



Cour III
C-767/2011

Arrêt du 28 novembre 2012

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Bergantinos Convenios Internationales
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 10 décembre 2010).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant espagnol, né le [...] 1953, célibataire, sans profession, a travaillé en Suisse comme homme à tout faire et manœuvre dans la construction de février 1972 à fin décembre 2003, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pces 3, 9 à 12, 15, 28). Suite à son licenciement économique, l'intéressé se retrouve au chômage du 1^{er} juillet 2004 au 31 janvier 2005, ainsi que du 14 février au 4 avril 2006, puis est mis au bénéfice de l'aide sociale (pces 9 à 12, 15 et 31). En décembre 2007, l'assuré retourne s'installer en Espagne afin de se rapprocher de sa famille (pces 45 à 49).

B.

B.a Le 3 août 2006 (pces 2 et 3), A._____ dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité du canton d'Argovie (ci-après: OCAI), arguant être en incapacité de travail en raison d'une hépatopathie consécutive à l'abus d'alcool (syndrome de dépendance alcoolique sévère); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un rapport médical du 4 mai 2006 du Dr B._____, médecin généraliste, dont il ressort que l'assuré, sans suivi médical depuis des années et souffrant d'alcoolisme, est venu le consulter; le médecin fait hospitaliser A._____ après avoir détecté chez celui-ci une hépatopathie avec un taux élevé de bilirubine, une insuffisance rénale, ainsi qu'une anémie (pce 18);
- un certificat d'incapacité de travail du 5 mai 2006 de ce même médecin déclarant l'assuré totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} avril 2006 et ce de manière permanente (pce 4);
- un rapport médical du 8 mai 2006 de la Dresse C._____, médecin-chef à l'hôpital cantonal de X._____, indiquant qu'une échographie a mis en évidence un grossissement du foie avec une échogénicité clairement élevée sans lésion focale, des signes de goutte, une cholécystolithiase, des ascites avec effusion pleurale des deux côtés et une veine porte ouverte (pce 23);
- un rapport médical du 11 mai 2006 des soins intensifs de l'hôpital cantonal de X._____, établi par la Dresse D._____, dont il ressort que l'assuré, souffrant de douleurs dans les membres

inférieurs (œdèmes), de dyspnée et de tachycardie, présente une augmentation du volume du cœur marqué au niveau du ventricule gauche et une transsudation interstitielle des deux côtés (pce 24);

- un rapport médical du 18 mai 2006 de l'hôpital cantonal de X._____, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé le 5 mai 2006 pour une cirrhose éthylique du foie, une insuffisance rénale prononcée et une tachycardie à complexe large; à sa sortie, l'état de santé de l'assuré est décrit comme stable et celui-ci est placé dans une institution de soins en raison de son isolement social (pce 25);
- un rapport médical du 11 août 2006 du Dr E._____, médecin au centre de soins et d'assistance de Y._____, indique que l'assuré, sujet à une dépendance alcoolique depuis plusieurs années, a été admis en raison d'une détérioration progressive de son état de santé général. Le médecin diagnostique une cirrhose du foie éthylique, une thrombose vénale du fibularis gauche, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle dès le 19 mai 2006, et relève une arthropathie goutteuse et un érysipèle au pied gauche présents depuis juillet 2006; finalement, le médecin, souligne que l'assuré, actuellement abstinent, présente un état stationnaire, étant entendu que celui-ci a besoin d'un cadre protégé et d'aide pour structurer ses journées (pce 8);
- un questionnaire à l'assuré rempli le 22 août 2006, indiquant que l'intéressé a travaillé à temps plein comme manoeuvre dans la construction jusqu'à la fin de l'année 2004; l'assuré, alors placé en institution, déclare qu'il ne peut plus travailler en raison de son état de santé (pce 13);
- un rapport médical du 24 août 2006 du Dr B._____, médecin traitant, qui indique que l'assuré, souffrant d'un sévère alcoolisme, présente une cirrhose du foie, des ascites, une cardiopathie, une encéphalopathie, ainsi qu'une néphropathie; le médecin déclare l'intéressé en incapacité de travail totale et permanente tant du point de vue physique que mental dès le 1^{er} janvier 2006 (pces 26 et 27);
- un questionnaire à l'employeur rempli le 17 octobre 2006, indiquant que l'assuré a travaillé à temps plein (40 à 45h/semaine) comme homme à tout faire et ouvrier dans la construction de février 1972 à décembre 2003, avant d'être licencié pour raisons économiques (pce 29);

- plusieurs documents indiquant que l'assuré est au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1^{er} décembre 2005, puis que celui-ci est mis sous curatelle depuis le 1^{er} juillet 2007 (pces 30 à 32 et 38).

