



---

Cour III  
C-372/2007

{T 0/2}

## **Arrêt du 29 mai 2009**

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Francesco Parrino et  
Michael Peterli, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
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 du 13 décembre 2006).

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

**A.a** Le ressortissant portugais A.\_\_\_\_\_, né en [...], a travaillé en Suisse de 1981 à 1994 dans la maçonnerie. Il a obtenu un CFC de maçon en 1992. Parallèlement à son activité principale il a également été concierge à temps partiel de 1987 à 1994. Avant son activité en Suisse il a exercé de 1973 à 1981 une activité de vendeur d'appareils électro-ménagers au Portugal (pces 15 p. 2 et 108 p. 4). Depuis 1984-1985 il s'est plaint de sciatgies prédominant du coté droit dont l'origine remonte à une chute sur le dos d'une hauteur de 3 mètres sur son lieu de travail (pce 108 p. 4 et 6). Depuis novembre 1992 il a connu diverses interruptions de travail pour raisons médicales mais aussi économiques, ayant été licencié puis au chômage. L'année 1994 il fut en incapacité de travail à 100% du 25 août au 31 décembre exceptée une période du 25 octobre au 14 novembre à 50% (pce 4 p. 2).

**A.b** Le 16 novembre 1994 il a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office AI du canton de Genève (OAI-GE, pce 1). En décembre 1994 les rhumatologues des [...] ont posé le diagnostic suivant concernant l'assuré : lombalgies communes chroniques et très discrète protrusion circonférentielle en L4-L5 sans évolution depuis mai 1991 (date du premier scanner lombaire). Ils ont aussi relevé un bon état général de l'intéressé et l'absence de souffle cardiaque, de contracture musculaire, de signes évocateurs pour une compression neurologique, d'arguments pour un canal lombaire étroit et de dysfonctions lombaires. Ils ont par ailleurs signalé des difficultés à la flexion antérieure du rachis et à toute mobilisation du bassin, un Lasègue négatif des deux côtés, une mobilité des hanches sans particularité et indiqué que la présence de la discrète protrusion discale n'expliquait pas la symptomatologie présentée par le patient. Ils ont enfin attesté une incapacité complète dans son métier de maçon, notant qu'une activité professionnelle sans port de charges lourdes, avec fréquents changements de position, était adaptée à l'invalidité de l'assuré (pce 57).

**A.c** Selon un certificat médical du Dr B.\_\_\_\_\_ de Genève du 26 mars 1996, l'intéressé souffre de lombalgies banales sur troubles statiques et dégénératifs anciens. Ce syndrome douloureux contre-indique

toute activité de manutention lourde ou demandant des positions statiques prolongées. Par contre, si on tient compte de ces limites, l'intéressé devrait certainement pouvoir exercer une activité, au moins à temps partiel. Le pronostic, à condition de ne pas exiger des efforts inappropriés, devrait être assez bon, dans ce sens qu'une stabilisation devrait vraisemblablement pouvoir être attendue (pce 25).

**A.d** Dans le rapport COPAI du 28 mars 1996 il a été relevé du point de vue quantitatif que tant les maîtres de réadaptation du COPAI que les responsables du stage d'entreprise ont considéré que l'intéressé ne pouvait pas travailler plus qu'à 50% en raison d'une importante fatigue et une baisse de rendement apparaissant en deuxième partie de journée. Ils ont aussi observé que sur une activité à mi-temps, dans le domaine de la réparation d'appareils électroménagers à 50% sans formation supplémentaire, on pouvait escompter un rendement normal (pce 26).

**A.e** L'intéressé aurait été hospitalisé en novembre 1996 en rhumatologie pour un syndrome vertébral lombaire aigu sans radiculalgie ni déficit neurologique ; un traitement conservateur aurait été rapidement bénéfique (cf. rapport de l'expertise interdisciplinaire du 21 septembre 2005 p. 4 se référant à un rapport d'hospitalisation en Division de rhumatologie des [...] qui ne se trouve pas au dossier de la cause mis à la disposition du Tribunal de céans par l'autorité inférieure).

