



Cour III
C-2656/2006

{T 0/2}

Arrêt du 19 octobre 2007

Composition : MM. les Juges Francesco Parrino (Président du collège),
Alberto Meuli (Président de la Cour) et Stefan Mesmer;
Greffier: M. Yann Hofmann.

A._____, _____, recourant, représenté par Me Denis Mathey, rue St-Léger
8, 1205 Genève,

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,

concernant la décision sur opposition du 9 janvier 2006 en matière de
prestations de l'assurance-invalidité.

Faits :

- A. Le ressortissant portugais A._____, né le 2 janvier 1963, bénéficie d'une formation de maçon, qui a abouti à un emploi pratique d'aide étancheur maçon auprès de l'entreprise Couferap SA à Carouge. Il se plaint de douleurs dorsales depuis 1987 et souffre de claudication. Deux hernies discales et un rétrécissement du canal lombaire sont diagnostiqués. Il subit une intervention chirurgicale le 28 octobre 1998, une laminectomie en L2-L4.

En date du 15 mars 1999, A._____ dépose une demande de prestations auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (pce 1).

Dans le cadre de l'instruction, sont principalement versés en cause:

- les rapports du Dr J.-L. Ziltener, chef de clinique adjoint au Département de médecine physique et rééducation de l'hôpital cantonal de Genève, des 23 mars et 28 avril 1998, qui diagnostique des lombalgies chroniques s'intégrant dans un contexte quasi fibromyalgique (pce 14, 30);
- le rapport du Dr L. Sznajder, neurologue, du 18 décembre 1998, qui relate que l'assuré a subi une laminectomie L2, L3 et L4 bilatérale le 27 octobre 1998 et qu'il se plaint d'une récurrence des lombalgies (pce 33);
- le rapport médical du Dr May, neurochirurgien, du 26 janvier 1999, qui constate principalement un canal cervical étroit (pce 15);
- le rapport du Dr Octavio Vilchez, médecin traitant de l'assuré, du 23 mars 1999, qui diagnostique des douleurs chroniques de la colonne vertébrale et déclare son patient dans l'incapacité totale d'exercer son ancienne profession à compter du 7 avril 1998 (pce 16 s.);
- le rapport médical du Dr Bertrand Buchs, interniste rhumatologue, du 12 décembre 1999, qui diagnostique une fibromyalgie et considère l'assuré à 100% inapte au travail (pce 23);
- les rapports médicaux du Dr Vilchez du 18 février et 18 avril 2000, lequel confirme l'incapacité totale de son patient (pce 24 et 36).

Dans son rapport du 25 mai 2000, le Dr Claivaz de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité estime que l'intéressé ne peut pas travailler et qu'un reclassement professionnel n'entre pas en considération (pce 40).

Par décision du 24 novembre 2000, l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité reconnaît à l'assuré un degré d'invalidité de 100% et lui octroie une rente invalidité entière avec effet à compter du 1^{er} avril 1999 (pce 54 et 56), une révision de la rente étant prévue pour le 30 novembre

2001 (pce 44).

En juillet 2001, A. _____ part vivre au Portugal (pce 57).

- B. Au mois de septembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) entreprend la procédure de révision d'office prévue (pce 60).

Dans le cadre de la procédure de révision, sont entre autres versés en cause:

- le rapport médical (formulaire E 213) du 7 novembre 2002 du Dr Antonio Marques, qui considère que l'intéressé pourrait reprendre son ancienne activité à 40% et une activité de substitution adaptée à son état de santé à raison de 6 heures par jour (pce 68);
- le rapport médical (formulaire E 213) du 26 août 2003 du Dr Carlos Cruz Campos de l'ISSS, qui diagnostique une pathologie dégénérative de la colonne lombaire et conclut que l'assuré ne peut pas reprendre sa précédente activité à plein temps (pce 76);
- le rapport médical du Dr Leirinha, spécialiste en orthopédie, du 5 novembre 2002, lequel déclare que l'assuré souffre de la maladie de Dupuytren bilatérale, plus marquée à droite avec une rétraction accentuée du cinquième doigt; il relève une amélioration du membre inférieur droit et des douleurs ressenties ensuite de l'intervention de 1998 (pce 67);
- le rapport médical du Dr Sa Guerra du 10 novembre 2002, qui rappelle les lombalgies chroniques, la laminectomie, ainsi que le rétrécissement du canal lombaire sans répercussion sur les structures neurologiques (pce 66);
- les rapports des examens électroneuromyographiques des 5 juin et 2 octobre 2003 demandés par le Dr B. Marti-Leget du Service médical de l'OAIE dans son rapport du 18 mars 2003 (pce 70), desquels ressortent surtout une radiculopathie L5 gauche, chronique, de degré léger à modéré, sans élément parlant pour une lésion radiculaire lombo-sacrée droite (pce 78).

