



---

Cour III  
C-2824/2006

{T 0/2}

## **Arrêt du 29 juillet 2008**

---

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),  
Francesco Parrino, Stefan Mesmer, juges,  
Margit Martin, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, PT- \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Jean-Pierre Bloch,  
place de la Gare 10, case postale 246, 1001 Lausanne,  
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

assurance-invalidité, décision sur opposition du  
21 juin 2006.

**Faits :****A.**

Par décision du 8 novembre 1999, l'Office AI du canton de Vaud (ci-après: OAI-VD) avait alloué à A.\_\_\_\_\_, ressortissant portugais, né en 1952, marié, une rente entière d'invalidité, assortie des rentes correspondantes pour l'épouse et deux enfants, à partir du 1<sup>er</sup> juin 1999. Cette décision se fondait sur un prononcé de l'OAI-VD du 30 août 1999, fixant le degré d'invalidité à 100% pour maladie de longue durée avec début du droit depuis le 15 juin 1999 et prévoyant une révision de la rente au 1<sup>er</sup> août 2001 (pces 45, 47-49). Le degré d'invalidité avait été déterminé après l'étude des documents médicaux et économiques au dossier, desquels il résulte que l'assuré présente des rachialgies chroniques récidivantes sur hypoplasie du membre inférieur droit d'étiologie indéterminée, une malformation de la cheville droite et arthrose secondaire, un status après hémorragie digestive haute sur ulcère gastrique et un trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et histrioniques. Selon les indications contenues dans le questionnaire pour l'employeur, il avait interrompu son activité d'employé d'exploitation au centre hospitalier pour cause de maladie depuis le 15 juin 1998. Un retour de l'assuré dans l'économie n'était pas envisagé et tenter une réadaptation paraissait illusoire (pces 9, 36, 39, 40, 42).

**B.**

Suite au retour définitif du bénéficiaire de la rente au Portugal, le dossier a été transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) lequel a introduit la procédure de révision de rente auprès de l'organe de liaison de la sécurité sociale portugaise à Lisbonne par lettre du 20 août 2002 (pces 52-54, 56, 57).

Au cours de l'instruction, l'OAIE a notamment versé au dossier les pièces suivantes:

- un questionnaire rempli le 1<sup>er</sup> octobre 2003 dans lequel l'assuré déclare ne pas exercer d'activité lucrative (pce 66),
- les rapports d'examens radiologiques de la colonne lombaire et de la cheville droite, réalisés le 12 novembre 2002 par la Dresse V.\_\_\_\_\_, (pces 73, 74),

- deux rapports psychiatriques manuscrits et difficilement lisibles, établis les 2 décembre 2002 et 13 mai 2003 par le Dr B.\_\_\_\_\_, (pces 76-77),
- un rapport médical détaillé (E 213), établi le 2 décembre 2002 par le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la sécurité sociale portugaise, retenant de légères protrusions discales L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sans atteinte radiculaire, des altérations dégénératives débutantes au niveau du talon droit et un raccourcissement de 2 cm du membre inférieur droit, une amyotrophie de la hanche et de la jambe droites, une hypertension essentielle, une gastrite chronique et métaplasie intestinale, et posant la question de névrose de rente; l'état de l'assuré serait sensiblement identique à l'état préexistant et l'évolution de la douleur variable; l'assuré devrait éviter le travail dans un environnement humide et froid, des flexions répétées, le port d'objets, la montée d'escaliers ou de rampes et le risque de chutes; il serait apte à exercer une activité adaptée, physiquement peu exigeante et tenant compte des restrictions décrites; toutefois, un travail adapté à plein temps ne pourra être réalisé (pce 78),
- le rapport d'une échographie abdominale, rénale et vésicale, réalisée le 30 septembre 2003 par le Dr S.\_\_\_\_\_, à Arcos de Valdevez (pce 82),
- les prises de position du Dr M.\_\_\_\_\_, service médical de l'OAIE, des 3 novembre 2003 et 12 juillet 2004 (pces 96, 97),
- un rapport médical détaillé (E 213) du 20 avril 2004, établi par la Dresse R.\_\_\_\_\_, Centro Distrital de Segurança Social, complété par un rapport médical manuscrit de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du 16 mars 2004 et par un rapport psychologique non daté, établi par la Dresse U.\_\_\_\_\_, retenant des altérations dégénératives légères de la colonne lombaire et de l'articulation sous-astragalienne du pied droit, une claudication à droite, une atrophie musculaire au niveau des cuisse et jambe droites, ainsi qu'une dépression névrotique avec anxiété élevée; dans la dernière activité exercée d'employé d'exploitation existerait une incapacité de travail partielle, alors qu'une incapacité permanente dans sa profession est attestée à partir de 1998 (pces 98-100),
- le rapport d'une expertise psychiatrique menée le 12 janvier 2005 par le Dr F.\_\_\_\_\_, clinique de réadaptation, retenant les

diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble d'anxiété généralisé, sans exclure l'abus et la dépendance alcooliques, ainsi que le rapport d'une expertise rhumatologique établi le même jour par le Dr C.\_\_\_\_\_, également chef de service à la clinique mentionnée, lequel décrit une anomalie congénitale complexe de la cheville droite, accompagné d'un raccourcissement du membre inférieur de 2,5 cm et de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire (trouble statique rachidien) sous forme d'une scoliose posturale; selon les experts, il n'y a pas d'argument objectif pour justifier les incapacités de travail significatives et importantes attestées depuis la fin des années 90, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique (pces 93, 94).

Dans son exposé du 14 avril 2005, la Dresse H.\_\_\_\_\_, service médical de l'OAIE, mit en corrélation les diagnostics retenus en 1998 par l'unité du rachis et ceux retenus en 1999 par le département de psychiatrie adulte avec ceux contenus dans l'expertise de la clinique de réadaptation dont elle relève la pertinence et considéra au vu des conclusions de dite expertise la décision initiale de rente de l'Office AI du canton de Vaud comme erronée. S'agissant en l'occurrence d'une reconsidération, elle demanda que le cas soit discuté à l'occasion du prochain rapport OAI (pce 102). Le procès-verbal du rapport OAI du 2 juin 2005 confirma la prise de position du service médical et décida de procéder à la suppression de la rente par voie de reconsidération (pces 103, 104). Se fondant sur son prononcé du 29 juin 2005, l'OAIE informa l'intéressé par projet de décision du même jour que la rente payée jusqu'à présent devrait être supprimée au motif que la décision initiale était manifestement erronée (pces 105, 108). Au terme de la procédure d'audition, au cours de laquelle l'assuré ne s'est pas manifesté, l'OAIE, par décision du 12 septembre 2005, reconsidéra la décision du 8 novembre 1999 et supprima la rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2005 (pce 109).

Dans le cadre de l'opposition formée contre cette décision de suppression, l'assuré alléguait de graves problèmes de locomotion et l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle. A l'appui de ses arguments, il transmettait le rapport d'un examen radiologique de la colonne vertébrale du 12 décembre 2005 (Dr N.\_\_\_\_\_), un rapport médical du 30 mars 2006 (Dr O.\_\_\_\_\_) et un certificat médical d'incapacité délivré le 24 novembre 2004 par le bureau régional du ministère de la santé portugais (pces 111-115). Dans une prise de

position du 29 mai 2006, le médecin du service médical de l'OAIE, le Dr G.\_\_\_\_\_, se rallia sans réserve à l'évaluation et aux conclusions de la Dresse H.\_\_\_\_\_ (pce 117). Se fondant sur l'avis de son service médical, l'OAIE, par décision du 21 juin 2006, rejeta l'opposition et confirma la décision du 12 septembre 2005 (pce 118).

### **C.**

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjeta recours contre la décision sur opposition devant la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, présentant préalablement une requête d'assistance judiciaire au motif que, depuis qu'il s'est vu supprimer non seulement la rente d'invalidité, mais également celle servie par la caisse de pensions, il est absolument démuné et vit grâce à l'aide de ses enfants. Principalement, il demanda l'annulation des décisions des 21 juin 2006 et 12 septembre 2005 et la reprise du service de la rente dont il bénéficiait. Le conseil du recourant affirma avoir pu se rendre compte des réelles difficultés qu'a l'assuré en marchant et conclut dès lors que celui-ci fût invalide. Le cas échéant, le recourant se présentera devant l'autorité judiciaire qui pourra alors se rendre compte de visu du sévère handicap physique dont il souffre. Implicitement, il fit valoir qu'il était quasiment exclu que l'office AI se soit trompé au moment d'octroyer la rente entière d'invalidité. Comme mesure d'instruction, le recourant sollicita la mise en œuvre d'une expertise, somatique et psychiatrique, laquelle devait avoir lieu dans le canton de Vaud et se réserva de formuler les propositions d'experts par la suite.