B.b Par projet de décision du 15 mars 2007 (pce 33), confirmé par décision du 9 mai 2007 (pce 37), l'OCAI octroie une rente entière d'invalidité à l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2007, eu égard à son incapacité de travail totale reconnue depuis le 1^{er} janvier 2006 par les différents médecins consultés.

B.c Suite au départ de l'assuré pour l'Espagne à la fin de l'année 2007, le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), qui continue les versements de la rente de l'intéressé dès le 1^{er} janvier 2008 (pces 49 et 50).

C.

En janvier 2010, l'OAIE entame une procédure de révision d'office du droit à une rente d'invalidité de A._____. (pces 51 à 55); sont notamment versés en cause les documents suivants:

- un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 12 février 2010 par l'assuré, qui indique ne pas avoir exercé d'activité lucrative depuis au moins le 17 octobre 2006 (pce 56);
- un rapport médical du 23 mars 2010 de la Dresse F._____, médecin généraliste traitant, diagnostiquant chez l'assuré une cirrhose hépatique éthylique stable (celui-ci étant actuellement abstinent), de l'hypertension artérielle, une insuffisance rénale chronique légère, une polyneuropathie alcoolique, un trouble adaptatif, ainsi que des symptômes dépressifs, un déficit de l'attention, une tendance à l'insomnie et à l'isolement social; le médecin, soulignant que l'assuré se montre renfermé et ne vient pas souvent en consultation, fait état d'une médication quotidienne pour des problèmes d'hypertension artérielle, de goutte et d'insuffisance rénale (pce 60);
- deux rapports médicaux du 20 avril 2010 du Dr G._____, psychiatre, faisant état chez l'assuré, totalement abstinent depuis deux ans, d'un syndrome de dépendance alcoolique, de cirrhose hépatique éthylique, d'insuffisance rénale chronique légère, d'hydrocèle, de goutte, d'Hallux valgus, d'hypertension artérielle (HTA) et de vertiges; le psychiatre, souligne que l'assuré est suivi par son

médecin traitant pour son syndrome de dépendance alcoolique pour une durée indéterminée.

Le médecin déclare qu'une incapacité de travail de l'assuré, même s'il présente une insomnie de conciliation et une légère inhibition psychomotrice, ne peut pas être retenue uniquement du point de vue psychiatrique, au vu du fait que celui-ci est bien orienté, lucide, cohérent et qu'il ne présente pas de déficit cognitif, d'altération de type intellectuel, de trouble de l'appétit, ni de symptômes psychotiques, anxieux ou affectifs; finalement, le psychiatre indique que pour une évaluation adéquate de la capacité de travail de l'assuré, il faudrait prendre en compte l'état de santé de celui-ci dans sa globalité (pces 61 à 62);

- un formulaire E 213 du 3 juin 2010 de la Dresse H._____, par lequel, après avoir examiné l'assuré le 24 mars 2010, la praticienne diagnostique des antécédents d'alcoolisme sévère, une cirrhose hépatique éthylique stable, une polyneuropathie alcoolique n'entraînant pas de difficultés à la marche, une insuffisance rénale légère, de l'hypertension artérielle, un syndrome de dépendance alcoolique (actuellement abstinent depuis deux ans), un état émotionnel fluctuant et une insomnie (1^{ère} phase). Il ressort notamment que l'assuré, cohérent et bien orienté, estime lui-même aller mieux, témoigne avoir retrouvé des relations et des loisirs. Dès lors, la praticienne déclare l'intéressé totalement incapable de travailler dans son ancienne activité, mais l'estime apte à effectuer des tâches légères à 50% dans des activités ne nécessitant pas d'effort physique important ou induisant une moyenne à importante surcharge mentale (pce 63).

D.

Dans une prise de position du service médical de l'OAIE du 23 janvier 2010, le Dr I._____, soulignant l'instruction lacunaire du dossier lors de l'octroi initial de la rente, estime, notamment sur la base du rapport hospitalier de l'Hôpital cantonal de X._____, que l'assuré a été placé à l'époque en raison d'un isolement social l'ayant conduit à une consommation massive d'alcool. Le médecin de l'OAIE retient dès lors, au vu de la stabilisation des affections somatiques et de l'absence de trouble psychique ou cognitif de l'assuré, que celui-ci a retrouvé une capacité de travail entière dans tout type d'activités professionnelles suite à une amélioration nette de son état de santé (pce 67).