Dans son rapport du 9 février 2004, la Dresse Arianne Hellbardt du Service médical de l'OAIE, relevant quelque discordance entre la symptomatologie et les résultats des examens entrepris, requiert une expertise pluri-disciplinaire (pce 81).

L'assuré a ainsi fait l'objet d'un examen à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 16 au 18 août 2004. Il ressort du rapport final d'expertise du Dr Christian Zufferey, spécialiste en médecine interne, du 30 août 2004, que l'assuré souffre de rachialgies communes chroniques, de troubles dégénératifs modérés et troubles statiques du rachis, de la

maladie de Forestier, d'un status après laminectomie L2-L4, de la maladie de Dupuytren bilatérale, main droite opérée en 2003 (4ème et 5ème rayons), ainsi que d'une possible polykystose hépato-rénale sans répercussion actuelle sur la fonction rénale et sans manifestation clinique spécifique. L'expert note que, placé devant le scénario d'une proposition d'emploi comportant la manipulation de petites pièces, l'assuré aurait déclaré être disposé à accepter ce type de travail, mais pas dans une mesure supérieure à 50%. Il conclut que, dans une activité adaptée, il persiste certainement une capacité de travail de 50% à tout le moins (pce 92).

Le Dr Zufferey s'est fondé sur les expertises spécifiques suivantes: Tout d'abord, celle, rhumatologique, du Dr Pierre-Alain Buchard, qui dans son rapport du 17 août 2004 relate que si l'on s'en tient aux constatations objectives permises par l'examen clinique (absence de compression radiculaire, absence d'indices en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire) et par les documents d'imagerie, on doit admettre que le socle somatique est très nettement insuffisant à expliquer à la fois l'état douloureux et le retentissement professionnel; il ne fait aucun doute, ajoute-t-il, que les troubles dégénératifs du rachis lombaire, l'hyperostose vertébrale engainante et les séquelles chirurgicales devraient permettre l'exercice d'une activité adaptée, par quoi il faut entendre une activité permettant d'éviter le port répété de charges supérieures à 10 kg et des efforts en porte-à-faux du rachis. Il conclut finalement que l'assuré s'est façonné une image d'invalidé, qui dépend largement de facteurs non médicaux. Ensuite, le Dr Zufferey s'est basé sur l'expertise psychiatrique du Dr Daniel Antonioli, rapport du 17 août 2004, selon lequel il n'y a pas de trouble de la lignée dépressive, psychotique, anxieuse et cognitive, ni de comorbidité psychiatrique significative justifiant une quelconque incapacité de travail. Enfin, l'expertise neurologique du Dr Philippe Vuadens du 18 août 2004 ne retient aucune limitation qui pourrait fonder une incapacité de travail, quelle que soit l'activité (pce 92).

- C. Dans son rapport du 21 novembre 2004, la Dresse Hellbardt du Service médical de l'OAIE expose que le Dr Buchard, rhumatologue, ne relève plus de signes de fibromyalgie. Elle déclare que les maladies de Forestier et de Dupuytren, opérées, et la polykystose sans altération de la fonction rénale sont sans répercussions sur la capacité de travail. Elle conclut à une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée (pce 95). L'OAIE, comparant le salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'116.87 au salaire mensuel d'invalidé de Fr. 2'281.82, aboutit ainsi à un taux d'invalidité de 55.41% (pce 96 s.).

Dans le cadre de la procédure d'audition (cf. pce 112), sont produits:

- les échographies des 24 septembre 2003 et 15 avril 2004 du Dr Miguel Ferreira de la Clinique d'Amarante, qui constate l'existence de multiples

kystes (pce 99 et 100);

- les résultats des examens sanguin et urinaire effectués par le Dr Alberto Santiago Sousa du 2 avril 2004 (pce 101);
- les rapports de la Dresse Margarida Oliveira Domingos, qui confirme les diagnostics connus (pce 102);
- les rapports médicaux du Dr António Guimarães des 11 février, 29 avril, 26 novembre 2003 et 19 juillet 2004, qui relèvent surtout une arthrose cervicale postérieure, mais précise que le canal vertébral conserve une amplitude normale (pce 103, 107 et 108);
- les rapports d'imagerie de M. Nuno Canto Moreira, qui confirme les diagnostics connus (pce 104);
- le rapport de la Dresse Chantal Berna du Centre d'Accueil et d'Urgences de Genève du 14 août 2004, laquelle retient des cervicalgies sans irradiation dans territoire neurologique (pce 109).