### **D.**

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE a soumis le dossier au Dr G.\_\_\_\_\_ lequel, dans son exposé du 14 août 2006 (pce 120), reconnût une limitation douloureuse provoquée par les altérations objectivables de l'appareil locomoteur, mais estima que ces limitations ne justifiaient pas une incapacité totale à exercer une activité lucrative adaptée. Répondant aux questions posées par l'OAIE, le Dr G.\_\_\_\_\_ considéra que les documents produits ne contenaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation du cas par le service médical et qu'une investigation complémentaire était superflue. Dans sa réponse du 5 septembre 2006, l'OAIE proposa le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. L'autorité inférieure releva des lacunes d'instruction qui justifieraient à elles seules la reconsidération de la décision initiale de rente et estima en

plus que, selon les documents à disposition de l'Office AI du canton de Vaud en 1999, l'assuré ne présentait de toute évidence pas le taux d'invalidité de 100% fixé par l'office cantonal AI, aucune atteinte psychiatrique invalidante n'étant documentée. Les modestes troubles orthopédiques auraient permis, sinon la reprise de la dernière activité, en tout cas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Dans ces conditions, et alors que l'assuré ne souhaitait pas être réadapté, l'instance cantonale aurait dû au moins déterminer les activités de substitution exigibles et procéder à une comparaison des revenus. L'expertise complète réalisée à la clinique de réadaptation confirmerait par ailleurs l'exigibilité d'une activité à plein temps. En conclusion, l'OAIE rejeta l'idée d'un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

#### **E.**

Par réplique du 9 octobre 2006, l'assuré, par son conseil, déclara expressément maintenir son recours. Le mandataire affirma à cet égard avoir pu se rendre compte de visu des difficultés réelles et sérieuses de l'intéressé à se déplacer et réitéra sa requête tendant à la mise sur pied d'une expertise.

Le recourant lui-même, par courrier du 9 octobre 2006 (timbre postal), fit valoir une péjoration de son état de santé et transmit une attestation établie le 6 juillet 2006 par le Dr L.\_\_\_\_\_, neurochirurgien.

Par écriture du 18 avril 2007, le conseil du recourant transmit un certificat médical – assorti d'une traduction en français – du Dr E.\_\_\_\_\_, rédigé le 16 mars 2007, et demanda à ce que le recours soit traité dans une certaine priorité, le recourant soutenant être actuellement sans ressources.

#### **F.**

Par ordonnance du 20 mars 2007, le Tribunal administratif fédéral (TAF) informa le recourant de la reprise de la procédure au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et désigna la Cour III comme étant compétente pour traiter l'affaire. Par la même ordonnance, le TAF transmit un exemplaire de la réplique et du courrier du 9 octobre 2006 à l'autorité inférieure pour prise de position.

Par ordonnance du 25 avril 2007, le TAF transmit à l'autorité inférieure l'écriture du 18 avril 2007 et ses annexes afin que cette dernière prenne position dans le cadre du délai fixé pour déposer une duplique.

**G.**

L'OAIE soumit le dossier complété à son service médical pour évaluation. Dans ses exposés des 21 avril et 6 mai 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_ estima que la nouvelle documentation ne contenait pas de nouveaux éléments permettant une appréciation différente de la précédente prise de position (pces 122, 124). Se fondant sur les prises de position mentionnées, l'OAIE, par duplique du 9 mai 2007, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**H.**

Par ordonnance du 22 mai 2007, le TAF fixa un délai au recourant pour transmettre le formulaire relatif à la demande d'assistance judiciaire et pour produire les moyens de preuve indiquant sa situation financière, ainsi que pour déposer ses observations éventuelles au sujet de la duplique du 9 mai 2007.

Par écriture du 11 juin 2007, le recourant fit parvenir à l'autorité de céans la demande d'assistance judiciaire remplie et signée le 29 mai 2007, accompagnée d'un relevé bancaire, ainsi qu'un lot de radiographies afin de documenter une péjoration de son état de santé. Il réitéra sa requête tendant à ce qu'il fasse l'objet d'une expertise.

**I.**

Par ordonnance du 2 juillet 2007, l'autorité de céans invita l'autorité inférieure à soumettre les nouveaux documents médicaux à son service médical pour appréciation et à déposer ensuite ses observations.

Dans sa prise de position du 28 juillet 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_ commenta la nouvelle documentation produite, considérant qu'elle ne permettait pas de modifier de manière significative l'appréciation du cas et de s'écarter de l'évaluation précédente. Il confirma également qu'un complément d'instruction ne s'imposait pas (pce 126). L'OAIE, dans sa duplique du 7 août 2007, estima n'avoir rien à ajouter et conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**J.**

Par ordonnance du 20 juillet 2007, l'autorité de céans avait en outre invité le recourant à remplir le formulaire de demande d'assistance judiciaire de manière détaillée et lisible, à produire une attestation authentique de l'administration communale de son lieu de domicile

quant à sa situation économique (valeur du bien immobilier), une copie de l'avis de taxation, ainsi que des justificatifs officiels de ses ressources et de ses charges. Enfin, par ordonnance du 10 août 2007, l'autorité de céans transmet un double de la duplique et une copie de la prise de position du service médical au recourant et désigna les membres du collège appelé à statuer sur le fond de la cause.

#### **K.**

Par courrier du 3 septembre 2007, le recourant fit transmettre par son conseil le formulaire de demande d'assistance judiciaire rempli, accompagné de pièces justificatives et d'une déclaration. Par courrier du 17 septembre 2007, le recourant a encore produit un certificat médical du 15 juin 2007 (Dr E. \_\_\_\_\_) et par fax du 18 février 2008 un rapport radiologique du genou droit du 6 février 2008.

#### **L.**

Par ordonnance du 29 avril 2008, l'autorité de céans informa le recourant d'un changement dans la composition du collège appelé à statuer. Dans le délai imparti et à ce jour, aucune demande de récusation n'a été formulée.

### **Droit :**

#### **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<sup>er</sup> janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent (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** Le recourant a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; il est spécialement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA, cf. art. 59 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA; RS 830.1]). Il est, partant, légitimé à recourir.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 50, 52 PA), le recours est recevable.

## **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 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, 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.

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATFA cause I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.2** 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<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (également dans sa teneur en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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<sup>bis</sup> et 28 à 70 ), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont donc pas applicables, alors que la procédure est soumise aux normes en vigueur au moment de l'examen du recours.

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Lors de l'examen d'un éventuel droit à une prestation de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2003 de la LPGA, respectivement avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, il y a lieu de se référer aux principes généraux en matière de droit intemporel selon lesquels sont en règle générale déterminantes les dispositions légales en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques. Par conséquent, le droit à une prestation s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002, respectivement le 31 décembre 2003, à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

### **3.**

Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2005, plus particulièrement la suppression de la rente entière allouée depuis le 1<sup>er</sup> juin 1999, au motif que l'octroi initial de celle-ci était manifestement erroné. A cet égard, il convient de relever que la date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1b)

### **4.**

**4.1** 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA 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.

**4.2** 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. a28 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<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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 citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

**4.3** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

## 5.

**5.1** Selon l'art. 17 LPGA, 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, 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).

**5.2** 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<sup>bis</sup> 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.

**6.1** 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. 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).

**6.2** En effet, l'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur ou le juge peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et réf. cit.). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt du TFA du 6 mai 2003, I 375/02 consid. 2.2). Par ailleurs, on ne saurait supprimer ou diminuer une rente par voie de reconsidération si, depuis son octroi manifestement inexact, des modifications de l'état de fait justifient de retenir un taux d'invalidité suffisant pour que la prestation en question soit maintenue (même arrêt, consid. 5.1).