**A.f** Par décision du 15 avril 1997 de l'OAI-GE, l'intéressé a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour un taux d'invalidité de 60% à compter du 1<sup>er</sup> août 1995 (pce 46). Le taux de 60% fut établi par la prise en compte du salaire de l'intéressé en 1994 y compris son activité accessoire, soit Fr. 61'308.-, et un salaire mensuel pour une activité à 50% dans des activités légères de type réparation de petits appareils électroménagers, soit Fr. 24'700.- (pce 27).

**A.g** En 1997, l'intéressé quitta la Suisse pour le Portugal (pce 47). Sa rente fut reconduite inchangée, suite à une révision, par communication de l'OAIE du 8 mars 2001 (pce 63).

## **B.**

**B.a** En mars 2004 l'OAIE initia une nouvelle révision du droit à la rente. Il porta au dossier notamment les pièces ci-après:

- le questionnaire pour la révision de la rente daté du 16 juillet 2004 selon lequel l'intéressé n'exerce aucune activité lucrative (pce 75),
- un rapport radiologique daté du 13 novembre 2002 faisant état de L3-L4: normal, L4-L5: léger amincissement de l'espace discal avec une protrusion discale circonférentielle accompagnée d'ostéophytose droite mais sans compression radiculaire, L5-S1: sclérose sub-condrale naissante dans les articulations interapophysaires (pce 76),
- le rapport détaillé E 213 de la Sécurité sociale portugaise daté du 4 juin 2004 selon lequel l'intéressé (173cm/90kg) se plaint de lombalgies, présente une limitation modérée de la colonne vertébrale dans l'amplitude des mouvements, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, des séquelles de hernies discales, affections limitant l'intéressé à des travaux légers, ne lui permettant d'exercer son ancienne activité qu'à 50% mais lui permettant d'exercer une activité adaptée à 100% (pce 77).

**B.b** Invité à se déterminer sur cette documentation par l'OAIE, le Dr C.\_\_\_\_\_ de son service médical posa dans son rapport du 30 septembre 2004 le diagnostic de syndrome spondilogène lombaire chronique post-traumatique et de séquelles douloureuses de type lombosciatalgique avec limitations fonctionnelles. Il nota qu'au vu de la succincte documentation médicale il apparaissait que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas subi de changement de même que son taux d'invalidité (pce 79). Le Dr C.\_\_\_\_\_ confirma son appréciation le 23 novembre 2004 sur la base de la documentation disponible relevant qu'une expertise pluridisciplinaire en Suisse était souhaitable (pce 80).

**B.c** Le 12 avril 2005 l'OAIE initia une expertise pluridisciplinaire auprès du COMAI de [...] (pce 86) qui eut lieu du 28 au 30 juin 2005. Selon un rapport radiologique du rachis lombo-sacré effectué le 28 juin 2005 signé du Dr D.\_\_\_\_\_, il est apparu une discarthrose L4-L5 associant un amincissement intersomatique, une sclérose des plateaux vertébraux et une ostéophytose ainsi qu'une surcharge mécanique des articulations interapophysaires de L4 à S1 et des sacro-iliaques (pce 105).

**B.d** L'intéressé informa l'OAIE par acte daté du 4 juillet 2005 exercer une activité lucrative à 50% au taux horaire de Euro 3.75 (pce 100).

**B.e** Dans leur rapport d'experts du 21 septembre 2005, les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ posèrent le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de discarthrose L4-L5 et d'état anxieux et dépressif mixte léger et, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux. Les experts conclurent à une symptomatologie douloureuse présente sans changement s'exprimant par un trouble somatoforme douloureux, non sans quelque simulation, et à un trouble anxio-dépressif qui, traité, pourrait amener une amélioration permettant la récupération d'un rendement normal compte tenu des capacités intellectuelles et professionnelles de l'intéressé pour s'adapter à un emploi en fonction de ses possibilités. Ils notèrent que selon le dossier et leur évaluation actuelle une activité adaptée aurait été exigible à 100% de l'intéressé depuis 1994, sous réserve de ne pas devoir manipuler des charges excédant le poids de 15 kg et ne nécessitant pas des positions assises et debout prolongées. Ils constatèrent aussi que pour l'instant, et sans traitement adéquat, l'anxiété diminuait par moments la capacité de travail à 50%. Cependant, avec un traitement anxiolytique, cette réduction disparaîtrait rapidement à court terme (pce 108).