Par décision du 14 avril 2005 qui fait suite au projet de décision du 31 janvier de la même année, l'OAIE remplace la rente entière dont bénéficiait l'assuré par une demi-rente avec effet au 1^{er} juin 2005. L'Office estime que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, puisque tout signe de fibromyalgie aurait disparu. Il considère l'assuré capable d'exercer à mi-temps une activité de substitution légère et adaptée, telle qu'ouvrier non qualifié en usine dans la mécanique légère ou l'industrie alimentaire ou magasinier (pce 113).

- D. Le 13 mai 2005, A._____ forme opposition contre la décision du 14 avril 2005, en indiquant qu'il ne se sent pas apte à reprendre un travail et qu'il doit se rendre à l'hôpital une à trois fois par semaine tant les douleurs qu'il ressent sont insupportables (pce 117). Dans la phase d'opposition, l'assuré a nouvellement produit:

- le rapport médical du Dr A. Pinto de Oliveira, spécialiste en orthopédie et traumatologie, du 13 mai 2005, qui déclare que l'assuré souffre de douleurs vertébrales, lombaires et cervicales, et qu'il conviendrait de le considérer à 70% incapable à ce jour encore (pce 116);
- un rapport de résonance magnétique de la colonne lombaire du 12 mai 2005, duquel il ressort notamment que l'assuré souffre d'une protrusion discale sans compression radiculaire (pce 115).

Se fondant sur le rapport du 29 décembre 2005 de son Service médical (pce 118), l'OAIE, par décision sur opposition du 9 janvier 2006 envoyée le jour suivant, rejette l'opposition formée par Antonio De Oliveira et confirme la décision du 14 avril 2005. L'Office estime que les nouveaux documents médicaux produits ne sont pas de nature à modifier sa décision du 14 avril 2005 (pce 119).

E. Le 15 février 2006, A._____, représenté par Me Denis Mathey, avocat à Genève, interjette recours auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger contre la décision sur opposition en concluant, préalablement, au renvoi de la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire et, principalement, à l'annulation de ladite décision et au maintien de la rente entière d'invalidité. Le recourant avance, en particulier, que les douleurs qu'il éprouve sont réelles, même si elles ne sont pour l'heure pas perceptibles par la médecine, et que l'absence de comorbidité psychiatrique en serait une preuve. Il estime que son invalidité résulte desdites douleurs mêmes, à telle enseigne qu'un examen neurologique ne saurait objectivement consister dans une mesure d'instruction pertinente. Il conteste toute amélioration et s'estime incapable à 100%. Au surplus, le recourant conteste l'indépendance des experts du CRR; il reproche également à l'OAIE de ne pas lui avoir communiqué le nom de l'expert à l'avance et qu'il aurait ce faisant fait fi de son droit de demander la récusation de celui-ci et d'en proposer un autre. Il dépose, nouvellement, en annexe à l'acte de recours:

- Le rapport d'échographie rénale et pelvienne du Dr M.-A. Hopf du 12 mai 1997, qui constate qu'il n'y a pas de lithiase urinaire ou d'autres lésions du bassin;
- le rapport du scanner de la colonne lombaire du Dr Hopf du 15 mai 1997, qui diagnostique un canal lombaire étroit aux trois niveaux étudiés avec petite hernie médico-latérale droite L4-L5;
- le résumé des observations des Drs A. Faundez et D. May du 3 septembre 1998, lesquels constatent un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5; le rapport de la consultation policlinique du Dr May du 18 novembre 1999, qui constate une brachialgie diffuse et une fibromyalgie.

Par écriture ampliative du 27 février 2006, A._____ a versé aux actes:

- Le rapport médical de la Dresse Margarida Oliveira Domingos, médecin traitant de l'assuré, du 13 février 2006, qui expose que l'assuré souffre d'une maladie polykystique des reins et du foie, d'hypertension artérielle, ainsi que d'un syndrome douloureux de l'abdomen parfois accompagné de coliques.