## **7.**

**7.1** Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid.

2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

**7.2** En l'espèce, le recourant a bénéficié dès le 1<sup>er</sup> juin 1999 d'une rente entière d'invalidité pour un degré d'invalidité de 100% (décision du 8 novembre 1999). La suppression de la rente entière par voie de reconsidération a été confirmée par décision sur opposition du 21 juin 2006 avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2005. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être examinée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 8 novembre 1999 et ceux qui ont existé jusqu'à la date de la décision litigieuse du 21 juin 2006.

En l'occurrence, lorsque l'OAIE a rendu la décision de suppression de rente, il a d'emblée admis qu'il s'agissait d'un cas de reconsidération, les conditions d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGA n'étant pas remplies. En effet, les documents médicaux produits au cours de la procédure de révision, initiée en été 2002, laquelle a donné lieu à la décision sur opposition litigieuse du 21 juin 2006, n'ont fait état d'aucune amélioration de l'état de santé du recourant. Depuis l'arrêt de son activité lucrative en juin 1998, ce dernier présente toujours des troubles liés au handicap ostéomusculaire et moteur décrit, ainsi qu'une surcharge psychogène ou syndrome douloureux somatoforme. Dans ces circonstances, force est d'admettre – en accord avec l'autorité inférieure – que l'état de santé du recourant n'a pas évolué de manière significative depuis l'octroi de la rente entière. Reste à examiner si la décision de rente de l'OAI-VD du 8 novembre 1999 était manifestement erronée.

**7.3** Lorsque l'OAI-VD, en date du 8 novembre 1999, a rendu la décision initiale allouant une rente entière d'invalidité à l'assuré, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, l'office était bien renseigné sur la nature des troubles subis par le recourant. En effet, le médecin traitant de l'assuré à cette époque, la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecine générale, dans son rapport du 24 août 1998, avait décrit un bon état général sans particularités, excepté le status locomoteur, marqué par une boiterie à la marche. Elle avait alors retenu comme activité adaptée à l'invalidité une profession permettant à l'assuré de ne pas trop se déplacer et sans port de charges, précisant qu'une tentative de stabilisation de la cheville et du pied droit avec des chaussures orthopédiques avait échoué. De leur côté, les médecins du service de

rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, Drs G.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 14 août 1998, avaient relevé une nette surcharge psychogène (signes de Waddell positifs) et émis des doutes quant à une éventuelle reprise du travail. En raison d'une demande AI en cours, ils avaient renoncé à une prise en charge ambulatoire sur 3 semaines, mentionnée dans un dernier rapport et préconisé des mesures de type mobilisation active avec exercices à effectuer à domicile. Il résulte d'autre part du rapport des médecins du département universitaire de psychiatrie adulte, Drs I.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du 25 février 1999, que le patient, sur le plan de la symptomatologie psychique, ne s'était pas montré inquiétant, ne serait-ce qu'il s'agissait de suivre de près l'évolution d'un éventuel alcoolisme. Néanmoins, devant l'attente impatiente de l'assuré d'une reconnaissance de l'AI, toute remise au travail semblait vouée à l'échec et les médecins n'étaient pas en mesure de proposer d'alternative à une mise à l'AI complète. La Dresse T.\_\_\_\_\_, dans ses rapports ultérieurs (8 octobre 1998 et 15 juin 1999), avait dès lors attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 15 juin 1998. Or, l'Office cantonal AI, uniquement sur la base des rapports médicaux cités et après un entretien avec l'assuré, avait conclu dans ses rapports intermédiaires des 3 juin et 2 juillet 1999, sans même avoir cherché à établir le degré d'incapacité de gain théorique dans l'activité d'employé d'exploitation ou une activité de substitution médicalement exigible, qu'il était illusoire de vouloir tenter une réadaptation ou d'envisager un retour dans l'économie de l'assuré. L'Office avait donc proposé, le 9 août 1999, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 1999. Cette prestation avait finalement été allouée au recourant sur la base des diagnostics retenus par les médecins, soit des rachialgies chroniques récidivantes sur hypoplasie du membre inférieur droit d'étiologie indéterminée, malformation de la cheville droite avec instabilité médiale, hypervalgisation, surcharge du tendon du tibia postérieur, arthrose secondaire de la cheville droite débutante, déficit de longueur de la jambe droite de 2 cm avec hypoplasie du pied et des péroniers droits, status après hémorragie digestive haute sur ulcère gastrique (28 avril 1998), gastrite à hélicobacter, trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques et histrioniques, fonctionnement intellectuel limite et probable dépendance à l'alcool. A la lumière de ce qui précède, force est de constater que l'instruction menée à l'époque de l'octroi d'une rente entière a été lacunaire dans le sens que la question de la priorité de la réadaptation sur la rente n'a pas été examinée à satisfaction, et que