**C.**

Invité à se déterminer par l'OAIE sur l'expertise produite, le Dr C.\_\_\_\_\_, de son service médical, retint dans son rapport du 10 octobre 2005 un syndrome douloureux spondilogène lombaire chronique, dont une discarthrose L4-L5, un status anxieux et dépressif mixte léger, un trouble somatoforme douloureux. Il nota en se référant à l'expertise qu'un traitement par médication des troubles psychologiques pouvait améliorer sensiblement le status de l'intéressé. Il retint que si l'intéressé devait être considéré en incapacité à 100% dans son activité de maçon depuis le 25 août 1994, il était patent qu'à compter du 30 juin 2005 (expertise du COMAI de [...]) son incapacité était de 0% dans toute activité manuelle adaptée y compris des activités d'intendance dans les services de back-office de cuisine et cantines, de remontées mécaniques, de régulation de trafic et parcage (pce 110).

**D.**

Sur la base du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, l'OAIE effectua le 16

novembre 2005 une évaluation économique de l'invalidité. L'OAIE prit comme référence le salaire de l'intéressé en 1996 avec 13<sup>ème</sup> salaire, soit Fr. 5'070.- indexé 2002 soit Fr. 5'381.-, augmenté d'un revenu pour activité accessoire de Fr. 429.- en 1994 indexé 2002 soit Fr. 467.-, totalisant Fr. 5'848.-. Ce montant fut comparé aux revenus théoriques d'activités de substitution perçus en 2002 par les hommes affectés à des tâches simples et répétitives dans le commerce de gros (Fr. 4'595.-) et de détail (Fr. 4'234.-), soit en moyenne Fr. 4'415.- pour 40 h./sem. et Fr. 4'602.- pour 41.7 h./sem. De ce montant 10% furent déduits compte tenu des circonstances particulières de l'assuré, alors âgé de 47 ans et limité à des activités légères, soit le revenu pris en compte de Fr. 4'142.-. Il s'ensuivit de la comparaison une perte de gain de 29.17% (pce 115).

#### **E.**

Par décision du 29 mars 2006, l'OAIE informa l'assuré que la demi-rente octroyée par décision du 15 avril 1997 était remplacée, à partir du 1er janvier 2004, par trois-quarts de rente et que le changement était dû à la révision de la loi (LAI) et non à une modification du taux d'invalidité (pce 122 et pce TAF 26).

#### **F.**

**F.a** L'OAIE informa l'assuré par projet de décision du 21 juin 2006 que sur la base des nouveaux documents reçus son service médical avait constaté que l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé, comme par exemple une activité sans manipulation de charges excédant 15 kg telle que employé au comptoir de vente libre service/cantine, aide-magasinier au dépôt, grossiste d'articles alimentaires, vendeur de billets (activité assise), concierge / gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée était exigible depuis le 30 juin 2005 et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et qu'en conséquence il n'existait plus de droit à une rente d'invalidité (pce 130).

**F.b** Par acte du 18 septembre 2006, l'intéressé adressa à l'OAIE une documentation médicale faisant valoir une incapacité moyenne de travail de 50% (pces 139 et 142-144).

**F.c** Invité à se déterminer sur celle-ci, le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 novembre 2006 fit état du rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 6 août 2006 relatant le status connu de l'assuré et

indiquant une incapacité de travail de +/- 50% et un status traité par physiothérapie et infiltration de sulphate de glucosamine. Relevant que cette documentation médicale n'apportait pas d'élément nouveau il confirma sa prise de position du 10 octobre 2005 (pce 145).

#### **G.**

Par décision du 13 décembre 2006, l'OAIE informa l'assuré qu'il était apparu de la documentation médicale reçue et établie, y compris la nouvelle documentation médicale du Dr G.\_\_\_\_\_ confirmant les atteintes à la santé mais n'apportant pas d'éléments nouveaux, qu'il n'avait plus droit à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> février 2007 (pce 150).

#### **H.**

Par acte du 12 janvier 2007, A.\_\_\_\_\_ interjeta recours auprès du Tribunal de céans faisant valoir exercer un travail léger au revenu très réduit en raison de ses limitations physiques, dont des blocages fréquents au niveau du dos l'empêchant de travailler et l'obligeant à s'aliter durant plusieurs jours, ne pouvant plus se déplacer (pce TAF 1). Il contesta de même la décision auprès de l'OAIE et joignit à son envoi une documentation médicale, en particulier un certificat du Dr G.\_\_\_\_\_ de 2007 (pce TAF 2). L'OAIE transmit l'acte au Tribunal administratif fédéral comme objet de sa compétence (pce TAF 3).

#### **I.**

**I.a** Invité par le Tribunal de céans à se déterminer sur le recours, l'OAIE transmit la nouvelle documentation médicale à la Dresse H.\_\_\_\_\_ de son service médical pour appréciation. Elle indiqua dans son rapport médical du 24 juillet 2007 que le certificat médical du Dr G.\_\_\_\_\_ de 2007 reprenait les plaintes du patient, faisait état d'une aggravation des douleurs et d'une incapacité de travail du 20 septembre au 9 décembre 2006 (certificats d'arrêt de travail joints). Elle nota que la nouvelle documentation n'apportait toutefois aucun élément nouveau ni argument objectif en faveur d'une aggravation significative et durable. La Dresse H.\_\_\_\_\_ confirma les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ (pce 152).

**I.b** Dans sa réponse au recours du 8 août 2007, l'OAIE conclut à son rejet. Il fit valoir que l'intéressé avait fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au [...] du 28 au 30 juin 2005 et qu'il était apparu que tant sur le plan physique que psychique il était en mesure à compter du 30 juin

2005 d'exercer une activité adaptée à plein temps légère sans port de lourdes charges (max. 15 kg) malgré ses atteintes à la santé, étant admis que son ancienne activité n'était plus exigible. Il nota que l'intéressé avait d'ailleurs repris une activité et que la documentation médicale fournie en procédure de recours n'avait pas modifié la prise de position de son service médical. Il indiqua enfin que selon la comparaison de revenus effectuée prenant en compte une réduction de salaire statistique de 10% pour raison d'âge et de handicap sur les revenus de substitution, la diminution de capacité de gain était de 29% depuis le 30 juin 2005 et que ce taux ne donnait plus droit à une rente d'invalidité selon la législation (pce TAF 9).

**J.**

Par décision incidente du 17 août 2007 (notifiée le 21 août 2007), le Tribunal de céans requit de l'intéressé une avance de frais de procédure de Fr. 300.--, à payer dans un délai de 14 jours dès notification de la décision incidente. Il s'acquitta du montant le 31 août 2008 (pces TAF 10-13).

**K.**

**K.a** Par réplique du 20 septembre 2007, l'intéressé fit valoir que le dernier rapport médical produit daté du 15 septembre 2007 était récent et faisait état d'une aggravation de son status notamment au niveau de la flexion et de l'extension de la colonne vertébrale induisant une invalidité de plus de 50% et la nécessité de traitements. Il releva que son invalidité était totale dans sa profession de maçon, la seule pour laquelle il avait une formation, et indiqua que l'OAIE ne mentionnait pas quelle autre activité il pourrait exercer, d'où le défaut d'objectivité de la décision attaquée. Il joignit un nouveau rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 15 septembre 2007 (pce TAF 14).

**K.b** L'OAIE transmet la nouvelle documentation médicale à la Dresse H.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 31 octobre 2007 elle releva que le Dr G.\_\_\_\_\_ avait repris les résultats d'un CT lombaire récent faisant état d'images sans changement significatif par rapport aux résultats antérieurs, de légers troubles statiques et dégénératifs, d'une limitation à l'examen de la flexion et extension de la colonne, d'un traitement par injections de glucosamine et procaine fondant une incapacité de travail de plus de 50% et l'impossibilité d'efforts pour des poids égaux ou supérieurs à 10 kg. Elle nota que cette documentation n'apportait aucun élément nouveau ni argument objectif en faveur

d'une aggravation significative durable, les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ étant similaires à celles des experts du COMAI et ne les remettant pas en question (pce 154).

**K.c** Par duplique du 8 novembre 2007, l'OAIE confirma sa proposition de rejet du recours et maintien de la décision attaquée (pce TAF 16). Elle fut adressée à l'intéressé pour prise de connaissance par ordonnance du 13 novembre 2007 (pce TAF 17).

**L.**

**L.a** Par acte du 19 février 2008 l'intéressé fit valoir une nouvelle aggravation de son status au niveau lombaire l'empêchant d'exercer toute activité en relation avec ses qualifications professionnelles. Il joignit à son envoi une nouvelle documentation médicale (pce TAF 18).

**L.b** Invitée à se prononcer sur celle-ci par l'OAIE, la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 avril 2008 fit état du résultat d'un CT lombaire du 21 janvier 2008 mentionnant une hernie discale modérée L2-L3, sans répercussion significative intracanaulaire, une hernie discale postérieure L3-L4 médiane-paramédiane gauche, une hernie discale postéro-médiane L4-L5 comprimant le sac dural et les émergences des racines L5, une légère protrusion postéro-médiane L5-S1 sans répercussion intracanaulaire. Elle indiqua le contenu d'un nouveau rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 26 janvier 2008 mentionnant la poursuite des traitements de physiothérapie et des injections de sulfate de glucosamine, la présence d'une nouvelle hernie discale L4-L5, concluant à une incapacité de travail de 100% et à la nécessité d'une évaluation neurochirurgicale. La Dresse H.\_\_\_\_\_ indiqua que la hernie discale L4-L5 n'était pas vraiment nouvelle puisque déjà signalée dans un CT de novembre 2002 mais admit qu'elle devait avoir progressé vu apparemment une compression du sac dural et des émergences de racines L5. Elle indiqua cependant que la présence d'une ou même de plusieurs hernies discales était tout à fait compatible avec l'exercice d'une activité de substitution adaptée et qu'il n'y avait pas d'argument pour modifier les prises de position antérieures (pce 156).

**L.c** Par quadruple du 10 avril 2008, l'OAIE maintint sa détermination, se référant à la prise de position de la Dresse H.\_\_\_\_\_ (pce TAF 20).

**M.**

Le 16 mai 2008 l'intéressé prit acte de la prise de position de l'OAIE et maintint ses conclusions soulignant être dans l'incapacité d'exercer sa profession de maçon, seule activité pour laquelle il était formé (pce TAF 23).

**N.**

Par ordonnance du 13 août 2008 le Tribunal de céans informa l'assuré de la (nouvelle) composition du collège appelé à statuer dans sa cause (pce TAF 24). Celle-ci ne fut pas contestée.

**Droit :****1.**

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

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 la LAI ne déroge à la LPGA.

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

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

**2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999

(ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

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

### **3.**

**3.1** Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

**3.2** L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1 et ATF 130 V 445 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont pas applicables et il est fait référence dans le présent arrêt aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

#### **4.**

**4.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (arrêt du Tribunal fédéral I 702/03 du 28 mai 2004 consid. 1 et les références).

**4.3** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 256 consid. 4).

## **5.**

**5.1** Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), 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.

**5.2** 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).

**5.3** L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'améliora-

tion 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.

**5.4** 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).

**5.5** Par ailleurs, si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erronée de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2009 du 19 février 2009 consid. 2.2 et ATF 125 V 368 consid. 2-3 et les arrêts cités).

## **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.

**6.2** Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 114 consid. 5.4 et ATF 125 V 369 consid. 2).

**6.3** En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision du 15 avril 1997 (confirmée comme étant inchangée le 8 mars 2001) et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision du 13 décembre 2006 dont est recours sont déterminants pour la discussion du cas.

## **7.**

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

**7.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, 2e éd., art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## **8.**

**8.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur pro-

bante 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**8.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

## **9.**

**9.1** En l'espèce, il s'agit tout d'abord de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. En outre, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet

constituer un fondement juridique à un réexamen sans conditions du droit à la rente (v. arrêts du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.4 et 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 et les références citées).

**9.2** L'intéressé fut mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité par décision du 15 avril 1997 de l'OAI-GE à compter du 1<sup>er</sup> août 1995 en raison de lombalgies communes chroniques et de très discrètes protrusions circonférencielles L4-L5. Selon un rapport du COPAI du 28 mars 1996 il fut relevé que l'intéressé ne pouvait travailler qu'à 50% en raison d'une importante fatigue et une baisse de rendement apparaissant en deuxième partie de la journée et qu'une activité à 50% dans la réparation d'appareils électroménagers sans formation supplémentaire pouvait lui permettre d'atteindre un rendement normal. Cette appréciation de status fut reconduite par une communication de l'OAIE du 8 mars 2001.

### **9.3**

**9.3.1** Dans le cadre de la révision du droit à la rente initiée en 2004, il s'est avéré nécessaire d'effectuer une expertise pluridisciplinaire. Celle-ci eut lieu du 28 au 30 juin 2005 (pce 108). Les experts ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de discarthrose L4-L5 et d'état anxieux et dépressif mixte léger et, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux. Il s'en est suivi qu'ils ont estimé que l'assuré pouvait, depuis 1994, exercer une activité à plein temps dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges de plus de 15 kg et ne nécessitant pas des positions assises et debout prolongées.

**9.3.1.1** Sur le plan neurologique (pce 108 p. 9), l'expert a retenu que les seules constatations objectives qu'on pouvait retirer de l'examen sont la présence de troubles statiques légers de la colonne dorsolombaire et, possiblement, une neuropathie des nerfs cubitiaux aux coudes des deux côtés. Il y aurait une importante discordance entre les plaintes et les constatations objectives. Les symptômes décrits par l'assuré dépasseraient largement les simples lombalgies communes, avec une symptomatologie s'inscrivant tout à fait dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Ce caractère démonstratif peut, selon l'avis de l'expert, s'inscrire soit dans un cadre de peurs importantes du recourant par rapport à sa santé, ou alors il s'agirait d'un assuré simulateur. Dans tous les cas, au vu du profil psychologique, avec le

caractère revendicateur de l'assuré, des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec.

**9.3.1.2** D'un point de vue psychiatrique (pce 108 p. 11), selon l'expert, l'assuré présente une sensibilité légèrement anxio-dépressive, raison pour laquelle il répond rapidement à des frustrations insécurisantes de type épisodes de douleurs (présentant des menaces pour son avenir) ou d'autres types de frustrations menaçantes. L'assuré ne présenterait pas une incapacité de travail, mais plutôt une diminution du rendement jusqu'à 50% en raison de l'exacerbation de l'angoisse au moment des crises. Son état peut probablement être amélioré par une prise en charge psychopharmacologique régulière.

**9.3.1.3** En conclusion (pce 108 p. 12 ss), les experts, après la tenue d'une conférence de consensus, signalent qu'ils se sont trouvés face à un homme en bon état général, s'autolimitant pour toute mobilisation de son rachis lombaire en alléguant le déclenchement de douleurs, mais sans qu'ils puissent trouver des signes cliniques. Par contre, ils ont constaté la présence de plusieurs signes de non organicité. Comme seul signe dégénératif du rachis lombaire, les radiographies laissent apparaître un bec ostéophytaire antérieur au niveau de la vertèbre L5. Ce signe radiologique témoignerait d'un processus dégénératif très localisé. Les experts ont admis qu'il peut être à l'origine des lombalgies qui rendent impossible l'activité de maçon, en raison des sollicitations répétées du rachis. Néanmoins, ils estiment qu'ils ne peuvent expliquer la diminution de la capacité de travail dans une activité légère, ceci d'autant moins qu'il n'y aurait eu aucune évolution entre les clichés tomographiques faits en 1991 et 2002. L'examen clinique aurait été parasité par de nombreuses limitations volontaires et contradictoires avec des signes de non organicité évidents, au point qu'ils estiment devoir poser non seulement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, mais également évoquer une simulation. Cependant, du point de vue psychiatrique, ils ont relevé un trouble anxiodépressif qui, à l'heure actuelle, peut être responsable des nombreux abandons de sa place de travail et qui diminue par moments son rendement. Un traitement anxiolytique devrait amener une amélioration qui permettrait la récupération d'un rendement normal. Les experts ont enfin mis en évidence que, depuis le 25 août 1994, il existe une incapacité de travail complète pour l'activité de maçon, qu'aucune activité lourde n'a pu être effectuée depuis lors, que le médecin rhumatologue qui a examiné l'assuré en 2000 attribuait toujours au recourant une

