



Cour III
C-4049/2007

{T 0/2}

Arrêt du 4 novembre 2009

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),
Johannes Frölicher, Michael Peterli, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Jean-Marie Agier,
Intégration Handicap, place du Grand-Saint-Jean 1,
1003 Lausanne,
recourant,

contre

**Fédération Vaudoise des Entrepreneurs, Caisse de
retraite professionnelle de l'industrie vaudoise de la
construction**, Riond-Bosson, 1131 Tolochenaz,
intimée,

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**,
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité intimée.

Objet

AI, décision sur opposition du 1^{er} mai 2007.

Faits :**A.**

A._____, ressortissant portugais, est né en 1954. Divorcé depuis mai 1998, il est le père de deux enfants aujourd'hui majeurs. Il a suivi l'école obligatoire au Portugal, puis a appris sur le tas le métier de manœuvre en bâtiment. Dès 1984, il s'installe en Suisse et travaille comme aide-maçon; il obtiendra en outre le permis de grutier, activité qu'il exercera à côté de celle de manœuvre. A titre accessoire, il effectuera en outre de la conciergerie. Des cotisations AVS/AI sont versées en sa faveur plusieurs années durant.

Le 3 août 1989, il est victime d'une fracture-tassement de C5-C6 suite à un plongeon dans un cours d'eau peu profond (cf. notamment le dossier SUVA produit; ég. pces 69 et 71 OAIE); il n'y pas d'atteinte neurologique et après un traitement conservateur (port d'une minerve), il reprend le travail à 50% le 20 novembre 1989, puis à 100% dès le 26 novembre de cette même année. Le 15 juin 1993, en voulant casser une perche, il s'occasionne une hyperextension forcée de la dernière phalange du pouce droit (pces 205s. SUVA; contusion-distorsion prédominant au niveau de l'interphalangienne; incapacité de travail totale pendant quelques jours, puis partielle durant quelques mois). Le 15 octobre 1993, il entend un craquement dans sa nuque et ressent une vive douleur en fournissant un effort de traction du bras gauche sur un levier ouvrant une benne à béton; ses troubles cervicaux ainsi réactivés (not. pces 126, 154 et 186 SUVA; cervicalgies; cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite; cervicarthrose C4-C5, C5-C6 essentiellement; incapacité totale, hormis quelques jours à 75%, pendant plusieurs années) nécessitent une spondylodèse par voie antérieure de C4 à C6 le 28 juin 1994.

Le 28 février 1995, il dépose une demande de prestations AI pour adultes (pce 1 OAIE). Il y indique être en incapacité totale de travailler depuis le 18 octobre 1993 ensuite d'un accident et être atteint à la colonne cervicale.

Par décision du 20 juin 1997, il est mis au bénéfice d'une rente SUVA de 30% dès le 1^{er} juillet 1997 (pce 24 SUVA; également pce 87 OAIE: pas de révision prévue).

Par décision de l'OCAI Vaud du 17 novembre 1997 (pce 57 OAIE) faisant suite au prononcé du 27 août 1997 (pce 32 OAIE: degré d'invalidité de 71%), l'intéressé est mis au bénéfice d'une rente entière ordinaire d'invalidité dès le 1^{er} juin 1994. Il percevra en outre une rente d'invalidité du 2^{ème} pilier (cf. pce 80 OAIE). Il divorce en mai 1998 (pce 52 OAIE) et s'établit cette même année au Portugal (pce 54 OAIE).

En 1999, une procédure de révision est ouverte par l'OAIE, désormais compétent (cf. pce 62 OAIE). Le 4 octobre 1999, la Clinique romande de réadaptation, à Sion, rend son expertise multidisciplinaire (pce 75 OAIE; ci-après: expertise CRR, des Drs B._____ et C._____, basée notamment sur le rapport du Dr D._____, médecin-chef du service psychosomatique, du 28 septembre 1999, pce 74 OAIE).

Par communication du 24 novembre 1999 (pce 79 OAIE), l'OAIE indique à l'intéressé que son degré d'invalidité n'a subi aucune modification, de sorte que le droit à la rente n'est pas modifié.