finalement l'assuré aurait pu reprendre son ancienne activité au centre hospitalier sans limitations importantes. Dans ces circonstances, l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er juin 1999 s'avère comme manifestement erroné.

**7.4** Dans le cadre de la procédure de révision, initiée en été 2002, laquelle a donné lieu à la décision sur opposition litigieuse du 21 juin 2006, l'organe de liaison de la sécurité sociale portugaise a transmis différents rapports médicaux dont un rapport E 213 du 2 décembre 2002 selon lequel l'assuré serait en mesure d'exercer une activité régulière à condition qu'elle soit adaptée au handicap ostéomusculaire et moteur. Un second rapport E 213 du 20 avril 2004 ne décrit aucune limitation fonctionnelle ni neurologique à part une hypervalgisation de la cheville droite et retient une incapacité de travail partielle permanente dans la profession habituelle d'employé d'exploitation. Se référant à un rapport psychiatrique de mai 2003 ainsi qu'à un rapport psychologique d'avril 2004, ce dernier rapport mentionne comme nouveau diagnostic une dépression névrotique, associée à un état d'anxiété élevé. Les expertises psychiatriques et rhumatologiques réalisées en janvier 2005 à la clinique de réadaptation enfin concluent, sur le plan somatique, à l'absence d'argument objectif pour justifier les incapacités significatives et importantes attestées depuis la fin des années 90 et, également sur le plan psychiatrique, à l'absence d'affection justifiant une incapacité de travail. En effet, l'anomalie congénitale de la cheville droite n'est rendue consistante par aucun trouble dégénératif, la cheville et le pied ne présentent pas d'aspect inflammatoire et la fonction aussi bien de la tibio-talienne que de la sous-talienne est excellente. Le rachis ne fait l'objet que de troubles dégénératifs modérés, des éléments parlant pour une compression neurologique pouvant être raisonnablement exclus.

Quant à une éventuelle pathologie d'ordre psychiatrique, force est de constater que l'on se trouve dans le champ du syndrome douloureux somatoforme persistant avec la plainte principale d'une douleur en discordance manifeste avec les éléments somatiques objectifs. Or comme toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Il existe au contraire une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Si les limitations liées à l'exercice d'une

activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 juin 2006 [I 236/05]).

En l'espèce, le psychiatre de la clinique de réadaptation relève comme plainte principale une douleur en discordance très importante avec les éléments somatiques objectifs dans un contexte psychosocial difficile, l'amenant à la conviction que la douleur pouvait avoir une origine psychosociale, et conclut que c'est à juste titre qu'un trouble somatoforme a été retenu. En parallèle, la question d'un abus et d'une dépendance alcooliques est posée, étayée par une stéatose hépatique, alors que la biologie sanguine est rassurante, permettant d'exclure un éthylisme ayant valeur invalidante. Quant aux arguments en faveur d'un trouble anxiété généralisé, l'expert admet que les critères diagnostiques requis pour ce trouble soient réunis, bien qu'à la limite inférieure du seuil diagnostique et en conclut qu'il ne serait pas juste d'affirmer que cette affection génère ici une incapacité de travail significative. Selon l'expert, il en est de même concernant le trouble de la personnalité au vu de l'histoire du sujet et de sa présentation clinique actuelle. Il exclut par ailleurs tout trouble psychotique significatif et relève encore que l'on se trouve face à un tableau clinique où le sujet garde un certain degré d'intégration sociale (famille, amis) et une certaine autonomie (conduite de son véhicule).

En conclusion, en l'absence d'atteinte organique significative et de comorbidité psychiatrique importante, les pathologies décrites dans l'expertise de la clinique de réadaptation ne sauraient expliquer une quelconque limitation relevante de la capacité de travail dans la dernière activité exercée. Le service médical de l'OAIE (Dresse H. \_\_\_\_\_), dans son exposé du 14 avril 2005, se rallia entièrement à l'évaluation des spécialistes. Les documents médicaux produits en

procédure d'opposition et de recours ne firent pas changer d'avis le service médical lequel, dans ses prises de position des 29 mai et 14 août 2006 ainsi que des 21 avril, 6 mai et 28 juillet 2007 (Dr G. \_\_\_\_\_), confirma que la nouvelle documentation n'apporte pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation de la capacité de travail du recourant et qu'une nouvelle expertise ne s'impose pas.

A cet égard, il convient de souligner que l'expertise de la clinique de réadaptation répond aux critères jurisprudentiels permettant de lui attribuer pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.) et qu'il n'existe aucun motif pour l'autorité de céans de s'en écarter. Par ailleurs, les documents produits par le recourant en procédure de recours ne contiennent aucun indice qu'une péjoration de son état ne se soit produit jusqu'au 21 juin 2006 (date de la décision attaquée). Il convient dès lors d'admettre que le recourant aurait été tout à fait en mesure – en faisant l'effort que l'on est en droit d'attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 123 V 96 consid. 4c) – de déployer une capacité de travail de plus de 60% dans une activité d'employé d'exploitation d'un centre hospitalier au moins jusqu'à la date de la décision litigieuse.

**7.5** Dans ce contexte, il convient de relever que, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré, il n'y a pas lieu d'examiner si celui-ci peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et réf. cit.). De même, des facteurs tels que l'âge, un arrêt de travail prolongé ou le manque de formation ne constituent pas des circonstances supplémentaires lesquelles, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et réf. cit.).

## **8.**

Par lettre du 17 septembre 2007, le recourant a implicitement fait valoir une péjoration de son état de santé dans le sens de graves problèmes à la marche et a déclaré devoir se soumettre prochainement à une opération du genou gauche. A l'appui de ces allégations, il a produit un certificat médical du 15 juin 2007 se

rapportant à des examens radiologiques du 20 avril 2007. Par fax du 18 février 2008, il a en outre transmis le rapport d'une étude radiologique du genou droit établi le 6 février 2008 par le Dr O.\_\_\_\_\_. Attendu que ces nouveaux documents ont été déposés après la clôture de l'échange d'écritures et se rapportent à une période postérieure à la décision attaquée du 21 juin 2006 (voir consid. 3 ci-dessus), il se justifie de considérer la lettre du 17 septembre 2007 comme nouvelle demande de prestations et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à l'instruction de celle-ci.

#### **9.**

Conformément aux dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005 de la LAI, il n'est pas perçu de frais de procédure, l'ancien droit s'appliquant aux recours pendants auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification (let. c).

Le recourant a demandé en outre à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens que l'avocat le représentant soit désigné en qualité d'avocat d'office. En vertu de l'art. 65 al. 1 et 2 PA, l'autorité de recours attribue à la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec un avocat si la sauvegarde de ses droits le requiert.

Il apparaît en effet que le recourant qui s'est vu supprimer non seulement la rente de l'assurance-invalidité, mais également celle servie par la caisse de pension, ne dispose d'aucun revenu et se trouve dans une situation précaire. En conséquence et au vu de la complexité du dossier, il y a lieu de lui octroyer l'assistance judiciaire totale demandée. Dès lors, en application des art. 65 PA, ainsi que 7 et 12 du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral du 21 février 2008 (FITAF, RS 173.320.2) – applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF –, une indemnité de Fr. 1'000.- doit être allouée au recourant, représenté par un mandataire professionnel.

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

**1.**

Le recours contre la décision sur opposition du 21 juin 2006 est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Une indemnité de Fr. 1'000.- est allouée au recourant à la charge de la caisse du Tribunal administratif fédéral.

**4.**

Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) conformément au considérant 8.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire )
- à l'autorité inférieure (n° de réf. PT/\_\_\_\_\_ )
- à l'Office fédéral des assurances sociales

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig

Margit Martin