incapacité de travail pour toute occupation impliquant une sollicitation de la colonne lombaire, mais que selon eux et leur évaluation actuelle l'intéressé a toujours gardé une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ils estiment enfin qu'il serait probablement adéquat d'introduire une anxiolyse, voire un traitement antidépresseur, pour augmenter le pronostic et améliorer l'état de santé du recourant. Dans un travail adapté, il n'y aurait pas de raison pour que par la suite une capacité de travail totale ne soit exigible (pour l'instant, et sans traitement adéquat, l'anxiété diminuerait par moments la capacité de travail à 50%. Cependant, avec un traitement anxyolitique, cette réduction disparaîtra rapidement à court terme).

**9.3.2** Au regard de cette appréciation médicale, les constatations de l'autorité inférieure quant à une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré apparaissent inexactes. En effet la situation est restée stable du point de vue rhumatologique. La rente ayant été octroyée pour des raisons rhumatologiques, il ne peut y avoir amélioration de l'état de santé sous cet angle, la maladie psychiatrique s'étant ajoutée par la suite. Au demeurant le Dr C. \_\_\_\_\_ de l'OAIE avait d'ailleurs lui-même indiqué, avant l'expertise effectuée, que l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas amélioré (pce 79). Il n'y a également pas d'amélioration s'agissant d'une modification de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, puisque celui-ci était en mesure déjà le 15 avril 1997 d'exercer une activité adaptée à 50%. Or cette possibilité était également telle au moment du prononcé de la décision litigieuse du 13 décembre 2006, fondée notamment sur l'expertise interdisciplinaire réalisée du 28 au 30 juin 2005 (pce 108 p. 11, 13 et 14), étant précisé que ni un pronostic sur une possible, ou même probable, amélioration future de l'état de santé (psychique) de l'assuré, ni une nouvelle appréciation sur le plan rhumatologique d'un état resté inchangé depuis le 15 avril 1997 (et même depuis le 25 août 1994 selon le rapport d'expertise du 21 septembre 2005; pce 108), peut suffire pour établir à satisfaction de droit une amélioration notable au sens de l'art. 17 LPGA.

## **10.**

Il reste à déterminer si la décision attaquée peut être confirmée pour le motif substitué que les conditions d'une reconsidération de la décision du 15 avril 1997 sont réalisées (consid. 5.5 supra).

**10.1** Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 4.1; 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2).

**10.2** Au vu du résultat de la mesure de réadaptation professionnelle, apprécié au regard des conclusions médicales datant de la même époque, on ne saurait retenir que la décision d'octroi d'une demi-rente prononcée le 15 avril 1997, respectivement la communication de maintien de la demi-rente du 8 mars 2001 (ATF 129 V 110), était manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Dans son rapport (pce 25) établi le 26 mars 1996 à la demande de l'administration, le Dr. B.\_\_\_\_\_ avait considéré que le recourant souffrait de lombalgies banales sur troubles statiques et dégénératifs anciens. Ce syndrome douloureux contre-indiquait à son avis toute activité de manutention lourde ou demandant des positions statiques prolongées. Par contre, le Dr. B.\_\_\_\_\_ estimait que compte tenu de ces limites, le recourant "devrait certainement pouvoir exercer une activité, au moins à temps partiel". Il concluait qu'à condition de ne pas exiger d'efforts inappropriés, le pronostic devrait être assez bon, dans ce sens qu'une stabilisation devrait raisonnablement pouvoir être attendue. Peu après, dans le rapport du COPAI du 28 mars 1996 (pce 24 et 26), il est indiqué que du point de vue quantitatif tant les maîtres de réadaptation du COPAI que les responsables du stage d'entreprise considèrent que l'intéressé ne peut pas travailler plus qu'à mi-temps. En effet, les positions qu'il peut adopter compte tenu de son handicap sont fonctionnelles, mais on observe une fatigue importante et une baisse du rendement dans la deuxième moitié de la journée. L'intéressé pourra donc travailler sans formation supplémentaire dans le domaine

de la réparation d'appareils électroménagers dans une activité à mi-temps. Il a aussi été signalé que le recourant a également effectué un stage dans le montage de tableaux électriques. Son rendement aurait été évalué à 25%, car il n'est pas formé dans le domaine. Cela étant, la décision du 15 avril 1997 selon laquelle l'assuré présentait une incapacité de travail de 50%, et, en conséquence, un degré d'invalidité de 60% n'était de toute façon pas insoutenable sous l'angle de la reconsidération. En effet, dans la mesure où la tentative de réadaptation apparaît compatible avec les indications médicales datant de la même époque, on ne saurait reprocher aux organes de l'assurance-invalidité d'avoir instruit le dossier de manière incomplète ou alors d'avoir commis à l'origine d'autres erreurs manifestes de droit ou de fait. Cela vaut aussi pour la communication du 8 mars 2001, fondée sur un rapport rhumatologique du 22 mai 2000 (pce 60) demandé par le médecin de l'OAIE (pce 59), et sur un rapport médical de révision d'invalidité du Centre régional de la sécurité sociale de Viseu du 22 mai 2000 (pce 61), lesquels relatent un état stationnaire et une incapacité de travail d'au mois 50%. Certes, l'OAIE a indiqué dans sa fiche concernant la nouvelle comparaison des revenus effectuée le 16 novembre 2005 (pce 115) qu'à l'époque de la décision du 15 avril 1997 l'Office AI de Genève avait retenu un salaire sans invalidité inexact. Toutefois, en retenant le salaire sans invalidité selon les chiffres suggérés par l'OAIE, le taux d'invalidité ainsi calculé  $[(66'120 - 24'700 \times 100) : 66'120 = 62,64\%]$ , de surcroît plus favorable au recourant, aurait conduit au même résultat pour ce qui a trait à la rente qui devait être accordée à celui-ci (demi-rente jusqu'au 31 décembre 2003 et puis trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004). On n'est donc de toute façon pas en présence d'une erreur dont la rectification revêt une importance notable au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral dans la cause U 378/05 du 10 mai 2006 consid. 5.3 et références).

**10.3** Il résulte de ce qui précède que la décision du 13 décembre 2006 de suppression du droit à la rente ne peut pas non plus être confirmée au motif substitué que l'octroi, respectivement la confirmation de la rente, était manifestement erroné.

## **11.**

En conséquence, le recours se révèle bien fondé et la décision attaquée doit être réformée dans le sens qu'à partir du 1<sup>er</sup> février 2007 est rétabli le droit en faveur du recourant à trois quarts de rente (confor-

mément à la décision de l'OAIE du 29 mars 2006). Certes, le recourant a aussi fait valoir au stade du recours une aggravation de son état de santé. Toutefois, comme relevé à juste titre par la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 24 juillet 2007 (cf. dans le même sens aussi le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2006, le rapport d'expertise interdisciplinaire du 21 septembre 2005 et le rapport du I.\_\_\_\_\_ du 22 février 2001 [pce 62]), il ne ressort pas des actes de la cause des rapports médicaux qui rendraient plausible une aggravation significative et durable de l'état de santé du recourant, ceci depuis le 15 avril 1997 jusqu'à la date de la décision attaquée.

## **12.**

**12.1** Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais de Fr. 300.- effectuée par le recourant lui est restituée.

**12.2** Le recourant ayant agi sans s'être fait représenter et n'ayant dû supporter de frais indispensables relativement élevés (cf. l'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]), il n'est pas alloué de dépens.

(dispositif sur la page suivante)

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

**1.**

Le recours est admis et la décision attaquée est réformée.

**2.**

La décision de l'OAIE du 13 décembre 2006 est réformée dans le sens qu'à partir du 1<sup>er</sup> février 2007 est rétabli le droit en faveur du recourant à trois quarts de rente.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, est restituée au recourant.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Les voies de droit figurent sur la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Pascal Montavon

**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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :