



---

Cour III  
C-4698/2007  
{T 0/2}

## Arrêt du 1er juillet 2009

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège), Elena Avenati-Carpani, Vito Valenti, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représenté par Maître Jacques Micheli, place Pépinet 4,  
case postale 6919, 1002 Lausanne,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision sur opposition  
du 19 juin 2007).

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

**A.a** Le ressortissant portugais A. \_\_\_\_\_ né en 1958, a travaillé en Suisse de 1980 à 1994, dont chez Z. \_\_\_\_\_ SA à Prilly comme aide d'atelier du 1<sup>er</sup> août 1987 au 7 septembre 1994. Il cessa son activité pour raison de santé. En 1993 il souffrit de trois épisodes de péricardite d'étiologie indéterminée, dont la dernière avec pleurésie et un syndrome inflammatoire biologique important (cf. pce 36) dans un contexte de précordialgie sans étiologie claire, aboutissant le 23 mai 1995 à une péricardectomie antérieure (cf. pce 38) sans que les précordialgies ne furent supprimées. En 1995 des troubles dégénératifs cervicaux (cf. pce 39) débouchèrent sur l'ablation de l'uncarthrose bilatérale C6-C7 avec spondylodèse par greffe autologue (pces 41, 144 p. 10). L'intéressé déposa une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 25 août 1995 (pce 1).

**A.b** Par décision du 6 février 1996 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (OAI-VD), il fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1995 (pce 18). L'assuré étant rentré au Portugal en août 1996, la Caisse suisse de compensation reprit le versement des rentes d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1996 (pce 25).

**A.c** Une révision du droit à la rente en 1999 conduisit à sa reconduction, aucune amélioration orthopédique et neurologique de la symptomatologie n'ayant été constatée (pce 46).

**B.**

**B.a** L'OAIE initia en novembre 2003 une nouvelle révision du droit à la rente (pce 48). Il reçut notamment un rapport E 213 de la sécurité sociale portugaise daté du 4 mars 2001 complété de rapports radiologiques. Selon le rapport E 213 l'intéressé n'exerce pas d'activité lucrative, présente des douleurs à la mobilité de la colonne cervicale, n'a pas de limitation de la colonne lombaire, présente des douleurs à l'élévation des bras, une mobilité conservée des membres inférieurs, une hernie discale C5-C6, des paresthésies, des cervicalgies, soit un status aggravé par comparaison au status antérieur le limitant à des travaux légers à moyens avec changements de positions, permettant

l'exercice d'une activité adaptée à plein temps (pce 55). Un examen du 12 décembre 2003 mit en évidence des vertèbres C6-C7 post chirurgie sans compression intracanalair à ce niveau et une petite protrusion discale en C3-C4 et C4-C5 non significative (pces 58 s.). Un autre examen du 14 janvier 2004 révéla une discrète protrusion discale L5-S1 (pce 61). Un nouveau rapport E 213 des 18 février / 17 mars 2004 confirma pour l'essentiel le précédent E 213 et la possibilité pour l'assuré d'exercer à temps complet un travail adapté avec changement de position, sur terrain plat (pce 62).

**B.b** Invitée à se déterminer sur la documentation médicale, la Dresse B.\_\_\_\_\_ de l'OAIE reprit dans son rapport du 25 juin 2004 le diagnostic des rapports E 213 de l'assuré, souligna la présence de hernies discales aux niveaux C4-C5, C5-C6 et C6-C7 nécessitant des anti-inflammatoires et des tranquillisants. Elle nota des cavités cardiaques de taille normale, à mobilité normale, aucun épanchement cardiaque, des séquelles mineures d'une discopathie C5-C6, pas de diminution de force au niveau des membres supérieurs, pas de limitation de mouvements, soit un status permettant d'accomplir un travail en position assise telle que concierge, surveillant, magasinier, ceci depuis la date du rapport médical E 213 du 4 mars 2001 (pces 65 s.). Elle précisa son appréciation dans un nouveau rapport du 18 octobre 2004 notant que les constatations radiologiques correspondaient à une amélioration par rapport à l'examen radiologique de décembre 1999 où l'on notait une hernie discale médiolatérale gauche avec compression médullaire. Elle nota que l'examen clinique avait montré une mobilité des membres supérieurs symétriques et sans limitation, qu'il n'y avait pas d'atrophie musculaire mais uniquement des paresthésies sans diminution de la force musculaire (pce 67).

**B.c** L'OAIE effectua une évaluation de la perte de gain de l'assuré par comparaison de revenus avec et sans invalidité en date du 20 septembre 2004 prenant pour base le dernier salaire de l'assuré indexé 2002 et les revenus de substitution avec invalidité que l'assuré pourrait réaliser à 100%, sous déduction de 5% pour tenir compte de ses limitations personnelles, et parvint à un taux d'invalidité de 33.28% dès le 4 mars 2001 (pce 73).

**C.****C.a**

Par projet de décision du 22 octobre 2004, l'OAIE informa l'assuré que sur la base de la nouvelle documentation médicale reçue il avait été constaté que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé, comme par exemple concierge, surveillant de parking ou magasinier était à nouveau exigible à partir du 4 mars 2001 et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et qu'en conséquence il n'existait donc plus de droit à une rente d'invalidité (pce 78).

L'intéressé fit valoir s'opposer à ce projet par acte du 4 novembre 2004 au motif de l'aggravation de son état de santé. Il se référa à des documents joints en annexe non au dossier (cf. pce 79). L'OAIE requit de la Dresse B.\_\_\_\_\_ en date du 18 novembre 2004 une nouvelle prise de position (pce 80), laquelle ne figure pas au dossier.

**C.b**

Par décision du 17 janvier 2005, l'OAIE confirma son projet de décision et énonça que l'intéressé n'avait plus droit à une rente à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005, ses observations et les documents remis le 4 novembre 2004 ayant été pris en compte (pce 82).

**D.**

**D.a** Par opposition du 25 février 2005, l'intéressé, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés / FSIH, contesta toute amélioration de son état santé et produisit une attestation du Dr C.\_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de l'assuré à Renens, du 25 février 2005 (cf. pce 135), établissant, après consultation du 3 février 2005, que sa situation clinique avait nettement empiré, que la pathologie cardiaque était d'un point de vue subjectif plus importante (palpitation, dyspnée d'effort de grade 2), que l'intéressé présentait des cervicobrachialgies gauches avec une hernie discale C5-C6 invalidante, des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, qu'il présentait toujours une incapacité de travail de 100% pour toute activité. L'assuré conclut au maintien de sa rente (pce 89).

**D.b** Invitée à se déterminer sur l'opposition, la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 25 avril 2005, posa le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales, status après spondylodèse de décompression

C6-C7 en août 1995, péricardite constrictive, probablement virale en janvier, avril et juin 1993, opération pour péricardectomie antérieure en mai 1995, lombalgies chroniques, status après fracture bi-malléolaire droite en 1992. Elle mit en évidence les problèmes cardiaques et ostéoarticulaires de l'intéressé. Elle nota que les examens coronarographiques et échocardiographiques avaient montré l'absence d'atteinte des coronaires et une fonction cardiaque conservée, elle releva des plaintes actuelles de palpitations, de dyspnée d'effort bien que l'échocardiographie ne montrait aucune lésion et une fonction systolique conservée. Relevant des cervicobrachialgies et paresthésies des membres supérieurs sur hernie discale ayant motivé une spondylodèse et décompression, elle nota qu'il persistait après l'intervention une hyporéflexie bicipitale droite et une parésie du récurrent droit. Elle indiqua que le rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ décrivait uniquement des plaintes de l'assuré et concluait à une péjoration mais qu'il n'y avait aucun élément objectif plaidant pour une péjoration. Elle releva qu'il était également difficile de prouver une amélioration au vu de la persistance des plaintes. Elle conclut à la nécessité d'une expertise multidisciplinaire avec une évaluation par un neurochirurgien ou un orthopédiste et par un cardiologue (pce 92).

#### **E.**

Par décision sur opposition du 2 mai 2005 l'OAIE admit partiellement l'opposition dans le sens de la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire (pce 94).

#### **F.**

**F.a** L'intéressé fut examiné au Centre d'expertise médicale de X.\_\_\_\_\_ (Centre médical X) le 26 janvier 2006. Dans leur rapport du 24 mars suivant les Drs E.\_\_\_\_\_, rhumatologue, F.\_\_\_\_\_, psychiatre, et G.\_\_\_\_\_, cardiologue, relevèrent un excellent état général avec un excès pondéral (160.5cm/68kg; BMI : 26.39), la possibilité de marcher sur les pointes et les talons des pieds, de s'agenouiller (avec crissement rotulien), pas de trouble statique significatif, une dds de 18 cm, un examen des membres supérieurs sans particularité avec musculature préservée, un examen des membres inférieurs avec quelques limitations mais une répartition symétrique du pas documentée par l'usure symétrique des semelles, un status pulmonaire sans particularité, un status cardiovasculaire dans la norme avec un discret épanchement péricardique, un status

psychiatrique sans trouble thymique ou affectif, des capacités de mentalisation pauvres, une sociabilité dans les normes, pas d'élément floride de la lignée psychotique objectivé, pas d'élément floride de la lignée dépressive mis en évidence, une anxiété de motifs financiers. Ils résumèrent le dossier radiologique 2005 par l'évocation d'un bloc osseux C6-C7 en position physiologique sans décalage, une discrète spondylose C5-C6 sans répercussion canalaire évidente, une discrète discopathie sous-spondylodèse en C5-C6, une petite hernie discale médiane L5-S1 sur un canal de dimension normale. En phase de discussion, les experts notèrent, abstraction faite de phénomènes d'amplification subjectifs, une gestuelle normale, une personne à l'aise pour se déplacer, se tenir assis, se déshabiller, une bonne musculature, pas de déconditionnement, un port de charges limitées à 10-15kg, la nécessité de pouvoir alterner les positions, d'éviter les positions prolongées ou accroupies à genoux, les déplacements continuels sur terrains instables et l'utilisation d'échelles. Les experts ne notèrent pas d'aggravations autres que des atteintes dégénératives axiales et des plaintes subjectives en inadéquation avec les constatations objectives. Sur le plan cardiovasculaire les experts retinrent une exacerbation des douleurs thoraciques à l'effort ne limitant pas l'intéressé dans une activité professionnelle sans efforts soutenus. Sur le plan psychique, ils relevèrent une personnalité compensée et une capacité de travail entière. Ils notèrent au final une capacité de travail complète dans une activité adaptée (pce 144).

**F.b** Invitée à se déterminer sur l'expertise, la Dresse D.\_\_\_\_\_ de l'OAIE indiqua dans son rapport du 4 mai 2006 qu'au vu du rapport précité l'examen clinique ostéoarticulaire ne montrait plus aucun déficit ni sensitif ni moteur au niveau des membres supérieurs, qu'en discordance avec la multiplicité des plaintes il n'y avait actuellement plus aucune limitation fonctionnelle objectivable, que sur le plan cardiaque il n'y avait plus aucun élément d'irritation péricardique, qu'il y avait toutefois une suspicion pour une cardiopathie ischémique mais que celle-ci ne constituait pas une contre-indication à une activité professionnelle sous réserve de devoir limiter de trop gros efforts notamment soutenus, que la capacité de travail dans une activité adaptée était complète, qu'en conclusion la prise de position de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2004 pouvait être confirmée (pce 147).

**F.c** L'OAIE effectua une nouvelle comparaison de revenus le 7 juin 2006 en retenant les salaires statistiques les plus récents valeur 2004 et parvint à une perte de gain de 31.13% (pce 150).

**G.**

Par décision du 2 mai 2005, l'OAIE confirma, sur la base du résultat du complément d'instruction, le bien-fondé de sa suppression de rente à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 (pce 152).

**H.**

Par acte du 17 juillet 2006 l'intéressé, représenté par la FSIH, forma opposition contre la décision indiquant avoir requis le contenu de l'expertise le 26 juin précédent et être toujours dans l'attente de la motivation; constatant la violation du droit d'être entendu, il conclut purement et simplement à l'annulation de la décision (pce 155). Par envoi du 25 juillet 2006 l'OAIE transmit à la FSIH l'entier du dossier (pce 157).

Par acte du 15 octobre 2006, l'intéressé, nouvellement représenté par Me J. Micheli, à Lausanne, compléta son opposition. Il fit valoir une péjoration de son état de santé attestée par le Dr C.\_\_\_\_\_. Il nota que le rapport du Centre médical X avait retenu un diagnostic juxtaposable avec ceux qui avaient justifié l'octroi de la rente en 1996 et 1999 et que le rapport ne mettait pas en évidence en quoi son état de santé se serait amélioré depuis la dernière révision de 1999. Il joignit à son opposition deux nouveaux rapports médicaux de l'Hôpital de DIA du 8 septembre 2006 faisant état d'une foraminectomie L5 droit et d'une extirpation de hernie discale L5-S1 en juillet 2006. En droit, il nota qu'une nouvelle appréciation du cas n'ouvrait pas la voie à la révision. Il releva de plus que l'activité de concierge ne s'exerçait pas en position assise. Il conclut à une nouvelle expertise pluridisciplinaire (pce 161).

**I.**

Invitée à se déterminer sur l'opposition, la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 31 mai 2007, releva qu'il était clair que les diagnostics présents depuis plusieurs années étaient superposables mais que les observations cliniques et les améliorations devaient être confirmées. S'agissant des activités de concierge et de magasinier proposées, elle indiqua que celles-ci pouvaient être exercées en alternance de positions et étaient adaptées. S'agissant de l'expertise du Centre médical X, elle indiqua que les observations cliniques étaient fouillées et fiables, que les experts étaient des médecins reconnus dans leur

domaine. Enfin, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, elle admit une aggravation temporaire de l'état de santé de l'intéressé du 20 juillet au 31 décembre 2006 en relation avec l'intervention chirurgicale subie, mais la possibilité de la reprise d'une activité de substitution ensuite (pce 165).

**J.**

Par décision sur opposition du 19 juin 2007 l'OAIE rejeta l'opposition interjetée et confirma la décision attaquée du 15 juin 2006. Il fit valoir l'amélioration de l'état de santé de l'assuré dans les termes du rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 4 mai 2006 (cf. *supra* Fb), il nota que l'expertise du Centre médical X était fouillée et répondait aux critères de la jurisprudence pour lui reconnaître toute valeur probante, il indiqua que les activités de concierge et de magasinier pouvaient s'effectuer en alternance de positions, la position assise n'étant pas requise de façon absolue pour l'intéressé lequel était limité par des ports de charges de 10-15 kg et des positions soutenues en porte-à-faux, prolongées ou accroupie à genoux. Enfin il nota que les nouveaux documents médicaux attestant d'une foraminotomie L5 droite et d'une extirpation de hernie discale le 20 juillet 2006 permettaient de prendre en compte une aggravation de l'état de santé temporaire du 20 juillet au 31 décembre 2006 mais n'ouvrait pas un nouveau droit à la rente (pce 167).

**K.**

Contre cette décision sur opposition, l'intéressé, représenté par Me J. Micheli, interjeta recours en date du 10 juillet 2007. Il conclut sous suite de dépens à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au maintien de sa rente entière, subsidiairement à une nouvelle instruction et décision. Il fit valoir que l'OAIE avait procédé à une nouvelle appréciation du cas, ce que ne permettait pas la voie de la révision, que la comparaison des états de santé des années 1996 et 1999 avec la situation actuelle ne pouvait que fonder une péjoration et en tout cas pas une amélioration sensible, que même le rapport du Centre médical X avait relevé une situation assez stable restée semblable depuis son retour au Portugal. Il joignit une nouvelle documentation médicale (pce TAF 1).

**L.**

Invitée à se déterminer sur le recours par l'OAIE, la Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 janvier 2008, fit état des nouveaux

documents médicaux reçus, à savoir plusieurs rapports de radiologie, la plupart anciens, concernant les colonnes cervicale et lombaire, un IRM lombosacrée du 13 mars 2007 confirmant une fibrose épidurale post-chirurgicale L5-S1 (déjà établie le 29 septembre 2006) avec englobement de la racine S1, la présence d'une discrète discopathie L4-L5 sans signe de compression, pas de récurrence de la hernie discale, un IRM du 6 février 2007 relevant un bloc vertébral C6-C7 avec discarthrose C5-C6 avec saillie discoligamentaire et ostéophytaires postérieures centrale gauche, occasionnant une légère déformation de la moelle et pouvant entraîner une compression radiculaire à confronter avec la clinique, une échocardiographie du 22 janvier 2007 montrant une fonction globale conservée, sans altération de la cinétique segmentaire ventriculaire et une discrète lame de liquide péricardique sans répercussion fonctionnelle. La Dresse D.\_\_\_\_\_ indiqua que ces résultats étaient superposables à ceux antérieurs et n'apportaient aucun élément en faveur d'une aggravation ni ne permettaient de modifier les conclusions de l'expertise et des prises de position antérieures (pce 169).

#### **M.**

Par réponse au recours du 17 janvier 2008, l'OAIE maintint sa détermination d'une amélioration de l'état de santé du recourant. Il indiqua que l'examen clinique ostéoarticulaire ne montrait plus aucun déficit ni sensitif ni moteur au niveau des membres supérieurs, que sur le plan cardiaque il n'y avait plus aucun élément d'irritation péricardique, qu'il y avait une suspicion pour une cardiopathie ischémique mais que celle-ci ne constituait pas une contre-indication à une activité professionnelle, que l'amélioration constatée en 2004 avait été confirmée par l'expertise et qu'une activité de substitution adaptée était à nouveau exigible à 100%, laquelle déterminait une perte de gain de 31% depuis le 4 mars 2001, taux ne donnant plus droit à une rente. L'OAIE indiqua que les nouveaux documents médicaux reçus n'avaient pas permis de revenir sur son appréciation, une nouvelle expertise ne se justifiant par ailleurs pas (pce TAF 9).

#### **N.**

Par réplique du 12 février 2008 l'intéressé adressa six nouveaux documents médicaux succincts et conclut à ce que soit requise une nouvelle expertise médicale. Il fit valoir un status stabilisé sans amélioration (pce TAF 11).

**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. 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. 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'une ressortissante 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.**

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 sur opposition 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, ATF 130 V 445 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par

la nouvelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont pas applicables.

#### **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 au 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. 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). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants suisses (cf. 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], annexe II art. 1<sup>er</sup> ch. 2), 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 à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 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 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, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b)bb, ATF 116 V 246 consid. 1b; Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2009 IV n° 8 p. 16). 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'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. L'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI prévoit que la diminution ou la sup-

pression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

## 6.

**6.1** Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a établi 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 108 consid. 5.4, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références citées).

**6.2** En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1995 ensuite d'une décision du 6 février 1996. Cette rente a été reconduite en 1999 à la suite d'une procédure de révision qui n'a pas fait l'objet d'une décision formelle. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi, depuis lors une modification doit être jugé *in casu* en comparaison des faits ayant fondé la décision du 6 février 1996 et des faits à la date de la décision litigieuse du 19 juin 2007.

## 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, 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. (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 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 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; 118 V 290 consid. 1b et les références). 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.**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'administration ne peut rendre une décision sur opposition de nature cassatoire, en ce sens qu'elle se limite à annuler la décision précédente en raison de la nécessité d'une instruction complémentaire. L'administration doit compléter le dossier et réformer la décision initiale par une décision sur opposition mettant fin à l'instance (ATF 131 V 407). Dans la présente cause l'autorité inférieure a rendu à tort le 2 mai 2005 une décision sur opposition de nature cassatoire annulant la décision du 17 janvier 2005. Cela étant, la décision de l'OAIE du 19 juin 2007 doit être considérée comme la décision sur opposition mettant fin à la première instance.

Il s'ensuit que la suppression de la rente au 1<sup>er</sup> mars 2005 conformément à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, vu la décision du 17 janvier 2005, pourra être maintenue si au fond la décision de suppression de rente devait être confirmée.

## **10.**

**10.1** En l'espèce l'intéressé a été mis au bénéfice d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1995 par décision de l'OAI-VD du 6 février 1996 essentiellement en raison de graves problèmes cardiologiques avec récives et complications sans étiologie définie sur lesquels se sont greffés des problèmes ostéoarticulaires au niveau de la colonne cervicale qui débouchèrent sur l'ablation de l'uncarthrose bilatérale C6-C7 avec spondylodèse. Ce status a fondé à juste titre le droit pour l'assuré à une rente entière. En 1999 le droit à une rente entière a été confirmé sur la base d'une procédure de révision qui s'est fondée sur des rapports médicaux portugais ayant relevé un status sans changement, lequel a été confirmé par l'OAIE.

**10.2** A l'occasion de la révision initiée fin 2003 une importante documentation médicale, dont notamment le rapport médical du Centre médical X du 24 mars 2006, ont permis de clarifier un status ostéoarticulaire en grande partie superposable à celui de 1996 notamment du point de vue radiologique étant admis qu'une nette amélioration ne saurait être reconnue. Les experts ont retenu au

niveau clinique que l'intéressé avait une gestuelle normale, était à l'aise dans ses déplacements, pouvait maintenir la position assise, pouvait se déshabiller sans problème, avait une bonne musculature, pouvait effectuer des ports de charges jusqu'à 10-15 kg et était donc en mesure d'exercer une activité permettant des positions alternées sous réserve d'éviter les positions accroupies et à genoux et l'utilisation d'échelles. Au plan rhumatologique le Tribunal de céans partage l'avis de la Dresse D.\_\_\_\_\_ selon lequel l'examen clinique ostéoarticulaire permet de conclure à la possibilité d'activités adaptées. Compte tenu de l'opération cervicale pratiquée en 1995, il sied d'admettre que le status de l'intéressé était compatible avec l'exercice d'une activité légère en 1996 comme en 2005. Cette appréciation n'est toutefois pas déterminante pour la résolution du présent litige car par rapport à 1996 il appert une nette amélioration sur le plan cardiopathique. La décision d'octroi de rente de 1996 s'est en effet essentiellement fondée sur des épisodes de péricardite dont la dernière avec pleurésie et un syndrome inflammatoire biologique important dans un contexte de précordialgie ayant abouti à une péricardectomie antérieure. Le status était à ce niveau totalement invalidant. En 2005 et 2006 les rapports E 213 et le rapport du Centre médical X relevèrent un status pulmonaire sans particularité, un status cardiovasculaire dans la norme avec un discret épanchement péricardique. Commentant la documentation médicale portugaise, la Dresse D.\_\_\_\_\_ nota que les examens coronarographiques et échocardiographiques avaient montré l'absence d'atteinte des coronaires et une fonction cardiaque conservée. Elle releva des plaintes de dyspnée d'effort telles que relevées par le Dr C.\_\_\_\_\_ mais nota que l'échocardiographie ne montrait aucune lésion et une fonction systolique conservée. Les experts du Centre médical X notèrent uniquement sur le plan cardiovasculaire une exacerbation des douleurs thoraciques à l'effort ne limitant pas l'intéressé dans une activité professionnelle sans efforts soutenus. Le Tribunal de céans, vu également le fait que l'intéressé ne présente pas de problème psychiatrique, peut dès lors confirmer l'appréciation de l'OAIE ayant retenu une amélioration significative de l'état de santé de l'intéressé entre 1996 et 2005 au plus tard.

**10.3** Au vu du caractère fouillé et complet du rapport du Centre médical X, que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ ne saurait mettre en doute par les plaintes subjectives énoncées non objectivées à l'examen du Centre médical X, il y a lieu de relever par anticipation d'appréciation

de preuve (cf. *supra* consid. 7.2) que d'autres expertises complémentaires ne sont pas nécessaires. Reste à examiner quelle est la perte de gain subie par l'intéressé du fait de son invalidité.

## 11.

**11.1** Le gain d'invalidé est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

La comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1).

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

**11.2** En l'espèce l'OAIE a procédé à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus entre le salaire annuel de l'intéressé valeur 1994 indexé 2004 (la suppression de la rente intervenant en 2005), soit Fr. 6'070.-, avec un revenu théorique 2004 pour des activités de substitution simples, répétitives et légères dans les services collectifs, le commerce de détail et la réparation d'articles ménagers, soit en moyenne pour 40h./sem. Fr. 4'231.- et pour 41.6 h./sem., usuelles dans ces branches, Fr. 4'400.- sous déduction de 5% pour tenir compte des limitations personnelles de l'intéressé, soit Fr. 4'180.- déterminant une perte de gain de 31.13%.

**11.3** Il appert toutefois des remarques de l'intéressé quant aux activités de substitution proposées par la Dresse D. \_\_\_\_\_ qu'il y a lieu de prendre pour comparaison des activités plus étendues des secteurs notamment de la production, de l'industrie manufacturière, du commerce, de la réparation, des services, etc., plus généralement les activités élargies selon la Tabelle TA1 de l'Enquête suisse sur les salaires 2004. Il est certain qu'au nombre de celles-ci des activités adaptées à l'état de santé de l'intéressé, simples, répétitives et de nature sédentaire, permettant une alternance de positions, sont nombreuses. Selon la Tabelle TA1 il y a lieu de retenir le revenu de Fr. 4'588.- pour 40 h./sem. et, pour 41.6 h./sem., de Fr. 4'771.50, sous déduction, non pas de 5% mais de 15%, de l'avis du Tribunal de céans, pour tenir compte de façon plus appropriée des limitations personnelles, pour raison d'âge et de limitation à des travaux légers sédentaires de l'assuré, alors âgé en 2005 de 47 ans, soit Fr. 4'055.80, déterminant une perte de gain de 33.18%. Or ce taux n'ouvre plus le droit à une rente.

**12.** C'est donc à juste titre que l'Office intimé a supprimé le droit à la rente de l'assuré avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2005, par décision du 17 janvier 2005 (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI) confirmée par sa décision sur opposition du 19 juin 2007.

Par voie de conséquence, le recours doit être rejeté et la décision du 19 juin 2007 confirmée.

**13.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

L'intéressé ayant été débouté, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA en relation avec les 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]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué d'indemnité de dépens.

**3.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant du recourant (Acte judiciaire).
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances.

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

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 :