Une nouvelle procédure de révision s'ouvre en 2003 (pce 84 OAIE). Sont alors notamment produits:

- le rapport médical du Dr E._____, psychiatre, du centre de santé familial de Viseu, du 29 mars 2004 (pce 93 OAIE);
- le rapport médical détaillé (formulaire E213), Dr G._____, du 27 février 2004 (pce 95 OAIE);
- l'exposé de révision et la prise de position du service médical OAIE, Dr H._____, des 15 et 18 août 2004 (pces 96 et 97 OAIE);
- l'évaluation de l'invalidité (méthode générale) effectuée par l'OAIE le 3 novembre 2004 (pce 99 OAIE).

Par projet de décision du 9 novembre 2004, l'OAIE indique à l'intéressé qu'il n'existe plus de droit à une rente d'invalidité (pce 100 OAIE). Le 24 novembre 2004 (pce 102 OAIE), ce dernier conteste ce point de vue. Sont produits en procédure d'audition:

- le rapport du Dr I._____, médecin de famille et médecin traitant, du 23 novembre 2004 (pce 94 OAIE);

- les déterminations du Dr H._____, des 12 décembre 2004 et 12 juillet 2005 (pces 108 et 109 OAIE);
- le rapport d'imagerie du Dr J._____, du 7 février 2005 (pce 116 OAIE);
- le rapport médical orthopédique du Dr K._____, du 18 février 2005 (pce 117 OAIE);
- le rapport médical détaillé (formulaire E 213), Dr L._____, du 4 mars 2005 (pce 118 OAIE);
- un rapport d'électromyogramme établi par le Dr Negrão (pces 119s. OAIE), du 1^{er} septembre 2005;
- un examen clinique orthopédique détaillé (page relative au ch. 4 du formulaire détaillé E 213), du Dr K._____, du 9 septembre 2005 (pce numérotée 120a par le Tribunal, dossier AOIE);
- le rapport d'examen neurologique du Dr O._____, du 12 septembre 2005 (pce 121 OAIE);
- la prise de position médicale du Dr H._____, du 24 février 2006 (pce 125 OAIE).

Par décision du 16 mars 2006 (pce 128 OAIE), basée sur le prononcé du 28 février 2006 (pce 126 OAIE), l'OAIE supprime le droit à la rente au 1^{er} mai 2006, considérant que l'intéressé serait à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé et lui permettant de réaliser plus de 60% du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était devenu invalide.

Contre cette décision l'intéressé forme opposition par courrier du 17 avril 2006 (pce 129 OAIE). Il explique avoir essayé en 2005 d'exercer une activité professionnelle, sans succès, que son état de santé s'aggrave graduellement, et qu'il est prêt à se soumettre à tout type d'examen en Suisse pour établir ses dires. Il produit en outre:

- des attestations d'employeurs, du 17 août 2005 (pce 112 OAIE) et du 7 octobre 2005 (pce 113 OAIE);

- le rapport du Dr L._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, du 2 avril 2006 (pce 122 OAIE);
- le certificat du Dr I._____, du 4 avril 2006 (pce 123 OAIE);
- le rapport du Dr M._____, neurochirurgien, du 7 avril 2006 (pce 124 OAIE).

Au vu de la prise de position du Dr H._____ du 16 février 2007 (pces 136 et 137 OAIE) et sur la base du procès-verbal Krattinger du 13 avril 2007 du rapport OAIE/médecins du 5 avril 2007 (pce 139 OAIE), l'office rejette l'opposition présentée par décision sur opposition du 1^{er} mai 2007, considérant que les documents présentés en opposition ne contiennent pas d'éléments permettant de s'écarter des avis antérieurs.

B.

Contre cette décision sur opposition l'intéressé, dûment représenté, forme recours le 13 juin 2007, concluant préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation, et, au fond, à ce que les décisions attaquées des 16 mars 2006 et 1^{er} mai 2007 soient déclarées nulles et de nul effet. Il soutient, en substance, que le rapport psychiatrique du 29 mars 2004 est dénué de force probante et que le Dr H._____, non spécialiste en la matière, ne pouvait dès lors en tirer la moindre déduction valable; qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en place; que les rapports déposés par des médecins orthopédiques lors de la seconde révision montrent une aggravation de son « état cervical », qui était déjà auparavant cause d'une incapacité de travail à 50 % même dans une activité adaptée. Dès lors, l'amélioration notable de la santé de l'intéressé n'a pas été établie avec le degré requis de force probante.

Le 4 juillet 2007, le recourant retire sa demande d'assistance judiciaire déposée avec le recours. Il est renoncé à percevoir une avance de frais.

Le 9 juillet 2007, le recourant appelle en procédure la caisse de pension Caisse de retraite professionnelle de l'industrie vaudoise de la construction; par lettre du 7 septembre 2007, celle-ci, indique accepter l'appel en cause, s'estimant liée par l'arrêt que rendra le Tribunal de

céans et, ne pas entendre déposer de réponse; elle demande en outre à être exemptée des frais et dépens éventuels.

C.

Dans sa réponse du 15 octobre 2007, l'OAIE, se fondant sur la prise de position de son service médical, Dr N._____, psychiatre, du 29 septembre 2007 (pce 144 OAIE), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En résumé, l'office considère que l'état de santé de l'intéressé s'est significativement amélioré, que son taux d'invalidité est ainsi désormais de 35%, ce qui exclut tout droit à la rente, et que la documentation médicale figurant au dossier justifie que soit rejetée la demande d'expertise complémentaire du recourant.

D.

Dans sa réplique du 15 novembre 2007, le recourant maintient ses conclusions. Selon lui, une expertise pluridisciplinaire aurait dû être menée avant que ne soit rendue la décision attaquée.

E.

Par duplique du 11 janvier 2008, l'OAIE réitère également ses conclusions, faute pour le recourant d'avoir apporté des éléments nouveaux ou pertinents justifiant de s'en écarter. Tant l'état de santé physique que psychique de l'intéressé ont été documentés dans le cadre de la procédure de révision.

Droit :

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), celui-ci, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); il a partant qualité pour recourir.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a al. 1 let. a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

Le recourant peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

4.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

5.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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 indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

6.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

7.

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 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.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les réf.; 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; 117 V 400, consid. 4b; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329

consid. 3c). Dans cette mesure, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge ou un arrêt de travail prolongé ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois plus difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. RCC 1982 p. 34 consid. 2C; VSI 1999, p. 247 consid. 1 et réf.).

8.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003).

9.

La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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).

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

10.

10.1 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 des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences

sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle prend effet rétroactivement.

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 (ancien art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.1).

10.2 En l'espèce, ainsi que le considère aussi le recourant (cf. recours, p. 4), la communication de l'OAIE du 24 novembre 1999 constitue une telle décision matérielle. Elle est en effet intervenue en fin de procédure de révision, après que le droit à la rente a été examiné, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (cf. ici l'expertise CRR; incapacité de travail de 100% et donc taux d'invalidité à l'avenant; cf. pce 81).

Les diagnostics posés au terme de l'expertise CRR sont les suivants (pce 75 OAIE; cf. également pce 76 OAIE): état dépressif majeur (sévère, sans caractéristique psychotique [F32.3]; cf. pce 74 OAIE); trouble somatoforme douloureux (F45.4; cf. pce 74 OAIE); status après fracture-tassement de C5 et C6, sans trouble neurologique en 1989;

status après spondylodèse C4-C6 en juin 1994; status après distorsion de l'interphalangienne du pouce droit le 15 juin 1993. Sur le seul plan des limitations secondaires à l'atteinte cervicale, l'expertise indique une capacité de travail à 50% dans un emploi allégé permettant une alternance des positions assise et debout ainsi que l'évitement du port de charge de plus de 10kg. Sur le plan psychiatrique, l'état dépressif sévère qui se surajoute au trouble somatoforme douloureux justifie à lui seul une incapacité de travail de 100%.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient que les atteintes psychiques, singulièrement l'état dépressif majeur sévère, ont principalement justifié l'incapacité de travail totale prise en compte par les experts et le service médical OAIE.

11.

Lors de la seconde procédure de révision, une expertise psychiatrique fut mise à nouveau en oeuvre. Pour le Tribunal, elle ne prête pas le flanc à la critique, respecte les exigences rappelées plus haut et a pleine valeur probante. En effet, un spécialiste l'a réalisée et elle comprend une anamnèse détaillée, fait état des plaintes du patient et de leur évolution, contient un examen objectif se référant au comportement du patient, à son humeur, à ses idées présentes, etc.; de plus, il y est prononcé sur les questions du traitement et de la thérapie, ainsi que sur la nécessité d'examens complémentaires; enfin, elle contient un diagnostic précis, un pronostic, et une prise de position quant à l'exigibilité d'une activité lucrative et quant à la mesure dans laquelle celle-ci pourrait être effectuée (capacité de travail).

L'argumentaire du recourant pour contester la validité de cette expertise tombe à faux et est dépourvu de toute pertinence. L'affirmation purement gratuite que l'examen du psychiatre n'aurait duré que cinq minutes ne convainc absolument pas. En outre, il n'était pas attendu de ce praticien portugais une connaissance du système social et de la jurisprudence helvétiques, mais bien la possession d'un savoir médical de spécialiste à même de lui permettre une analyse de la situation du patient sur le plan psychique, ce dont il s'est acquitté de façon satisfaisante ainsi que l'a relevé aussi le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie au service médical OAIE.

Un psychiatre peut poser notamment le diagnostic de trouble somatoforme douloureux; c'est d'ailleurs ce qu'avait fait le Dr

D._____, sur l'expertise de deux pages duquel le recourant se fonde sans expliquer en quoi elle se différencierait tellement de celle du Dr E._____ que la première aurait pleine valeur probante, mais aucunement la seconde. Or, ce dernier praticien n'a vu aucun motif de retenir l'existence d'un tel trouble; bien plus, il n'a constaté aucune altération avec une signification psychopathologique évidente. Pourtant, si l'intéressé avait alors encore présenté un état dépressif, notamment, le spécialiste aurait à l'évidence été en mesure de le relever, surtout si l'on se souvient que ce trouble fut qualifié de « majeur sévère » par l'expert s'étant prononcé en 1999. Cette amélioration de l'état de santé psychique est au reste attestée également par le fait que l'intéressé n'a jamais recherché un suivi et des soins psychiatriques ou même psychologiques depuis son retour au Portugal, d'une part, et par la très faible médication qu'il a indiquée prendre lors de la seconde expertise psychiatrique (pce 95 OAIE; cf. également pces 95 et 121 OAIE), d'autre part. La seule absorption d'un anti-inflammatoire et d'un cachet de tranquillisant au dosage moyen pour aider à s'endormir lorsqu'il se sent très perturbé par des douleurs cervicales ne saurait en effet en aucun cas être comprise comme une réponse ayant dû être apportée à la prétendue présence de troubles psychiques tels que ceux diagnostiqués en 1999 et particulièrement pas à celle d'un état dépressif majeur sévère. L'on se souviendra aussi que le Dr D._____ avait mis l'accent sur les tensions et difficultés conjugales de l'intéressé (rappelées aussi par le Dr E._____ dans l'histoire du patient); or, celui-ci est divorcé et vit avec son amie depuis plusieurs années, dans une relation qu'il qualifie de bonne, précisant s'occuper avec les petites activités domestiques de la vie quotidienne. Enfin, à lire le Dr N._____, la relative stabilité de sa situation financière (perception de rentes AI, LPP et SUVA) a pu aussi heureusement favoriser l'équilibre (euthymie) constaté par le Dr E._____. A noter au demeurant que l'intéressé n'a produit à ce jour aucun document susceptible d'infirmer les déterminations des deux spécialistes E._____ et N._____.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal retiendra qu'il est suffisamment démontré que l'intéressé ne pâtit plus d'une quelconque atteinte psychique ayant valeur de maladie; il n'y a plus sur ce plan aucune affection grave, importante et présentant un caractère invalidant. Son état de santé s'est ainsi durablement et notablement amélioré du fait de la disparition du trouble somatoforme douloureux et de l'état dépressif dont il souffrait auparavant. Partant, c'est à raison qu'il a été

tenu compte de cet élément dans la seconde procédure de révision. Le recours doit être rejeté sur ce plan-là, aucune incapacité de travail quelconque ne pouvant désormais être déduite d'une atteinte psychique.

12.

12.1 Pour l'OAIE, seules doivent dès lors être prises en compte les affections somatiques de l'intéressé. L'office retient à cet égard les diagnostics de status après fracture-tassement de C4 et C6, ainsi que celui de status après spondylodèse C4-C6 en juin 94 (cf. pce 97 OAIE). Considérant que les limitations fonctionnelles sont localisées à la colonne cervicale exclusivement et qu'il n'y a aucune atteinte neurologique centrale ni périphérique (cf. réponse; également pce 97 OAIE: limitations fonctionnelles et cervicalgies modérées), l'OAIE admet que l'ancienne activité lourde ne peut être reprise, mais soutient en revanche qu'il est exigible de l'intéressé d'un point de vue médical qu'il exerce à 80% une activité de substitution plus légère adaptée (ouvrier non qualifié, etc.; pces 94ss OAIE).

12.2 Le Tribunal observe d'abord ce qui suit. Contrairement à ce qu'a indiqué l'intéressé à plusieurs médecins lors de la seconde procédure de révision, son accident d'août 1989 n'a pas eu comme conséquence qu'il n'a pu reprendre son travail qu'après un an de convalescence et qu'à 50%. Une fois son traitement conservatoire achevé (port d'une minerve), il a au contraire recommencé à travailler à 100%, dès la fin novembre 1989 et aucun document n'atteste d'arrêts de travail importants à 50% après cette date et jusqu'au 15 juin 1993 (accident au pouce; cf. pce 3 OAIE; pce 1 SUVA). En outre, il sied de relever la satisfaction exprimée par plusieurs médecins quant à l'opération de 1994 (spondylodèse) et quant à ses effets (cf. pces 75 OAIE, p. 94 et 124).

Cela étant, le Tribunal constate aussi que selon l'expertise CRR (pce 75 OAIE, p. 8), si globalement l'examen du rachis était décrit comme satisfaisant, la capacité de travail était néanmoins estimée, en s'en tenant aux limitations secondaires à l'atteinte cervicale, à 50% dans un emploi allégé permettant une alternance des positions assise et debout ainsi que l'évitement du port de charge de plus de 10kg. En retenant dans la décision attaquée du fait des seules atteintes somatiques une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, l'OAIE a de fait considéré qu'il y avait sur le plan somatique également

une amélioration de la situation (cf. réponse). Pour ce faire, l'office s'est fondé notamment sur le rapport d'imagerie du 7 février 2005 (pce 116 OAIE) faisant état d'une absence d'altérations significatives au niveau du bassin et se bornant pour le reste à indiquer la présence d'une fixation chirurgicale en C5-C6-C7, d'une scoliose lombaire convexe à gauche et d'une ostéophytose des corps lombaires; sur l'électromyogramme des membres supérieurs et inférieurs mené (pce 120 OAIE), qui n'a révélé aucun signe de lésion nerveuse; sur le rapport du neurologue O._____ (pce 121 OAIE), qui mentionne uniquement de possibles séquelles radiculaires cervicales bilatérales et non récentes, des réflexes myotatiques conservés à part un "hypo-réflexe" stylo-radial à droite, ce dernier étant de surcroît qualifié de léger, et une possible séquelle d'une lésion du nerf à la hanche droite; sur l'examen orthopédique du 9 septembre 2005 du Dr K._____ (pce 120a OAIE), dont il ressort que les limitations les plus importantes figurent au niveau cervical uniquement; sur les formulaires E213 produits qui relèvent pour l'un une limitation accentuée de l'amplitude des mouvements et de la mobilité de la colonne cervicale, ainsi qu'un cou incliné à droite, une mobilité des membres supérieurs et inférieurs bonne hormis à la hanche droite et des mains sans particularité, pour l'autre, s'agissant de la colonne vertébrale, une inclinaison latérale du tronc cervical et une rigidité, la mobilité des membres étant bonne; ces deux dernières pièces ne retiennent au titre de diagnostic relevant que celui de séquelles de traumatisme à la colonne (cervicale) n'empêchant pas l'exercice régulier d'une activité légère adaptée (pces 95 et 118 OAIE [un plein temps serait même possible, selon ce dernier document]; cf. également la conclusion du rapport neurologique pce 121 OAIE).

Les différents documents susmentionnés corroborent la position défendue par l'OAIE (cf. notamment pce 125 OAIE). Toutefois, le Tribunal observe que le service médical dudit office s'est exprimé de façon relativement succincte (cf. pces 108 et 139 OAIE) sur les rapports médicaux des médecins consultés par l'intéressé après que lui fut communiqué le projet de décision du 9 septembre 2004 (pces 123 OAIE, semblable à celles 94, 122 et 124 OAIE). Or, en dépit de la réserve avec laquelle il y a lieu de considérer, en cas de doute, une pièce médicale qui provient d'un médecin traitant (cf. supra), respectivement qui ne distingue pas clairement ce qui relève de l'ordre de la plainte de ce qui découle de constatations et d'examen objectifs, force est d'admettre cependant que l'OAIE a insuffisamment

indiqué pourquoi les prétendues affections somatiques figurant dans les pièces produites par l'intéressé et qui ne concernent pas la problématique cervicale ne seraient pas pertinentes ici. Surtout, l'office n'a pas expliqué de façon à emporter la conviction du Tribunal en quoi l'état somatique de l'intéressé présenterait désormais une amélioration telle que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne serait plus de 50%, mais de 80%. A cet égard, le Tribunal souligne que pour l'expertise CRR de 1999 comme pour l'OAIE lors de la seconde révision, les éléments somatiques déterminants quant à la capacité de travail concernaient également la seule problématique cervicale (cf. pce 75 OAIE, p. 5ss); en outre, les experts ne retenaient pas non plus une atteinte neurologique pertinente. De plus, s'agissant du rachis cervical, le Tribunal ne voit pas bien où se situerait l'amélioration conséquente dans les résultats de l'examen du 9 septembre 2005 (pce 120a OAIE; il est précisé que le médecin l'ayant effectué ne s'est pas prononcé quant à la collaboration du patient) par rapport à ceux de 1999 (cf. pce 75 OAIE, p. 6 et p. 8). De même font défaut dans ce rapport de septembre 2005 (pce 120a OAIE) et comme dans d'autres (cf. pces 116, 117, 120a et 121 OAIE), la mention claire d'éventuelles limitations fonctionnelles au vu des affections constatées, ainsi que de leur portée quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Dès lors, pour le Tribunal, l'OAIE n'a pas établi suffisamment que sur le plan somatique l'augmentation de la capacité de travail de 50% à 80% découlait d'une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, et non pas uniquement d'une appréciation différente d'un même état de santé que celui prévalant en 1999. A noter que l'OAIE n'a pas prétendu que l'état de santé de l'intéressé serait resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain auraient en revanche subi un changement important.

Le Tribunal n'est dès lors pas en mesure d'examiner si la situation s'est notablement modifiée depuis la dernière décision entrée en force non seulement du fait de la disparition de la problématique psychique, mais aussi d'une amélioration sur le plan somatique. Or, un juge ne se substituera pas à un médecin lorsque pour apprécier une situation de fait il faut disposer de connaissances spéciales. Dans la mesure où les circonstances de l'espèce demandent impérieusement de pouvoir disposer d'une expertise complète et univoque sur le plan somatique, l'autorité de céans ne saurait sans celle-ci valablement juger la présente cause au fond et se rallier sans autre aux conclusions matérielles de l'autorité intimée quant à l'existence d'une capacité de

travail de 80% dans une activité adaptée sans limitations fonctionnelles importantes et relevantes, et donc quant à la justification de la décision attaquée supprimant la rente de l'intéressé.

12.3 Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire. Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas.

Par conséquent, l'OAIE invitera le médecin en charge du suivi somatique du recourant, si un tel suivi existe actuellement, à rendre un rapport détaillé; ensuite, l'office mettra en œuvre une expertise médicale permettant d'établir l'état de santé somatique de l'intéressé. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'autorité inférieure, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date à la visite, en tenant compte de toutes les limitations constatées dans d'éventuelles activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision. Ensuite, après la procédure d'audition, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

13.

Le chef de conclusions préalable du recourant tendant à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur le plan psychique et sur celui somatique doit être rejeté. En effet, ainsi que vu, outre nombre de pièces relatives à l'état somatique de l'intéressé, le dossier constitué lors de la seconde révision contient déjà une expertise psychiatrique probante constatant la disparition de toute atteinte de ce point de vue.

14.

Au vu de l'issue du présent recours, il ne sera pas perçu de frais de procédure (63 al. 1 et 2 PA; art. 6 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Sur la base du dossier, de l'issue de la procédure, de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le mandataire du recourant y a dû consacrer, une indemnité de dépens

de Fr. 1'200.- sera allouée à ce dernier, à charge de l'autorité intimée, en application de l'art. 64 PA et de l'art. 7 FITAF.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 1^{er} mai 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il complète l'instruction conformément au considérant 12 ci-dessus.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 1'200.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (acte judiciaire)
- à l'intimée (acte judiciaire)
- à l'autorité intimée (n° de réf. Recommandé)
- à l'OFAS

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

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 :