OCAI-FR) octroie à A._____ une rente entière pour un degré d'invalidité de 90% avec effet au 1^{er} juin 1999 (OAIE pces 9, 10 et 14). L'office cantonal se base notamment sur les documents suivants:

- un questionnaire pour l'employeur daté du 17 novembre 1999 indiquant que l'assuré gagnait en 1998 Fr. 28.91/heure et travaillait 45 heures par semaine (OAIE pce 2).
- un rapport médical du 27 août 1999, établi par le Dr B._____, médecin-chef du service de chirurgie orthopédique de l'hôpital de la X._____, posant le diagnostic de hallux valgus important à droite et d'œil de perdrix entre la 1^{ère} phalange du gros orteil et la 1^{ère} phalange du 2^{ème} orteil. Il fait état d'une ostéotomie du SCARF subie le 23 août 1999 par l'assuré, ayant eu des suites opératoires simples (OAIE pce 57).
- un rapport médical du 6 décembre 1999, établi par le Dr B._____, déclarant l'assuré totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 8 juin 1998, en raison d'une combinaison de problèmes de santé existants depuis 1990. Ce médecin relève chez l'assuré un status après contusions de l'épaule droite avec séquelles

douloureuses et une périarthrite huméro-scapulaire à droite, ainsi qu'un status après un syndrome lombo-vertébral avec sciatalgies gauches, un status après rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche, un status après l'ablation d'une tumeur cartilagineuse de l'auvent costal droit en 1993. Il note également que l'intéressé souffre de problèmes intestinaux et qu'il a subi plusieurs opérations en 1991, 1993 et 1996 (résection de l'intestin grêle et résection partielle d'une fistule chronique péri-intestinale; OAIE pces 3 et 52 à 56).

- un rapport médical du 31 janvier 2000, établi par la Dresse C._____, médecin généraliste, mentionnant une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 1998 et diagnostiquant chez l'assuré des problèmes ostéo-articulaires, des diarrhées chroniques post résection, ainsi qu'une surdité de l'oreille droite (OAIE pce 4).
- une synthèse du dossier médical, du service de l'OCAI-FR, indiquant une incapacité de travail de l'assuré de 50 à 100% dès le 8 juin 1998, sous réserve d'un reclassement ou de mesures professionnelles. L'office cantonal retient comme limitations fonctionnelles que l'assuré doit pouvoir aller immédiatement aux WC à n'importe quel moment et que celui-ci ne peut pas travailler en position statique et prolongée debout, ni porter des charges de plus de 5 kg ou effectuer d'importants déplacements à pied (OAIE pce 5).
- un avis de sortie du 17 février 2000, de la clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-maxillo-faciale à Y._____, indiquant que l'assuré a subi une tympanoplastie de type II avec interposition de l'enclume otologique suite à une otite moyenne chronique perforée à droite. Le Dr D._____ fait état de suites opératoires simples. Il ressort d'un courrier du 29 mai 2007 du Dr E._____, médecin dans cette même clinique, que les suites opératoires étaient favorables et que l'assuré a été régulièrement suivi en ambulatoire jusqu'en mars 2004 (OAIE pces 61 à 63)
- un rapport sur la réadaptation professionnelle du 14 avril 2000, indiquant que l'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 8 juin 1998, en se référant notamment au rapport médical du Dr B._____. Il ressort que l'assuré en plus des séquelles de l'accident, souffre de diarrhées chroniques, nécessitant absolument la proximité des toilettes (OAIE pce 7).

- une prise de position du 27 novembre 2000, établie par le Dr F._____, médecin de l'OCAI-FR, indiquant que l'assuré n'est pas reclassable (OAIE pce 8).
- un rapport médical du 18 mai 2001, établi par le Dr B._____, faisant état de plusieurs opérations subies par l'assuré le 14 mai 2001, soit d'une ténodèse du long chef du biceps avec suture de l'intervalle des rotateurs et acromioplastie, ainsi qu'une cure de Dupuytren des rayons IV et V à droite et une correction d'une hernie inguinale indirecte. Ce médecin fait état de suites opératoires simples et d'une évolution favorable (OAIE pces 58 et 59).

C.

C.a. Par décision du 31 août 2001, l'OCAI-FR procède à une première révision de la rente de l'assuré et maintient l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Pour ce faire, l'office se fonde notamment sur un rapport médical du 13 août 2001, signé du Dr B._____, indiquant que l'état de santé de l'assuré s'est dégradé. Il renvoie à son rapport médical précédent du 6 décembre 1999 déclarant l'assuré totalement incapable de travailler (OAIE pces 12, 13 et 15).

C.b. Par communication du 21 janvier 2003, l'OCAI-FR procède à une deuxième révision d'office et maintient le versement de la rente entière d'invalidité de l'assuré, au motif que le degré d'invalidité de A._____ n'a pas changé au point d'influencer son droit à une rente (OAIE pce 23). L'office se base notamment sur un rapport médical du 1^{er} janvier 2003, établi par le Dr B._____, indiquant que l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire depuis l'octroi de la rente, bien qu'un syndrome de Ledderhose à la plante du pied droit soit apparu. Le praticien considère que le pronostic de reprise du travail chez ce patient reste extrêmement mitigé (OAIE pce 20).

D.

Le 1^{er} octobre 2005, l'assuré retourne vivre au Portugal et le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: l'OAIE; OAIE pces 33 et 35).

En mai 2006, une révision d'office de la rente de l'assuré est introduite (OAIE pce 38 et 39); sont notamment produits les documents suivants:

- un rapport médical du 9 novembre 2006, établi par le Dr G._____, chef de service du département orthopédique du centre hospitalier de Z._____, relevant chez l'assuré une maladie de Dupuytren à la main gauche, un léger déficit de l'extension des dernières phalanges des 4^e et 5^e doigts de la main droite, un déficit de mobilité de l'épaule droite avec calcification acromiale, des douleurs au genou droit indiquant une gonarthrose, ainsi que des douleurs au pied droit et une petite masse sur la face plantaire du pied droit. Il relève la présence de deux vis dans la première métatarse droite découlant d'une ostéosynthèse de l'Hallus Valgus (OAIE pce 46);
- un rapport E 213 du 5 novembre 2006, établi succinctement par le Dr H._____, médecin de l'INSS, constatant des séquelles traumatiques suite à un accident de travail survenu en 1998. Le médecin se réfère au certificat médical du Dr G._____ du 9 novembre 2006, ainsi qu'aux rapports du service de gastro-entérologie du 5 janvier 2005 (OAIE pce 46) et déclare que l'assuré a été reconnu dans son pays de résidence incapable de travailler à plus de 60% (OAIE pce 47).

E.

Dans sa prise de position du 4 juillet 2007, la Dresse I._____, médecin de l'OAIE, constate que le rapport du Dr G._____, orthopédiste, ne comporte pas d'évaluation précise des limitations fonctionnelles et qu'aucun rapport gastro-entérologique n'a été produit au dossier, excepté des résultats de colonoscopie. Ce médecin réclame qu'une expertise pluridisciplinaire soit effectuée, au niveau orthopédique et au niveau de la chirurgie digestive, et qu'un audiogramme soit effectué (OAIE pces 46 et 64).

F.

Le 25 avril 2008, une expertise pluridisciplinaire est réalisée au centre d'expertise médicale à Nyon (CEMed), établie conjointement par la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et par le Dr L._____, spécialiste en neurologie, ainsi que par le Dr M._____, spécialiste en gastro-entérologie (OAIE pce 71).

Il ressort de cette expertise que l'assuré souffre d'arthrose fémoro-tibiale gauche de degré 2-3 et d'une instabilité chronique sur rupture du LCA, d'un conflit sous-acromial modéré de l'épaule gauche, d'une maladie de Dupuytren bilatérale, opérée à gauche, d'une maladie de Ledderhose du

ped droit, d'un hallux valgus bilatéral, opéré à droite, ainsi que de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche, modérées et non déficitaires, présentes depuis les années 90, ainsi qu'une hypoacousie mixte à droite. Sur le plan digestif, les médecins relèvent un intestin spastique et une colopathie fonctionnelle sans influence notable sur la capacité de travail.

Les médecins concluent à une capacité de travail complète dans une activité adaptée, tant du point de vue orthopédique, neurologique et psychique, ainsi que sur le plan ORL et digestif. Il ressort du rapport pluridisciplinaire que des activités de substitution en position assise, permettant des changements relativement fréquents de position, avec des déplacements limités et sans port de charge, sont envisageables à 100%.

G.

Dans une appréciation globale du 15 juillet 2008, l'OAIE observe que compte tenu de l'atteinte à sa santé, A. _____ ne peut plus poursuivre son ancienne activité de maçon-coffreur, mais reste capable de travailler à 100% dès le mois de février 2008 dans des activités de substitution légères à moyennement lourdes, soit dans des activités assises ou assises-debout en alternance, avec des déplacements limités et sans port de lourdes charges, par exemple comme ouvrier non qualifié ou magasinier. L'OAIE se base essentiellement sur l'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2008 ayant conclu à une amélioration certaine de l'état de santé de l'assuré tant d'un point de vue orthopédique que gastro-entérologique avec des limitations fonctionnelles moindres (OAIE pces 73 et 73.1).

H.

Le 28 juillet 2008, l'OAIE procède à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré et constate une diminution de la perte de gain de 23%, taux insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité suisse à A. _____ (OAIE pce 75).

I.

Par projet de décision du 4 août 2008, l'OAIE prévoit de supprimer la rente entière d'invalidité de l'assuré au motif que l'exercice d'une activité lucrative plus légère et adaptée à l'état de santé de l'assuré serait exigible et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (OAIE pce 77).

J.

Le 6 octobre 2008, l'assuré produit, lors de la procédure d'audition, les documents médicaux suivants :

- des résultats de colonoscopie datant du 5 janvier 2005, indiquant la polypectomie de plusieurs polypes et diverticules chez l'assuré (OAIE pce 81).
- un rapport de colonoscopie du 6 février 2007, établi par le Dr N._____, indiquant que l'assuré souffre de polypes non ascendants et de multiples diverticuloses sigmoïdiennes, ayant nécessité une polypectomie (OAIE pce 83).
- un rapport médical du 10 octobre 2008 du Dr O._____, indiquant chez l'assuré un status après résection de 80 cm de l'intestin grêle, une maladie de Dupuytren, de l'hypertension et de la dyslipidémie (OAIE pce 82).
- un certificat médical du 2 octobre 2008, établi par la Dresse P._____, effectuant un récapitulatif des polypectomies subies par l'assuré en 2005 et 2007 (OAIE pce 84).

K.

Dans sa prise de position du 4 décembre 2008, la Dresse I._____, médecin de l'OAIE, estime que les documents médicaux produits par l'assuré en procédure d'audition ne modifient en rien ses conclusions précédentes, au motif que les pathologies mises en évidence sont tout à fait bénignes et n'occasionnent pas d'incapacité de travail à long terme (OAIE pce 89).

L.

Par décision de révision du 19 décembre 2008, l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet au 1^{er} février 2009 et retire l'effet suspensif à un éventuel recours (OAIE pce 92).

M.

Le 5 février 2009, A._____ interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) et conclut au fond à l'annulation de la décision du 19 décembre 2008 et au maintien de sa rente entière d'invalidité. Le recourant conteste vivement les conclusions retenues dans l'expertise pluridisciplinaire et estime que son état de santé s'est au contraire détérioré.

En outre, le recourant requiert la restitution de l'effet suspensif et l'octroi d'un délai de deux mois pour compléter les faits et moyens de son recours, au motif que l'entier de son dossier médical ne lui est parvenu que le 3 février 2009 et qu'il souhaite faire établir par ses médecins, en Suisse et au Portugal, de nouvelles attestations médicales complètes reflétant son état de santé actuel (TAF pce 1).

Il joint à son recours une lettre du 26 janvier 2009 du Dr B._____ à son intention, qui mentionne que le recourant est venu le consulter pour des douleurs résiduelles à son épaule droite suite à l'accident de travail survenu en 1998. Il ajoute qu'actuellement il ne peut pas se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant (recours pce 3).

N.

N.a. Par décision incidente du 3 mars 2009, le Tribunal confirme le retrait de l'effet suspensif du recours par l'OAIE, au motif que, dans le cas présent, un tel retrait ne saurait causer au recourant un préjudice irréparable. Le Tribunal relève en outre que d'éventuels nouveaux éléments de preuve qui seraient produits au cours de l'instruction ne pourront être pris en compte que concernant les faits survenus avant la date de la décision entreprise (TAF pce 2).

N.b. Par décision incidente du 3 mars 2009, le Tribunal rejette la demande du recourant d'obtention d'un délai de deux mois pour compléter les faits et moyens de son recours, au motif que rien n'indique que l'affaire présente une difficulté particulière ou une étendue exceptionnelle. En outre, le Tribunal souligne que le recourant aura l'occasion de joindre de nouveaux moyens de preuves et de prendre position sur les observations de l'autorité intimée lors d'un deuxième échange d'écriture (TAF pce 3).

N.c. Par décision incidente du même jour, le Tribunal a invité A._____ à s'acquitter, jusqu'au 20 mars, d'une avance sur les frais présumés de Fr. 300.--, sous peine d'irrecevabilité du recours.

Par décision incidente du 26 mars 2009, le Tribunal admet la demande de prolongation de délai du recourant du 20 mars 2009 pour effectuer le versement de l'avance de frais jusqu'au 3 avril 2009. Le recourant s'est finalement acquitté de la somme réclamée en date du 26 mars 2009 (TAF pces 3 à 7).

O.

Par réponse du 3 juin 2009, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il considère que le courrier du 26 janvier 2009, rédigé par le Dr B._____, n'apporte aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier la prise de position de son service médical.

L'autorité intimée estime l'assuré capable d'exercer à temps complet des activités de substitution légères à moyennement lourdes et se réfère à son évaluation économique de l'invalidité du 28 juillet 2008 établissant une perte de gain de 23% (TAF pce 9).

P.

Par réplique du 9 juillet 2009, le recourant confirme les faits et moyens soulevés dans son mémoire de recours du 5 février 2009 et conclut à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de sa rente entière d'invalidité. Il conteste également le calcul de l'évaluation de son invalidité, notamment il avance qu'au vu de son état de santé, l'OAIE aurait dû tenir compte de l'abattement maximal de 25% sur son salaire invalide.

En outre, il joint à son mémoire un certificat médical du 13 mai 2009, établi par le Dr Q._____, confirmant les diagnostics déjà établis et déclarant l'assuré incapable d'exercer une activité professionnelle (TAF pce 11).

Q.

Dans sa prise de position du 14 août 2009, la Dresse I._____, médecin de l'OAIE, constate que les pathologies bénignes énoncées par le Dr Q._____ sont déjà connues et maintient sa prise de position précédente (OAIE pce 102).

R.

Le 31 août 2009, l'OAIE procède à une nouvelle évaluation de l'invalidité du recourant et arrive à une perte de gain de 23% avec un abattement de 15% sur le salaire invalide. Il mentionne pour information que, même en appliquant un abattement de 25%, comme le demande le recourant, la perte de gain serait de 32%, donc resterait insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité suisse (OAIE pces 103 et 104)

S.

Par duplique du 14 septembre 2009, l'OAIE confirme ses conclusions

tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée et estime la perte de gain du recourant insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité eu égard aux évaluations de l'invalidité de son service des 28 juillet 2008 et 31 août 2009 (TAF pce 13).

T.

Le 27 novembre 2009, le recourant dépose de nouvelles observations en réponse à la duplique de l'autorité intimée, indiquant une hospitalisation en urgence le 19 octobre 2009. Il relève avoir subi une hémicolectomie gauche due à une diverticulose, ainsi qu'une cholécystectomie due à de multiples calculs biliaires. Il réclame le maintien de sa rente entière d'invalidité et joint à ses observations les documents suivants (TAF pce 17) :

- un certificat médical du 30 septembre 2009, établi par le Dr R._____, médecin traitant, ainsi qu'une traduction libre de celui-ci, mentionnant qu'en avril 2009 l'assuré a été admis en ambulatoire pour des douleurs abdominales révélant une diverticulose colique descendante et sigmoïdienne. Il constate également des calculs biliaires multiples sans cholécystite aigue, ainsi qu'une maladie de Dupuytren de la main gauche et du pied droit. Ce médecin propose une résection segmentaire du colon descendant et du sigmoïde, ainsi qu'une cholécystectomie pour le mois d'octobre 2009. Il ajoute que, si le temps le permet, il procédera à une exérèse chirurgicale de l'aponévrose palmaire de la main gauche de l'assuré.
- un certificat médical de ce même médecin du 25 novembre 2009, ainsi qu'un traduction libre de celui-ci, indiquant que le recourant a subi le 19 octobre 2009 une hémicolectomie droite pour une diverticulose et une cholécystectomie pour des calculs biliaires multiples. Le praticien déclare que l'intervention s'est déroulée sans incidents.
- un courrier du 4 février 2009, signé par le Dr B._____, médecin chef en orthopédie à l'hôpital intercantonal de la X._____, indiquant une déchirure partielle du sus épineux et d'un bec osseux sous l'acromion décelés par une IRM du 26 janvier 2009. Ce praticien propose une révision de l'épaule droite de l'assurée.

U.

Le 4 décembre 2009, le recourant fait parvenir au Tribunal, en complément de ses dernières observations, un certificat médical du

27 octobre 2009, établi par le Dr S._____, ainsi qu'une traduction libre de celui-ci. Ce nouveau certificat médical confirme l'hospitalisation en urgence du recourant les 18 et 27 octobre 2009 pour une diverticulose du colon traité par une hémicolectomie gauche et une cholécystectomie (TAF pce 19).

V.

Invité par le Tribunal à se prononcer sur les observations du recourant des 27 novembre et 4 décembre 2009, l'OAIE, dans ses observations du 24 décembre 2009, confirme ses précédentes conclusions et relève que, selon la nouvelle prise de position de son service médical du 22 décembre 2009, la documentation produite par le recourant ne contient aucun élément médical objectif susceptible de revenir sur l'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2008. En outre, la Dresse I._____ relève que, selon le rapport chirurgical du 27 octobre 2009 rédigé par le Dr S._____, le recourant a été admis en ambulatoire pour une diverticulose du colon sans mention d'hémorragie. Il note que le recourant n'a donc pas été opéré en urgence et ajoute que, selon le Dr S._____, l'assuré est sorti "guéri" du centre hospitalier de Z._____ (OAIE pces 105 et 106; TAF pces 20 et 21).

W.

Par ordonnance du 7 janvier 2010, le Tribunal porte à la connaissance du recourant un double des dernières observations de l'autorité inférieure, ainsi qu'une copie de la prise de position du service médical de l'OAIE du 22 décembre 2009 (TAF pce 22).

X.

Par courrier du 9 juin 2010, le recourant dépose en cause un certificat médical du 11 mai 2010, établi par le Professeur T._____, chef de service du département de l'appareil locomoteur, confirmant la présence chez l'assuré d'une arthropathie AC droite, d'une tendinopathie du sus-épineux et d'une lésion de la partie haute du sous-scapulaire, ainsi qu'un status après ténodèse du long biceps droit en 2001. Cependant, ce dernier n'estime pas qu'une intervention chirurgicale soit nécessaire à ce stade et préconise une infiltration test de l'acromio-claviculaire sous contrôle fluoroscopique avec corticostéroïdes (TAF pce 23).

Y.

Invité à se prononcer, l'OAIE, dans ses observations du 8 juillet 2010, confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'autorité intimée relève que la documentation

produite ne contient aucun élément médical objectif permettant de revenir sur l'appréciation globale de la situation du recourant, en se basant sur la nouvelle prise de position de son service médical du 5 juillet 2010 établie par la Dresse I. _____ dont il ressort uniquement des limitations fonctionnelles très modérées (TAF pce 25; OAIE pces 107 et 108).

Z.

Par ordonnance du 13 juillet 2010, le Tribunal transmet au recourant un double des observations de l'autorité intimée, ainsi qu'une copie de la prise de position du service médical de l'OAIE du 5 juillet 2010 (TAF pce 26 et OAIE pce 108).

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 1er janvier 2007, le Tribunal, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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 (TAF pce 1) et le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais (TAF pce 7), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

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

3.

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

3.2. 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 d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

3.3. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

3.4. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

4.1. L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA 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 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). La décision litigieuse étant datée du 19 décembre 2008, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129) sont applicables à la présente cause.

4.2. Dans ce contexte, on note que les dispositions légales concernant les révisions d'offices suite à une modification de l'état de santé (art. 17 al. 2 LPGA; art. 87ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) n'ont subi aucune modification avec l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI.

5.

5.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI).

6.

6.1. 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.

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

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

6.4. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1999, p. 15).

7.

7.1. Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4). De plus, selon la jurisprudence, une communication a valeur d'une décision entrée en force uniquement si l'autorité a procédé à un examen médical approfondi lors de l'instruction (ATF 133 V 108, consid. 5.4., arrêt du TF du 25 janvier 2011 9C_882/2010 consid. 3.1.; TAF C-2911/2009).

7.2. En l'occurrence, le recourant, par décision du 16 août 2001, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 1999. Par révision du 31 août 2001 et par communication du 21 janvier 2003, cette rente a été maintenue lors de deux révisions d'office. Or, le Tribunal relève que l'autorité cantonale n'a pas procédé à un examen matériel approfondi lors de ces deux premières révisions. En effet, l'OCAI-FR s'est contenté dans les deux cas d'un rapport médical établi par le Dr B. _____, médecin traitant de l'assuré.

7.3. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale, soit le 16 août 2001 et ceux qui ont existé jusqu'au 19 décembre 2008, date de la décision querellée.

8.

8.1. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique et économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

8.2. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin 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 115 V 133, consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.3. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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.

8.4. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

9.

9.1. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 19 décembre 2008, à supprimer à partir du 1^{er} février 2009 la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} juin 1999 au motif d'une amélioration manifeste de son état de santé.

9.2. En l'espèce, une rente entière d'invalidité a été octroyée au recourant le 16 août 2001, principalement sur la base d'un rapport médical du 6 décembre 1999, établi par le Dr B. _____, chirurgien orthopédique et médecin traitant de l'assuré, déclarant celui-ci totalement incapable de travailler depuis un accident de travail survenu le 8 juin 1999 (OAIE pce 3).

Le Dr B. _____ fait état d'une contusion à l'épaule droite et d'un traumatisme du genou gauche suite à l'accident. De plus, il relève un status après lombo-sciatalgies à gauche, un status après rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche et un status après plusieurs opérations intervenues en 1991, 1993 et 1996 (résection de l'intestin grêle et de fistules chroniques péri-intestinales). Du point de vue de la capacité de travail, il mentionne que l'assuré n'a pas beaucoup de perspectives raisonnables au vu de sa formation rudimentaire et de ses problèmes orthopédiques et intestinaux.

9.3. Dans le cadre de la procédure de révision, l'OAIE se base essentiellement sur une expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2008, selon laquelle, d'un point de vue psychiatrique, neurologique et gastro-entérologique, l'assuré présente une capacité de travail complète. L'expertise mentionne en outre que le degré de capacité de travail n'a pas été influencé de façon notable par l'élément digestif, puisque ce dernier évalue sur un mode chronique (OAIE pce 71).

D'un point de vue orthopédique, les experts reconnaissent une incapacité de travail de 100% de l'assuré dans sa profession antérieure, mais admettent en revanche une capacité de travail totale de ce dernier dans des activités adaptées, soit en position assise avec fréquents changements de position, sans port de charges et avec des déplacements limités.

D'un point de vue neurologique, les experts relèvent la présence de lombalgies et lombosciatalgies banales en relation avec des troubles statiques et dégénératifs lombaires, sans évidence d'atteinte neurologique significative. Toutefois, compte tenu du type d'activité professionnelle de l'assuré, astreignante physiquement, et de son âge, les experts retiennent qu'une activité plus légère conviendrait mieux, soit une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, de port de charges supérieures à 15 kilos et autorisant des changements relativement fréquents de position.

Se basant principalement sur l'expertise pluridisciplinaire, l'OAIE retient que la santé de l'assuré s'est notablement améliorée dès le mois de février 2008 et maintient que l'assuré est apte à travailler à 100% dans des activités plus légères adaptées à son état de santé, en tenant compte des limitations fonctionnelles dues à ses problèmes orthopédiques et neurologiques (prise de position du 15 juillet 2008 de la Dresse I. _____; OAIE pces 73 et 73.1).

9.4. Le recourant, quant à lui, fait valoir que son état de santé s'est au contraire détérioré. Il conteste les conclusions des experts mandatés par l'OAIE concernant sa capacité de travail résiduelle en raison de ses problèmes orthopédiques, neurologiques et digestifs.

Il produit en outre plusieurs certificats postérieurs à la décision entreprise, confirmant les diagnostics déjà posés et faisant état de nouvelles interventions sur l'appareil digestif (hémicolectomie et cholécystectomie), d'une déchirure partielle du sus-épineux avec bec osseux sous l'acromion décelés par une IRM du 26 janvier 2009, nécessitant une révision de l'épaule droite de l'assuré, ainsi que diagnostiquant chez l'assuré une arthropathie AC droite, une tendinopathie du sus-épineux, d'une lésion de la partie haute du sous-scapulaire et d'un status après ténodèse du long biceps droit en 2001 (certificats médicaux des 26 janvier 2009, 4 février 2009, 13 mai 2009, 30 septembre 2009, 27 octobre 2009, 25 novembre 2009 et 9 juin 2010).

9.5. Il sied à ce stade de souligner que la date de la décision attaquée marque en principe la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). La documentation médicale postérieure à cette date ne peut donc être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de la situation médicale de l'assuré avant la date de la décision attaquée. En l'espèce, pour des raisons d'économie de procédure, le Tribunal se doit de prendre en compte les différents certificats médicaux produits par A. _____ en procédure de recours (art. 33 al. 1 PA).

Cependant, le Tribunal remarque, à l'instar de l'OAIE dans ses diverses prises de position médicales, que les pathologies attestées par ces différents certificats ont déjà été prises en comptes dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2008 ou n'influencent pas la capacité de travail du recourant en raison de limitations fonctionnelles très modérées. Par ailleurs, aucun des certificats médicaux produits en

procédure de recours ne présente une analyse de la capacité de travail résiduelle du recourant. Seul le Dr Q. _____, dans son certificat médical du 13 mai 2009, déclare le recourant totalement incapable de travailler, sans toutefois avancer d'éléments objectifs ou d'analyse des limitations fonctionnelles de l'assuré.

9.6. A ce stade, le Tribunal souligne que le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). De plus, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

L'expertise pluridisciplinaire du 25 avril 2008 repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale globale du recourant, ne contient pas d'incohérence et aboutit à des conclusions claires et motivées. Partant, il n'y a aucune raison de ne pas y accorder foi.

9.7. Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal se doit, à l'instar du médecin de l'OAIE, de retenir que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré et que celui-ci a retrouvé une capacité de travail totale dans des activités de substitution mieux adaptées à son état de santé depuis février 2008.

10.

10.1. En outre, il convient d'examiner si l'autorité inférieure n'aurait pas dû mettre le recourant au bénéfice d'une mesure de réadaptation. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré a bénéficié d'une rente entière d'invalidité durant une période prolongée, il appartient à l'administration

qui envisage de procéder à une révision du droit à la rente d'examiner, à titre préalable, l'opportunité de l'octroi de mesure de réadaptation, étant précisé que, dans la plupart des cas, cet examen n'entraîne aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée — qui priment sur les mesures de réadaptation — suffisent à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou supprimer la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5).

Dans ce contexte, on note que le Tribunal fédéral a dernièrement précisé sa jurisprudence en ce sens que, dans des cas similaires à la présente affaire, l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle doit en principe seulement être examinée si 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 Tribunal fédéral 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3). Or, il apparaît qu'en l'occurrence l'assuré ne remplit pas ces conditions. Il fait ainsi partie de la catégorie d'assurés dont il est exigible en principe qu'ils mettent eux-mêmes à profit leur capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail. Exceptionnellement, il peut cependant arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsque il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid.4.2.2 et les références).

10.2. En l'espèce, le recourant, âgé de 53 ans au moment de la décision entreprise, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 1999. L'exercice de son ancienne activité de maçon-coffreur n'est plus exigible, mais il ressort clairement de l'expertise multidisciplinaire du 25 avril 2008 que le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans de nombreux secteurs d'activité (OAIE pce 71, p. 29). Par ailleurs, les experts n'ont aucunement laissé entendre que des mesures de réadaptation seraient nécessaires pour que le recourant puisse concrètement mettre à profit sa capacité de gain sur un marché équilibré du travail. En outre, le Tribunal relève qu'aucuns éléments objectifs et/ou subjectifs permettant d'en douter ne ressortent du dossier. Eu égard à ces circonstances, c'est à juste titre que l'octroi de mesures de

réadaptation n'a pas été jugé indispensable dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.3.2 et 9C_694/2010 du 23 février 2011 consid. 6.2).

11.

11.1. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

11.2. Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

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

11.4. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide

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

12.

12.1. *In casu*, l'assuré a cessé toute activité professionnelle dès le 8 juin 1998, suite à un accident de travail ayant entraîné une contusion à l'épaule droite et un traumatisme au genou gauche. Pour définir le salaire avant invalidité, il faut donc se référer aux revenus concrètement perçus par l'intéressé au moment de la survenance de l'incapacité, indexés jusqu'à 2008, à savoir au jour de la décision attaquée. Selon le questionnaire rempli par son dernier employeur, le recourant percevait un salaire horaire de Fr. 28.91 et travaillait 45 heures par semaine. Ainsi, le Tribunal retient à l'instar de l'OAIE, un revenu annuel moyen en 1998 de Fr. 67'649.40 ($[28.91 \times 45] \times 52$); OAIE pce 20). Il convient d'indexer ce montant à l'année 2008 par l'indice des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2010 (Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, indices des prix à la consommation). Le salaire annuel sans invalidité du recourant est ainsi de Fr. 77'250.29 ($[67'647.40 \times 2092] / 1832$), soit un salaire mensuel de Fr. 6'437.50 pour 45h/semaine et de Fr. 5'951.10 pour 41.6h/semaine (temps de travail hebdomadaire moyen en 2008).

12.2. Les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE, exigibles à 100%, sont des activités en positions assise ou assise-debout en alternance, avec des déplacements limités et sans port de lourdes charges, comme par exemple des activités d'ouvrier non qualifié ou de magasinier (OAIE pces 73 et 73.1).

Dès lors, afin de déterminer le salaire après invalidité, il sied de se baser sur l'ESS 2008, soit sur la moyenne du salaire mensuel d'un ouvrier non qualifié dans le secteur industriel (Fr. 5'137.--) et du salaire moyen d'un salarié dans des activités dans le commerce en général (Fr. 4'851.--). Selon l'ESS 2008, table TA1, niveau 4, il résulte donc un salaire mensuel moyen de Fr. 4'994.-- pour 40h/semaine, soit de Fr. 5'193.75 pour 41.6h/semaine (temps de travail hebdomadaire moyen en 2008, toutes professions confondues).

12.3. Eu égard à l'âge de l'assuré au moment de la décision contestée (53 ans) et à son handicap laissant place à des activités de substitution légères à moyennes, le Tribunal considère qu'il y a lieu de suivre l'OAIE et d'appliquer au salaire d'invalidé un taux de réduction de 15%, l'abaissement maximal admis par la jurisprudence étant de 25% (ATF 126 V 75). Ainsi, le salaire invalide de A. _____ se monte à Fr. 4'414.70 par mois.

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 5'951.10 au revenu invalide mensuel de Fr. 4'414.70, fait apparaître un préjudice économique de 25.81 % ($[(5'951.10 - 4'414.70) \times 100] / 5'951.10$), taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Il est à noter que même en appliquant un abattement de 25% sur le salaire d'invalidé, comme le préconise le recourant, la perte de gain serait de 34.54 %, taux également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

12.4. Dans ce cadre, il est utile de relever que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4 c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a; ULRICH MEYER-BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse, Berne 1985, p. 131).

Il convient notamment de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Jurisprudence

et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI (VSI) 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

12.5. Au vu de ce qui précède, le recours du 5 février 2009 doit être rejeté et la décision du 19 décembre 2008 de l'autorité intimée confirmée.

13.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, fixés à Fr. 300.--, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé avec l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- aux recourants (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI / . . . / ; Recommandé)
- à l'office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit :

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

Expédition :