E.

E.a Par projet de décision du 6 août 2010, l'OAIE propose la suppression de la rente entière de l'assuré, l'état de santé de celui-ci s'étant nettement amélioré (pce 68).

E.b Par opposition du 30 août 2010, complétée le 27 octobre 2010, contestant avoir retrouvé des contacts sociaux autre qu'avec la famille proche, A._____ indique souffrir de troubles psychiques invalidants et relève qu'il ressortait déjà du formulaire E 213 du 3 juin 2010 qu'il présentait des difficultés psychiques l'empêchant de reprendre une activité adaptée à plus de 50%. De plus, celui-ci déclare vivre presque exclusivement dans le cadre familial et sortir très peu (pces 71 à 75 et 79). Il joint notamment les documents suivants:

- un rapport médical du 4 octobre 2010 du Dr G._____, dont il ressort que l'assuré, en abstinence stable depuis 4 ans, présente un trouble adaptatif avec des symptômes dépressifs, outre les affections somatiques déjà évoquées; le médecin fait état d'une évolution du trouble psychique de l'assuré vers une réaction dépressive prolongée, eu égard au fait que celui-ci présente depuis deux mois une tristesse, une perte d'intérêt, une perte de capacité à se réjouir, des déficits cognitifs au niveau de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une inhibition psychomotrice, de l'insomnie de conciliation, une tendance au repli affectif, toutefois, sans symptômes psychotiques ou tendance suicidaire (pce 76);
- un rapport médical manuscrit du 15 octobre 2010, établi par la Dresse F._____, indiquant que l'assuré souffre, outre les problèmes somatiques déjà évoqués, d'un trouble adaptatif avec un syndrome dépressif chronique, ainsi que d'isolement social, de difficultés de concentration, de déficit de l'attention, de tristesse et de sommeil non réparateur (pce 77).

E.c Dans une prise de position du 20 novembre 2010, le Dr I._____, se référant au certificat psychiatrique du 4 octobre 2010 du Dr G._____ faisant état d'un trouble d'adaptation avec symptômes dépressifs, relève que l'augmentation des troubles psychiques correspond au moment de l'annonce de la possible suppression de la rente d'invalidité. Le médecin souligne toutefois qu'il ne lui semble pas possible d'admettre qu'en octobre 2010 l'assuré présentait des troubles cognitifs de l'attention, de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'une inhibition psychomotrice,

affections décrites nouvellement par les Drs F._____ et G._____, alors que ces troubles étaient clairement inexistantes en avril 2010 selon ce dernier médecin (pce 83).

F.

Par décision du 10 décembre 2010, l'OAIE supprime le droit à une rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} février 2011, au motif que celui-ci a retrouvé, dès le 20 avril 2010 (date du certificat psychiatrique du Dr G._____), une capacité de travail dans des activités adaptées, suffisante pour exclure le droit à une rente (pces 84 et 85).

G.

Le 25 janvier 2011, A._____ interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de sa rente d'invalidité entière (TAF pce 1). Il joint plusieurs pièces déjà au dossier, ainsi que les documents suivants:

- un rapport médical du 28 décembre 2010 du Dr J._____, indiquant une hospitalisation de l'assuré le 18 décembre 2010 pour douleurs abdominales et vomissements; le médecin, après avoir effectué une cholangio-IRM, mentionne que l'assuré sera vu en consultation de chirurgie générale et diagnostique une lithiase biliaire, une colique biliaire compliquée, une stéatose hépatique et une insuffisance rénale chronique légère; en outre, il ressort que l'assuré présente des altérations dégénératives naissantes de la colonne lombaire et une scoliose;
- un certificat du 18 janvier 2011, attestant que l'assuré a été hospitalisé du 18 décembre au 28 décembre 2010 et qu'il est en attente d'une intervention chirurgicale;
- un rapport médical du 25 janvier 2011 de la Dresse F._____, dont il ressort que A._____ souffre d'hypertension artérielle, d'insuffisance rénale chronique légère, de cirrhose hépatique, de polyneuropathie alcoolique, de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche, de hernie inguinale gauche opérée en 2008, de lithiase biliaire et de trouble dépressif; le médecin indique que l'assuré a été admis en décembre 2010 à l'hôpital pour une colique biliaire compliquée et que celui-ci est actuellement en attente d'une cholécystectomie; d'un point de vue psychique, le médecin note un

état dépressif, de la tristesse, un déficit cognitif de l'attention et de la mémoire, ainsi que une tendance à l'isolement social.

H.

Par réponse du 29 mars 2011 (TAF pce 3), l'OAIE conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, se référant à la prise de position du 23 mars 2011 de son service médical, dont il ressort que, malgré la nouvelle colique biliaire évoquée, nécessitant une cholécystectomie, l'assuré est toujours abstinente et ne présente plus d'atteinte hépatique grave ou d'autres séquelles de l'éthylisme; le Dr I._____ estime que la nouvelle affection n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée, que l'état de santé somatique s'étant stabilisé et l'assuré ne présentant qu'un trouble d'adaptation du point de vue psychiatrique non invalidant sur la durée, on ne saurait nier que son état de santé s'est nettement amélioré (OAIE pce 88).

I.

Par décisions incidentes des 4 avril et 25 mai 2011, notifiées les 11 avril et 31 mai 2011, le Tribunal requiert le versement d'une avance de frais de Fr. 400.-- dans les 30 jours dès réception, montant dont le recourant s'acquitte en deux temps (TAF pces 4, 5, 7 à 10).

J.

Par réplique du 3 mai 2011, A._____ requiert le maintien de sa rente entière d'invalidité, arguant que la combinaison de ses problèmes somatiques et psychiques, irréversibles, le rendent incapable de travailler dans tout type d'activité professionnelle, d'avoir des relations sociales ou de faire face à la vie quotidienne sans aide extérieure. L'assuré souligne qu'il ressort du dossier que son état de santé ne s'est pas amélioré et mentionne notamment avoir subi une intervention chirurgicale pour cholélithiase symptomatique et souffrir de cardiopathie ischémique, de détérioration cognitive, d'un syndrome de dépendance alcoolique actif, de neuropathie alcoolique, de trouble dépressif sévère et de trouble de la personnalité avec isolement social (TAF pce 6). Il joint notamment les documents suivants:

- un rapport médical du 12 mars 2011 du Dr K._____, chirurgien général, indiquant que l'assuré a été hospitalisé pour une cholélithiase symptomatique, opérée par cholécystectomie laparoscopique le 10 mars 2011, à savoir un retrait de la vésicule biliaire avec évolution favorable et asymptomatique;

- un rapport médical du 17 avril 2011 du Dr L._____, qui reprenant les antécédents de l'assuré et la documentation médicale au dossier, notamment les rapport médicaux des Dr F._____, et G._____ des 23 mars et 4 octobre 2010, retient que l'assuré, souffrant d'une détérioration cognitive (F10.6 CIE 10), d'un syndrome de dépendance alcoolique actif, d'une neuropathie alcoolique (G 40.5 CIE 10) depuis 1994, d'un trouble dépressif sévère (F 32.2-CIE 10) et d'un trouble de la personnalité avec isolement social (F 10-CIE 10), ne peut plus conduire en raison de sa situation clinique et fonctionnelle. Il fait référence à plusieurs tests effectués au sein de son département de psychométrie dans le but d'évaluer la capacité de conduire de l'intéressé, à savoir des tests sur la psychomotricité, la dépendance et la détérioration fonctionnelle, ayant mis en lumière des troubles cognitifs modérés associés à une démence modérée, une désorientation dans le temps, une dépendance à une aide médicale et sociale au quotidien. Le Dr L._____, estimant la détérioration fonctionnelle de A._____ à plus de 80%, déclare l'intéressé totalement incapable de travailler ou de maintenir des relations sociales, de prendre soin de lui et d'affronter les problèmes de la vie quotidienne sans aide extérieure.

K.

Dans une prise de position du 16 juillet 2011, le Dr I._____, médecin de l'OAIE, maintient que les troubles somatiques de l'assuré sont stables ou passagers, notamment que la cholécystectomie subie par l'intéressé en mars 2011 pour une colique biliaire s'est déroulée sans complications et n'a pas entraîné de trouble hépatique durable permettant de revenir sur les précédentes prises de position, attestant d'une amélioration objective sur le plan physique. Du point de vue psychique, le médecin retient uniquement un trouble d'adaptation consécutif à la procédure de suppression de sa rente, remettant en cause les diagnostics retenus par le Dr L._____ dans son certificat du 17 avril 2011, eu égard au fait que ses affirmations sont imprécises ou fausses et dans l'ensemble peu crédibles. Le Dr I._____, lui-même formé en médecine du trafic, relève notamment que les tests effectués sont spécifiques à l'appréciation de la capacité de conduire un véhicule et ne permettent pas de poser les diagnostics retenus (pce 90).

L.

Par duplique du 21 juillet 2011 (TAF pce 12), l'OAIE réitère ses conclusions et renvoie au préavis de son service médical du

16 juillet 2011, estimant que les éléments apportés ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas.

M.

Par triplique du 2 septembre 2011, le recourant avance souffrir nouvellement d'une pathologie de la colonne lombaire, en plus de ses autres pathologies et déclare être totalement incapable de travailler dans des activités adaptées (TAF pce 15). Il joint en effet des résultats radiologiques du 29 juin 2011 établis par le Dr M._____, indiquant une hyperlordose lombaire, des altérations dégénératives, une scoliose, une probable maladie de Baastrup, des ostéophytes postérieurs, une listhésis minime en L2-L3, une éventuelle compression de la partie postérieure des corps vertébraux de la colonne lombaire et des ectasies dures.

N.

Par quadruplique du 29 septembre 2011 (TAF pce 17), l'OAIE réitère ses précédentes conclusions, renvoyant pour le surplus aux observations de son service médical du 25 septembre 2011, lequel mentionne que, malgré les troubles dégénératifs et statiques au niveau de la colonne lombaire attestés par radiographies, il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'assuré suive un traitement à cet égard ou qu'il subisse des limitations fonctionnelles (pce 92).

O.

Par écriture du 7 novembre 2011 (TAF pce 20), le recourant argue souffrir d'un syndrome dépressif réactionnel prolongé avec déficit cognitif et isolement social, notamment sur la base du formulaire E 213 du 3 juin 2010 (pce 63), ainsi que du rapport psychiatrique du 4 octobre 2010 du Dr G._____ et du rapport médical du 25 janvier 2011 de la Dresse F._____ (pces 76 et 77). De plus, le recourant relève présenter des altérations lombaires, ainsi qu'une cardiopathie ischémique sur la base de divers documents, notamment le rapport médical du 28 décembre 2010 du Dr J._____ et le rapport médical du Dr L._____ du 17 avril 2011 (TAF pces 1 et 6). Le recourant avance que les rapports médicaux de la Dresse F._____ qui le connaît bien ont plus de valeur probante que ceux du Dr G._____ ou de la Dresse H._____, qui l'ont examiné uniquement à une ou deux reprises. Dès lors, il avance ne plus être en mesure de travailler au vu de la combinaison de ses nombreux troubles physiques et psychiques. En outre, il verse en cause un courrier du 2 novembre 2011 du Dr L._____, qui, contestant les remarques du Dr I._____ (cf. prise de position du 16 juillet 2011; pce 90) discréditant son rapport médical,

indique travailler depuis 20 ans dans un "Centro de Reconocimiento de conductores" et justifie de ses qualifications; le médecin espagnol maintient ses précédentes conclusions.

P.

Dans une prise de position du 15 décembre 2011, le Dr N._____, psychiatre et psychothérapeute, médecin du Service médical régional Rhône (SMR), confirme l'analyse faite par le Dr I._____, arguant que le rapport du 2 novembre 2011 du Dr L._____ ne contient aucun élément clinique, mais uniquement une autojustification de ses qualifications. De plus, le médecin déclare que, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré présente un alcoolisme chronique, resté probablement identique depuis 2006, estimant toutefois cette maladie comme non incapacitante (pce 94).

Q.

Le 10 janvier 2012, l'OAIE maintient ses précédentes conclusions. Mentionnant que la rente d'invalidité avait à l'origine été accordée en raison de troubles physiques uniquement, l'autorité inférieure argue que l'état de santé somatique de l'assuré s'étant stabilisé et ne nécessitant pas de suivi spécialisé, force est de constater une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, notamment au vu des différentes prises de position de son service médical. En outre, du point de vue psychique, l'autorité inférieure se réfère à l'appréciation du Dr N._____ du 15 décembre 2011 duquel il ressort que l'assuré ne présente pas de trouble psychique incapacitant (TAF pce 24).

R.

Dans des observations du 10 février 2012, le recourant invoque, que malgré qu'il soit abstinent depuis quelques années, son alcoolisme de longue durée l'a affecté au niveau psychologique et l'empêche de travailler à temps plein. A l'appui de ses allégations, il cite notamment le formulaire E 213 du 3 juin 2010 qui lui reconnaît une incapacité de travail de 50% dans des activités légères et une incapacité totale de travail dans des activités professionnelles nécessitant une force physique et mentale importante. Le recourant estime que ladite appréciation médicale, a autant de poids que l'avis médical de l'OAIE et requiert le maintien de sa rente entière d'invalidité (TAF pce 27).

S.

Par ordonnance du 17 février 2012, le Tribunal transmet un double des

remarques du recourant à l'autorité inférieure à titre d'information (TAF pce 28).

Droit :

1.

1.1 Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

1.2 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.

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

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. 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*, 2^e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 En l'espèce, le recourant, ressortissant espagnol, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845) sont applicables (art. 80a LAI).

3.2 Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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° 474/72). Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1^{er} avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n°1408/71 et 574/72, ne sont en revanche pas applicables.

4.

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 janvier 2010 et que l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} février 2011, 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.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

5.2 D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

6.

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 10 décembre 2010 (pces 84 s.), à supprimer le droit à une rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1^{er} janvier 2007 (décision du 9 mai 2007; pce 37), au motif que celui-ci a retrouvé une capacité de travail dans des activités adaptées suffisantes pour exclure le droit à une rente, ce malgré l'apparition du point de vue psychique d'un trouble de l'adaptation qui s'est aggravé depuis l'annonce de la suppression de ladite rente.

7.

7.1 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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (ATF 125 V 368 consid. 2).

7.2 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]).

7.3 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

8.

8.1 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre 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 (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.2 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 9 mai 2007 et ceux qui ont existé jusqu'au 10 décembre 2010, date de la décision querellée.

9.

9.1 La dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268).

9.2 La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner

l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

10.

10.1 En l'espèce, une rente entière d'invalidité a été octroyée à A._____ dès le 1^{er} janvier 2007 par décision du 9 mai 2007 (pce 37) principalement en raison d'un syndrome de dépendance alcoolique sévère avec isolement social, ayant entraîné une détérioration progressive de son état de santé général tant mental que physique dès le 1^{er} janvier 2006, à savoir une cirrhose éthylique du foie, une encéphalopathie et une néphropathie alcoolique, une insuffisance rénale prononcée, une tachycardie à complexe large, ainsi qu'une thrombose vénale du fibularis gauche et une arthropathie goutteuse. L'OCAI (pce 35) se base alors sur les certificats de médecins traitants de l'assuré, les Drs B._____ et E._____ (pces 4, 8, 18 et 27) et retient une maladie de longue durée entraînant une incapacité de travail complète et permanente, sans que soit posé un diagnostic initial ou associé de trouble adaptatif ou dépressif. Cela étant, le Tribunal relève qu'aucun spécialiste en psychiatrie n'avait pris position à l'époque sur l'état de santé du recourant.

10.2 Lors de la procédure de révision d'office initiée en janvier 2010, le Dr I._____ du service médical de l'OAIE arrive à la conclusion que l'état de santé du recourant, totalement abstinent depuis deux ans, s'est notablement amélioré, eu égard à la stabilisation de ses affections somatiques et à l'absence de trouble psychique ou cognitif (cf. les prises de position du service médical de l'OAIE des 23 janvier 2010, 20 novembre 2010, 23 mars 2011 et 16 juillet 2011; pces 67, 83, 88 et 90). L'autorité inférieure se base principalement sur un rapport médical du 20 avril 2010 du Dr G._____, ainsi que sur le formulaire E 213 du 3 juin 2010 (pces 61 à 63), s'éloignant toutefois des conclusions de ce dernier qui retenait une capacité de travail de 50% dans des activités

adaptées ne nécessitant pas d'effort physique important ou induisant une surcharge mentale modérée; en effet, l'autorité inférieure retient que l'intéressé a retrouvé une capacité de travail entière dans tout type d'activité professionnelle, comme dans son ancienne activité de manoeuvre. Concernant le volet psychiatrique du dossier, la dernière prise de position du Dr I._____ est brièvement commentée par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin SMR, qui confirme les conclusions de son confrère, estimant que l'intéressé souffre d'une maladie psychiatrique non invalidante sous la forme d'un alcoolisme chronique, inchangée depuis 2006 (pce 94).

10.3 De son côté, le recourant, se basant sur les différents certificats de son médecin traitant, la Dresse F._____ (pces 60 et 77; TAF pce 1), ainsi que sur un rapport médical du 4 octobre 2010 du Dr G._____ (pce 76), invoque souffrir, outre les troubles somatiques connus, principalement d'un trouble adaptatif et de symptômes dépressifs chroniques avec, depuis le mois d'août 2010, l'apparition de déficits cognitifs, d'inhibition motrice, d'insomnie et d'isolement social – sauf avec sa famille proche.

10.4 Par ailleurs, en procédure de recours, le recourant verse plusieurs rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise, faisant état d'affections somatiques nouvelles, à savoir une colique biliaire compliquée apparue en décembre 2010 et opérée avec succès par cholécystectomie laparoscopique en mars 2011 (cf. le rapport médical du 28 décembre 2010 du Dr J._____ et le rapport du 25 janvier 2011 de la Dresse F._____ [TAF pce 1], le rapport hospitalier du Dr K._____ du 12 mars 2011 [TAF pce 6]), ainsi que des troubles dégénératifs et statiques de la colonne lombaire (cf. les résultats radiologiques du 29 juin 2011 du Dr M._____ [TAF pce 15]). Toutefois, le service médical de l'OAIE, considérant l'issue favorable de la chirurgie susmentionnée, l'abstinence de l'assuré, l'absence de trouble hépatique durable et l'absence de traitements ou de limitations fonctionnelles en relation avec les troubles lombaires de l'assuré, retient que ces nouvelles affections sont sans effet sur sa capacité de travail (pces 88, 90 et 92). A cet égard, le Tribunal souligne que ces affections sont certes apparues postérieurement à la décision entreprise, mais suivent de très près la décision entreprise. Il sied ainsi de prendre les rapports médicaux susmentionnés en compte pour des raisons d'économie de procédure, étant donné qu'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.; ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

11.

11.1 En l'espèce, le Tribunal relève qu'il ressort de manière constante des différents documents versés en procédure de révision que le recourant, abstinent depuis 2008, souffre – au moment de la décision entreprise – principalement d'un syndrome de dépendance alcoolique stable, de cirrhose hépatique éthylique stable, d'insuffisance chronique légère, de polyneuropathie alcoolique n'entraînant pas de difficultés à la marche et d'hypertension artérielle (cf. les rapports médicaux des 23 mars 2010, 15 octobre 2010 et 25 janvier 2011 de la Dresse F._____ et le formulaire E 213 du 3 juin 2010; pces 60, 63 et 77; TAF pce 1). Du point de vue somatique et, étant donné l'absence de rapports médicaux contraires, force est ainsi au Tribunal de rejoindre l'avis du service médical et de constater que l'état de santé du recourant s'est nettement amélioré à ce titre; en effet, l'assuré souffrait auparavant d'insuffisance rénale prononcée, d'alcoolisme sévère, de tachycardie, d'ascites avec effusion pleurale, ainsi que de thrombose vénale du fibularis gauche, autant d'affections qui ont disparues ou qui se sont nettement améliorées.

11.2 D'un point de vue psychique par contre, il subsiste d'importants désaccords et contradictions entre les différents médecins consultés quant à l'existence et au degré de gravité d'un trouble adaptatif avec symptômes dépressifs et d'un trouble de la personnalité invalidant. En effet, déjà avant l'annonce de la suppression de la rente d'invalidité à l'assuré, le médecin traitant de l'assuré fait mention de symptômes dépressifs, d'un déficit d'attention, d'une tendance à l'insomnie et à l'isolement social, alors que le Dr G._____, psychiatre, fait exactement les observations contraires (pces 60 à 62). Du formulaire E 213 du 3 juin 2010 (pce 63), il ressort uniquement que le recourant, orienté et cohérent, ne présentant pas de plainte psychiatrique, a retrouvé des loisirs et des relations sociales et présente un état émotionnel fluctuant et des difficultés à l'endormissement, renvoyant pour le surplus au rapport psychiatrique du Dr G._____ (pce 63, p. 8).

En outre, il découle de plusieurs pièces au dossier que l'état de santé psychique du recourant s'est détérioré à la suite de l'annonce de la possible suppression de sa rente d'invalidité; le psychiatre traitant, le Dr G._____ estime, dans un rapport médical du 4 octobre 2010 (pce 76) que le trouble psychique de l'assuré a évolué depuis deux mois vers une réaction dépressive prolongée avec déficits cognitifs, inhibition psychomotrice et tendance au repli affectif. Cette appréciation est reprise par la Dresse F._____, médecin traitant du recourant, de manière

constante (cf. consid. 9.3). Le service médical de l'OAIE, se contente d'opposer à ces certificats que le trouble adaptatif est passager, car réactionnel à l'annonce de la suppression de la rente et réfute qu'il soit possible que les symptômes susmentionnés puissent être intervenus entre avril et octobre 2010 (pce 83), toutefois sans donner plus d'explications à ce sujet. Or, le Tribunal remarque que l'autorité inférieure, retient que l'état de santé du recourant s'est amélioré de telle manière que celui-ci ait retrouvé une capacité de travail entière dans toute activité, sur la base du formulaire E 213, dont il ne suit pourtant pas les conclusions et, concernant le volet psychologique, uniquement sur le rapport médical du 20 avril 2010 du Dr G._____ pour affirmer que le trouble dépressif de l'intéressé est passager et consécutif à l'annonce de la suppression de la rente. Toutefois, le Tribunal relève que la Dresse F._____ mentionnait déjà avant l'annonce de la suppression possible de la rente d'invalidité des troubles cognitifs chez l'assuré, un isolement social et des troubles du sommeil. De plus, le Dr G._____, psychiatre, indiquait déjà en avril 2010 une légère inhibition psychomotrice, ainsi que des troubles du sommeil, contrairement à ce qui est avancé par le service médical de l'OAIE, et précisait que la capacité de travail du recourant devait être appréciée de manière globale et non uniquement du point de vue psychiatrique. Le Tribunal observe en outre, qu'en aucune manière les médecins de l'OAIE n'expliquent pour quelles raisons ils se sont éloignés des conclusions du formulaire E 213 en retenant une capacité de travail totale du recourant dans toute activité professionnelle.

11.3 Dès lors au vu de ce qui précède, notamment considérant les divergences importantes entre les différents avis médicaux, le Tribunal ne saurait trancher en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis, car trop lacunaires et contradictoires. En effet, dans le cas de dépendance alcoolique, lorsqu'une indication au sujet d'une éventuelle souffrance psychique se trouve dans le dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire afin de clarifier la situation et de définir clairement l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a). Or, en l'état du dossier, il ne ressort pas clairement de quel type de trouble psychique ni de pathologies associées (troubles cognitifs et psychomoteurs) souffre l'assuré, ni si celui-ci souffre d'un trouble de la personnalité (isolement social). Il n'est pas non plus possible au Tribunal de retracer la chronologie et l'évolution de la maladie psychique du recourant, encore moins son origine ou son degré de gravité.

De plus, le Tribunal relève que l'abstinence du recourant est remise en cause par le rapport médical du 17 avril 2011 du Dr L. _____, lequel fait état d'un syndrome de dépendance alcoolique "actif", de détérioration cognitive, de neuropathie alcoolique, d'un trouble dépressif sévère et d'un trouble de la personnalité avec isolement social et déclarant l'intéressé totalement inapte à la conduite, incapable de travailler ou de maintenir des relations sociales (TAF pce 6). Bien que la méthodologie de ce médecin ait été remise en cause par les médecins mandatés par l'autorité inférieure (pces 90 et 94), le Tribunal ne peut que constater que le rapport médical du Dr L. _____ contribue à mettre en doute la stabilité de l'état psychique du recourant.

11.4 Par conséquent, il appert que les éléments anamnestiques recueillis ne sont pas suffisants pour déterminer l'évolution de la dépendance alcoolique du recourant ou l'existence d'une comorbidité psychiatrique (cf. consid. 9). Aussi, en l'absence d'une expertise psychiatrique, il n'est pas possible de savoir si le recourant souffre d'un trouble psychique, si l'alcoolisme est réellement sevré, s'il est secondaire à une pathologie antérieure et cas échéant quels sont les effets combinés des deux pathologies. Il appartiendra également à l'autorité inférieure de clarifier les conséquences des troubles lombaires du recourant attestés par radiographies du 29 juin 2011 (TAF pces 1 et 15), sur sa capacité de travail.

Au vu de ce qui précède force est de constater que la Cour de céans ne peut pas suivre l'autorité intimée faute d'un dossier suffisamment instruit lui permettant avec une vraisemblance prépondérante de déterminer l'état de santé du recourant. Partant, il se justifie d'admettre partiellement le recours dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité intimée afin qu'elle complète le dossier en faisant procéder à une expertise psychiatrique et tout autre examen qui lui semblera utile.

12.

En tout état de cause, le Tribunal rappelle, que le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il y a lieu d'examiner l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelle si, lors d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente concerne une personne qui a atteint l'âge de 55 ans ou qui touchait une rente depuis plus de 15 ans (arrêt du TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3897/2009 du 14 juin 2011 consid. 13), ce qui est le cas en l'espèce. La jurisprudence considère à cet égard que les effets d'une longue absence du marché du travail ne peuvent être atténués que par

des mesures de réintégration et/ou de réadaptation délivrée par l'assurance-invalidité, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5).

13.

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

13.2 Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est allouée une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 1'000.-- en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

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

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

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais versée par le recourant, d'un montant de Fr. 400.--, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

L'autorité de première instance versera au recourant une indemnité de Fr. 1'000.--, à titre de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- 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 :