Dans son rapport du 11 avril 2006, la Dresse Arianne Hellbardt du service médical de l'OAIE expose que les pièces médicales nouvellement fournies à l'appui du recours n'apportent pas d'élément susceptible de remettre en cause la prise de position du service fondée sur l'expertise pluri-disciplinaire détaillée et circonstanciée effectuée au CRR (pce 123).

Dans sa réponse du 18 avril 2006, l'OAIE souligne qu'il n'y a aucune

raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du CRR et qu'il faut dès lors considérer que l'état de santé du recourant s'est significativement amélioré depuis 2000. L'Office conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

- F. Dans sa réplique du 22 mai 2006, A._____ réitère ses conclusions et se réserve le droit de déposer ultérieurement des documents médicaux.

Dans un mémoire completif du 26 juin 2006, A._____ confirme derechef ses conclusions. Il précise qu'il est à 100% incapable de travailler et que son état de santé ne cesse de s'aggraver. Il estime qu'eu égard aux contradictions existant entre l'expertise du CRR et les certificats médicaux qu'il produit, il conviendrait d'ordonner une expertise complémentaire. Il verse en cause le rapport médical du Dr Pinto de Oliveira du 23 mai 2006, qui diagnostique des cervicalgies, lombalgies en relation avec le problème orthopédique et rénal, ainsi que des douleurs abdominales; le médecin déclare son patient totalement incapable de travailler comme maçon.

Dans son rapport du 25 juillet 2006, la Dresse Hellbardt du Service médical de l'OAIE confirme son opinion précédemment exprimée (pce 125).

L'OAIE duplique par acte du 26 juillet 2006 et confirme ses conclusions.

Dans sa triplique du 4 septembre 2006, Antonio De Oliveira confirme derechef ses conclusions et produit le rapport de la Dresse Hellbardt du 25 juillet 2006 et le rapport médical du Dr Pinto de Oliveira du 23 mai 2006, déjà versés au dossier.

Par acte du 25 septembre 2006, l'OAIE réitère ses conclusions.

- G. Par actes des 25 octobre et 27 novembre 2006, A._____ dépose encore en cause:

- le rapport médical du Dr Pinto de Oliveira du 17 octobre 2006, qui expose que l'assuré se trouve à ce moment dans une phase très critique et qu'il ne peut plus exercer d'activité lucrative;
- le rapport médical de la Dresse Margarida Oliveira Domingos du 13 novembre 2006, qui expose que son patient souffre d'une maladie polykystique des reins et du foie, ainsi que d'une insuffisance rénale légère;
- le rapport médical du Dr João Meruje, spécialiste en orthopédie et traumatologie, du 31 novembre 2006, qui atteste que l'assuré souffre de dupuytren bilatérale et qu'il a subi une intervention chirurgicale le 24 octobre 2006.

Par ordonnances respectivement des 29 janvier et 2 mai 2007, le Tribunal administratif fédéral communique aux parties avoir repris la procédure avec effet au 1^{er} janvier 2007 et les informe de la composition du collège. Aucune demande de récusation n'est présentée.

Le Tribunal administratif fédéral considère :

1.
 - 1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la Loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).
 - 1.2 Sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.
 - 1.3 La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.
 - 1.4 Le requérant est touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Il a, partant, qualité pour recourir.
 - 1.5 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du

recours.

2.

- 2.1 Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI, RS 831.20]).

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 dudit 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

- 2.2 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

3.

- 3.1 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.

- 3.2 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%, 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. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGGA) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est un ressortissant de l'UE et y réside.

4.

- 4.1 Selon l'art. 17 LPGGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

- 4.2 L'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) 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. 88^{bis} 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.

5.

- 5.1 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 (ex art. 41 LAI), 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. En matière de révision d'office toutefois, c'est 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).

- 5.2 En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière à compter du 1^{er} avril 1999. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 24 novembre 2000, date de la décision octroyant la rente d'invalidité, et ceux qui ont existé jusqu'au 9 janvier 2006, date de la décision sur opposition litigieuse.
6. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/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).

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).

7. En 2000, le droit à la rente entière a été reconnu au recourant en raison de la fibromyalgie et des lombalgies chroniques qui ont été diagnostiquées.

Lors de la procédure de révision engagée en 2002 qui a donné lieu à la décision sur opposition querellée, l'OAIE a principalement versé en cause le rapport d'expertise de la CRR du 30 avril 2004. En substance, l'Office considère qu'au vu de ladite expertise, il est manifeste que la situation clinique de l'assuré s'est améliorée, dans la mesure surtout où celui-ci ne présente plus de signe de fibromyalgie.

Le recourant, pour sa part, conteste toute amélioration et s'estime

incapable à 100%. Il considère que l'invalidité provient des douleurs qu'il ressent si intensément et fait valoir, au surplus, que les experts du CRR manqueraient d'indépendance et que l'OAIE aurait fait fi de son droit de demander la récusation des experts. A l'appui de sa thèse, il produit de nombreux certificats médicaux attestant une incapacité de travail.

8.

- 8.1 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.

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées).

- 8.2 Sur le plan formel, le recourant avance, en premier lieu, que les experts du CRR manquent d'indépendance face aux organes de l'assurance-invalidité.

Une expertise administrative doit impérativement être ordonnée par l'administration auprès de médecins ou d'une institution indépendants des parties en présence (art. 44 LPGa). En l'espèce, dans la mesure où le CRR n'a pas été mis en place et n'est pas exploité par les offices AI, il ne saurait être assimilé à un service médical régional de l'assurance-invalidité au sens des art. 69 aRAI et 47 RAI et il sied de considérer, dès lors, qu'il dispose de l'indépendance nécessaire pour rendre valablement une expertise administrative (cf. ATF I 694/2005 du 15 décembre 2006, consid. 5 et réf. cit.; ATF 125 V 352ss consid. 3). Le premier grief soulevé par le recourant doit donc être rejeté.

- 8.3 En second lieu, le recourant reproche à l'OAIE d'avoir fait fi de son droit de demander la récusation des experts.

Il est vrai que selon la jurisprudence il faudrait procéder à une communication préalable des noms des experts (ATF 132 V 376). Dans

notre occurrence toutefois, le recourant n'a jamais fait état, ni concrètement ni abstraitement, de circonstances propres à faire suspecter de la prévention chez un ou plusieurs médecins de la CRR; le recourant n'a jamais demandé la récusation d'un expert en particulier. Sa requête est ainsi dénuée de toute motivation matérielle. Au demeurant, la critique du recourant apparaît de toute manière tardive, puisqu'il a attendu l'issue de la procédure, pour tirer argument, à l'occasion de son recours du 15 février 2006, du motif de récusation, alors que les noms des experts étaient déjà connus depuis le 16 août 2004 à tout le moins; cette manière d'agir est contraire à la bonne foi (ATF 126 V 364 consid. 1b n. p.). Par voie de conséquence, ce second grief formel doit également être écarté.

9. Sur le fond, le recourant conteste que son état de santé se soit amélioré et s'estime à 100% incapable d'exercer une activité lucrative.
- 9.1 En 2000, la rente entière avait été octroyée au recourant pour les diagnostics de fibromyalgie et lombalgies chroniques. Les rapports des Drs Ziltener (rapports des 23 mars et 28 avril 1998), May (rapport du 18 novembre 1999), Vilchez (rapports des 23 mars 1999 et 18 avril 2000) et Buchs (rapport du 12 décembre 1999) concordaient parfaitement.

Il faut rappeler à cet égard que ce n'est qu'à titre exceptionnel que les troubles somatoformes douloureux, respectivement la fibromyalgie, peuvent être reconnus comme invalidants; tel sera le cas si, selon le médecin psychiatre, ils se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut plus être raisonnablement exigée de l'assuré ou qu'elle serait insupportable pour la société (JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux de point de vue de l'assurance-invalidité in: RSA 2005 p. 524, 529; ATF 127 V 294; cf. cependant ATF 130 V 352 ss; HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten in: RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss; PIRROTTA, op. cit., p. 525). Le caractère non-exigible de la reprise de travail suppose, en principe, la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes (PIRROTTA, op. cit., p. 526). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour apprécier l'atteinte et ses effets est essentiel, du fait que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (PIRROTTA, op. cit., p. 524; ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; ATF 132 V 72 consid. 4.3).

- 9.2 Dans le cadre de la procédure de révision qui a généré la décision sur opposition litigieuse, l'OAIE a versé en cause les rapports d'expertise de la CRR. Cette expertise repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, ne contient pas d'incohérence et aboutit à des conclusions univoques et motivées. De plus, elle comporte en

accord avec la jurisprudence susmentionnée (supra 9.1) une partie rhumatologique (Dr Buchard), ainsi qu'une partie psychiatrique (Dr Antonioli) (cf. supra B). Or, l'autorité de céans constate avec l'OAIE que le Dr Buchard ne relève plus de signes de fibromyalgie et que le Dr Antonioli dénote l'absence de trouble de la lignée dépressive, psychotique, anxieuse et cognitive, ainsi que de comorbidité psychiatrique significative. Les lombalgies semblent par contre persister. De plus, des affections sont nouvellement apparues, à savoir les maladies de Forestier et de Dupuytren (diagnostiquées par les Drs Leirinha et Meruje), les cervicalgies et les douleurs abdominales (Drs Guimarães, Berna et Pinto de Oliveira), ainsi que la polykystose (Drs Ferreira et Oliveira Domingos). Les documents médicaux versés au dossier concordent au niveau des diagnostics. Le Dr Zufferey en conclut que l'assuré peut exercer une activité adaptée à mi-temps à tout le moins. Le Dr Pinto de Oliveira, médecin traitant du recourant, l'estime tout d'abord incapable à 70% (rapport du 13 mai 2005), puis totalement en tant que maçon (rapport du 23 mai 2006) et enfin entièrement incapable dans toute activité (rapport du 17 octobre 2006).

Dans la mesure où les signes de fibromyalgie ont disparus et que les affections nouvellement apparues sont, en l'état actuel, sans répercussions sur la capacité de travail cela ressort du rapport du 21 novembre 2004 de la Dresse Hellbardt de Service médical de l'OAIE et n'est infirmé par aucun autre document médical, l'autorité de céans peut sans doute considérer que l'état de santé du recourant s'est amélioré. Au demeurant, devant tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 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), elle donne la préséance aux conclusions du Dr Zufferey, ce d'autant plus que les deux derniers rapports du Dr Pinto de Oliveira sont postérieurs à la décision litigieuse. En tout état de cause, le handicap du recourant est largement pris en compte dans une incapacité de travail de 50%; le recourant s'est d'ailleurs estimé capable d'exercer une activité lucrative dans cette mesure.

10. L'invalidité dont il convient de rappeler qu'il s'agit d'une notion économique et non pas médicale a été évaluée en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA).

Selon le questionnaire à l'employeur du 16 février 2000 (pce 28 s.), le recourant a exercé l'activité d'étancheur auprès de l'entreprise Couferap SA à plein temps jusqu'au 6 mai 1997, puis sporadiquement jusqu'au 11 mai 1998. En 1996, son revenu annuel était de Fr. 57'856.55. En indexant ce montant à 2002 (selon l'indice des salaires nominaux des ouvriers

adultes, de 1958 [en 1996] à 2078 [en 2002], Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires 2002), puis en le divisant par 12, on obtient un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'116.87.

En se référant au Tableau TA1 relatif aux salaires bruts standardisés de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 de l'Office fédéral de la statistique, valeur centrale totale, pour un homme de niveau de qualification 4, on retient pour le recourant un revenu statistique mensuel de Fr. 4'557.-. Il convient d'adapter ce montant aux nombres d'heures de travail effectuées en 2002 en moyenne, savoir 41.7 heures (par rapport aux 40 heures de base; La Vie économique 9-2002, B9.2; = Fr. 4'750.65). Pour une activité à 50%, il correspond à Fr. 2'375.33. Compte tenu du relatif jeune âge du recourant au jour de la décision querellée (46 ans), ainsi que de son handicap, il sied d'appliquer un taux de réduction du salaire d'invalidité de 5%, attendu que le maximum admis par la jurisprudence est de 25% (ATF 126 V 75). Son revenu mensuel d'invalidité est dès lors finalement de Fr. 2'256.56.

La comparaison du revenu sans invalidité de Fr. 5'116.87 au revenu d'invalidité de Fr. 2'256.56 fait apparaître un préjudice économique de 55.9%, ce qui correspond bien à une demi-rente.

11. Partant, le recours du 15 février 2006 doit être rejeté et la décision sur opposition du 9 janvier 2006 confirmée.
12. Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA), ni alloué de dépens (art. 64 PA).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent arrêt est communiqué :
 - au recourant (Acte judiciaire);
 - à l'autorité inférieure (n° de réf. _____);
 - à la Caisse paritaire de prévoyance bâtiment et gypserie-peinture, Rue de Malatrex 14, 1201 Genève (recommandé);
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le Président de Cour:

Le Greffier:

Alberto Meuli

Yann Hofmann

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 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :