



Cour III
C-4848/2007

{T 0/2}

Arrêt du 9 février 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Beat Weber et
Franziska Schneider, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Christelle Boil,
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 11 juin 2007 en matière
de révision d'une rente).

Faits :**A.**

Le ressortissant portugais A._____, né en 1954, a travaillé en Suisse, années complètes ou temporairement, de 1980 à 1981 et de 1983 à 1990 (pce 43) initialement comme maçon jusqu'au 11 juillet 1984, activité qu'il a dû cesser pour cause de maladie (pce 5), puis dans diverses activités professionnelles dans le cadre de 5 mesures de reclassement initiées par l'assurance-invalidité entre 1986 et 1989 et de 2 emplois en 1989 et 1990 résiliés par l'employeur (cf. pce 115 p. 3 s.). Il fut reconnu en invalidité à 100% dès le 1^{er} octobre 1990 par un prononcé du 4 mai 1992 de la Commission AI du canton de Neuchâtel (pce 50) qui fit l'objet de décisions y relatives de la Caisse cantonale de compensation du canton de Neuchâtel des 9 octobre 1992 et 17 janvier 1994 (pces 55 et 61). Sur le plan somatique le diagnostic de status après spondylodèse postérieure L4 à S1 pour discopathie L4-L5 et spondylolyse L5-S1 permettant en principe toute activité plutôt légère avec port d'un corset 3 points fut retenu par le Dr B._____, chirurgien (rapport du 7 juin 1991, pce 112). Sur le plan psychiatrique il fut relevé une somatisation chez une personnalité immature et phobique, une fragilité narcissique présentant une décompression dépressive et psychosomatique, des difficultés d'introspection, une dépression masquée, un status très perturbé, soit des atteintes limitant totalement la capacité de travail dans le cadre d'un status psychologique anosognosique quant à l'atteinte psychique, toute mesure médicale psychiatrique s'avérant inutile (rapport du 25 novembre 1991 de la Dresse C._____, psychiatre, p. 2 et 6, pce 115).

B.

Par communication du 3 juin 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) communiqua à l'assuré, retourné au Portugal, la reconduction de son droit à une rente entière, son degré d'invalidité n'ayant subi aucune modification (pce 130). Cette appréciation se fonda sur le rapport du Dr D._____ de l'OAIE qui retint le 26 mai 1999 le diagnostic de syndrome douloureux lombovertébral chronique persistant, signe clinique d'irritation radiculaire L5 irradiant au membre inférieur droit, status post spondylodèse postérieure L4-S1, limitation fonctionnelle persistante, personnalité immature phobique avec dépression larvée (pce 129). Il sied de relever que dans un rapport psychiatrique signé de la Dresse E._____, du 11 décembre 1998, il n'est pas relevé de suivi

psychiatrique ni sur ce plan de pathologie incapacitante, seules existant des plaintes sporadiques d'anxiété, les mains révélant par contre un travail dur (pce 124).

C.

C.a Le 17 septembre 2003, l'OAIE initia une révision du droit à la rente (pce 131). Il apparut de la documentation produite, dont un rapport E 213 du 3 février 2004, que, sur le plan strictement somatique, l'intéressé, en bonne santé générale, rachis avec séquelles post-opératoire de hernie discale lombaire, membres supérieurs et inférieurs sans particularité, distance doigts-sol (dds) de 25 cm, mince, à la marche normale, pouvait exercer une activité légère à plein temps (cf. pces 137 s. et 142). Invité à se déterminer sur cette documentation, le Dr F._____ de l'OAIE conclut dans son rapport du 4 octobre 2004 à la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité légère à 50% à compter du 4 décembre 2003 telle que concierge, gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée (pce 143). Il précisa sur le plan psychiatrique qu'il avait été reconnu invalide à 100% en 1991 en raison d'une personnalité très perturbée sur le plan psychique de type anosognosique, qu'en décembre 1998 il avait été décrit comme normal par la Dresse E._____, psychiatre, et que l'intéressé souffrait actuellement d'un trouble de la personnalité l'empêchant éventuellement de faire face à ses douleurs sans que les derniers rapports psychiatriques n'en donnent cependant des indices (pce 146).

C.b L'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité de l'assuré en date du 21 décembre 2004 et parvint, pour un taux de capacité de travail résiduelle de 50% dans des activités légères à un taux d'invalidité de 59.84%, soit 60%, dès le 4 décembre 2003 (pce 152).

C.c Par projet de décision du 22 décembre 2004, l'OAIE informa l'assuré que sur la base de la documentation médicale nouvellement établie il était apparu qu'il était en mesure d'exercer une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé comme par exemple concierge, gardien d'immeuble, de chantier, surveillant de parking, de musée à compter du 4 décembre 2003 permettant de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et que, de fait, la rente payée jusqu'[alors] devrait être remplacée par trois quarts de rente (pce 154). L'assuré n'ayant pas réagi audit projet de décision,

l'OAIE lui adressa la décision en question le 19 mai 2005 avec effet au 1^{er} juillet 2005 (pce 159).

C.d Par acte du 21 juin 2005, l'intéressé forma opposition contre la décision précitée faisant valoir un état invalidant à 100% pour des raisons orthopédiques (pce 161). Il compléta par acte du 22 juillet 2005 son opposition par des rapports médicaux (pce 162) et indiqua par acte du 13 septembre 2005 n'avoir eu au Portugal que de succincts examens médicaux (pce 163).

C.e Invité à se déterminer sur l'acte d'opposition, la Dresse G._____ dans son rapport du 8 décembre 2005 indiqua que l'avis d'un médecin psychiatre était essentiel à l'appréciation de l'invalidité de l'assuré (pce 168). Dans un rapport du 21 janvier 2001 (pce 171), le Dr H._____ de l'OAIE, psychiatre, conclut à la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire vu le rapport négatif de la Dresse C._____ en date du 25 novembre 1991 et les rapports positifs ne relevant pas d'atteinte psychique, outre une symptomatologie dépressive, des Dresses E._____ du 11 décembre 1998 et I._____ du 9 août 2004 (cf. pce 192).

C.f Par décision sur opposition du 3 février 2006, l'OAIE admit partiellement l'opposition contre sa décision de diminution de rente dans le sens de la nécessité d'une instruction complémentaire; il confirma par ailleurs le retrait de l'effet suspensif (pce 173). Une décision sur opposition analogue fut également envoyée en date du 21 février et du 6 mars (datée du 3 mars) 2006 (pces 176 s.).

D.

D.a L'assuré fut ensuite examiné au CEMed de Nyon le 18 mai 2006. Dans leur rapport du 4 août suivant, les Drs J._____, rhumatologue, et K._____, psychiatre, relevèrent des informations données par l'assuré un status sédentaire, hormis une activité régulière de pêche au bord du fleuve, sans possibilité d'exercer quelque activité lucrative en raison de douleurs apparaissant au bas du dos dès un quart d'heure en position assise ou debout. Sur le plan somatique, ils ne notèrent rien de particulier des plaintes de l'assuré. Sur le plan psychique, ils notèrent une dépression, des angoisses et des troubles du sommeil allégués. L'examen somatique mit en évidence un parfait état général (177cm/69kg), une musculature athlétique, une déambulation normale avec dissociation de la ceinture lombo-

pelvienne, le maintien de la position assise sans difficulté pendant les anamnèses successives, une raideur lombaire temporaire lors de l'examen, un rachis sans particularité, des membres supérieurs sans particularité avec des callosités assez marquées en regard des paumes des mains, des membres inférieurs sans particularité avec hyperkératose en regard des deux genoux, une mobilité coxo-fémorale complète. Sur le plan psychiatrique ils ne relevèrent pas de signe dépressif ou anxieux, d'idéation suicidaire, de pathologie psychiatrique sous-jacente grave ou actuellement décompensée, d'élément de la lignée psychotique. Le jugement et le raisonnement furent retenus comme parfaitement dans les normes. Ils notèrent du dossier radiologique une spondylarthrose étagée avec ostéophytes, une olisthesis de la dernière vertèbre sacrée inférieure à 1 cm, des calcifications artérielles et/ou ganglionnaires, des lésions d'arthrose des articulaires postérieures, une protrusion discale homogène, pas de conflit radiculaire. A la discussion du cas, les experts admirent objectivement une certaine raideur lombaire variable à l'examen jugée modérée et ne relevèrent pas d'autres atteintes somatiques que le diagnostic de spondylodiscarthrose et status après hémilaminectomie de L5 droite et spondylodèse L4-S1 avec olisthesis résiduel L4-L5. De l'importante liste médicamenteuse fournie par l'assuré, l'analyse des taux sériques indiqua une mauvaise compliance. Compte tenu du dossier radiologique, les experts retinrent la possibilité d'une irritation lors de certaines activités soutenues du rachis et dès lors des limitations fonctionnelles rachidiennes pour les activités de force avec limitation de ports répétitifs de charge à 10kg, l'évitement de terrains accidentés, de mouvements répétitifs en antépulsion/rotation du tronc ou en hypertension, l'évitement de longs déplacements. Il retinrent, sur le plan physique, dans le cadre de ces limitations respectées, une capacité résiduelle de travail pleinement exigible dans une activité physiquement moins lourde que celle de maçon. Sur le plan psychique, les experts retinrent des symptômes de fatigue constante suggérant un syndrome d'apnées du sommeil non invalidant traitable, un status sans sentiment de culpabilité, une confiance en soi présente, une libido maintenue, l'inexistence de psychopathologie. Il notèrent un status proche de l'évaluation faite au COMAI en 1986 et en 1998 par le psychiatre portugais (Dresse E._____). Ils relevèrent qu'il était difficile de comprendre rétrospectivement les diagnostics psychiques antérieurs de névrose d'angoisse, dont la guérison spontanée est rarissime, de personnalité fragile, de signes de névrose de conversion, d'important état dépressif massivement nié, ni comment la suspicion d'un

état dépressif sous-jacent avec des somatisations chez une personnalité fruste avec début d'évolution régressive probable avait pu conduire à l'octroi d'une rente à 100%. Ils retinrent au final sur le plan psychique une capacité de travail complète concordant avec l'évaluation du médecin psychiatre portugais, bien que la reprise du travail risquait d'être bien difficile après les années d'inactivité passée (pce 206).

D.b Invité à se déterminer sur le rapport précité, le Dr H._____, dans sa prise de position du 23 septembre 2006, retint l'absence de diagnostic psychiatrique et un status inchangé sur le plan somatique devant éviter le port de charges lourdes mais permettant une pleine activité dans des activités de substitution depuis le 18 mai 2006 telles que concierge, gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée, petite livraison avec véhicule, enregistrement, classement archivage, distribution de courrier interne, commissionnaire (pce 210).

D.c L'OAIE effectua une évaluation de l'invalidité économique de l'assuré en date du 21 décembre 2006 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004. Il prit comme référence de revenu sans invalidité le salaire d'un ouvrier dans la construction affecté à des tâches simples et répétitives en 2004, soit Fr. 4'829.-, et comme revenu avec invalidité le salaire d'activités de substitution telles que proposées par le Dr F._____ dans sa prise de position du 4 octobre 2004 comparables à des activités simples et répétitives dans le secteur des services collectifs et personnels, soit en 2004 Fr. 4'181.- à 100% sous déduction de 10% pour facteurs personnels portant le revenu à Fr. 3'763.-. Ces montants comparés (base de 40 h./sem. non adaptée à la durée effective du travail car identique dans les deux secteurs) détermina une perte de gain de 22% ($(4'829 - 3763) \times 100 : 4'829 = 22.07\%$; pce 213).

D.d Par projet de décision du 24 janvier 2007, l'OAIE informa l'assuré que, sur la base de la nouvelle documentation médicale, il avait été constaté que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé était à nouveau exigible comme par exemple concierge, gardien d'immeuble / de chantier, surveillant de parking / musée et permettrait de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité et que dès lors c'était non seulement à juste titre que la rente entière avait été remplacée par un $\frac{3}{4}$ de rente à partir du 1^{er} juillet 2005 mais que cette dernière devait être encore supprimée à l'avenir (pce 215).

D.e Par acte du 14 mars 2007, l'intéressé, représenté par Me C. Boil, contesta le projet de décision. Il fit valoir n'avoir été que succinctement examiné au CEMed de Nyon en moins de deux heures, que l'expert psychiatre n'avait pas suffisamment investigué ses troubles dont le fait de se considérer totalement invalide pour des raisons physiques alors que des raisons essentiellement psychiques avaient motivé son invalidité. Il nota que le Dr H. _____ avait relevé une dépression masquée dont les signes objectifs étaient précisément masqués par les manifestations somatiques. Il contesta tout signe extérieur physique de travail et conclut à la nécessité d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il joignit une nouvelle documentation médicale dont notamment un certificat médical du Dr L. _____, psychiatre, et des radiographies (pce 218).

D.f Examinant la documentation médicale nouvellement fournie, l'OAIE conclut par procès-verbal du 26 avril 2007 que celle-ci n'apportait pas d'élément nouveau ni n'était en contradiction avec les conclusions de l'expertise du COMAI du 18 mai 2006 (pce 221).

D.g Par décision du 11 juin 2007, l'OAIE supprima la rente de l'assuré au 1^{er} août 2007 faisant valoir que non seulement la rente entière avait été remplacée à juste titre par 3/4 de rente à partir du 1^{er} juillet 2005 mais encore que cette dernière devait être supprimée à l'avenir. Il précisa que le certificat du Dr L. _____ n'apportait pas d'élément d'un diagnostic psychiatrique, ni d'anamnèse ou d'un status qui justifierait une incapacité de travail du point de vue psychiatrique et que les autres documents, y compris les radiographies, n'apportaient pas non plus d'éléments nouveaux (pce 223).

E.

Par actes du 16 juillet 2007, A. _____, représenté par son mandataire, interjeta recours auprès du Tribunal administratif fédéral. Il conclut au maintien du droit à la rente comme mesure provisionnelle et, quand au fond, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction sous suite de frais et dépens. Il demanda par ailleurs, faisant valoir son indigence, l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. Il fit valoir le diagnostic de somatisation dans le cadre d'une personnalité immature et phobique, une dépression masquée depuis octobre 1990 et une exacerbation actuelle de ses angoisses par la perspective de la suppression du droit à la rente. Il releva que l'expertise du CEMed avait

été réalisée de façon partielle et non crédible compte tenu du peu de temps consacré à son examen et du fait que l'expert n'avait pas établi une amélioration de son état de santé mais avait plutôt mis en doute le diagnostic psychiatrique antérieur. Il nota que l'expert n'avait nullement pris en considération qu'il avait subi huit échecs dans ses tentatives de reprendre une activité lucrative de même qu'un échec de suivi psychiatrique. S'agissant des rapports des Dresses E. _____ du 11 novembre 1998 et I. _____ du 9 août 2004 allant dans le sens des constatations de l'expertise du 4 août 2006, il releva qu'ils ne reposaient pas sur une étude complète du dossier et qu'ils n'indiquaient pas sur quels éléments ils se fondaient pour retenir une pleine capacité de travail de sorte qu'ils n'avaient aucune valeur probante. S'agissant des rapports du centre régional de segurança social de Norte Porto du 1^{er} décembre 1999, qui incluait les constatations de la Dresse E. _____, confirmant une invalidité de 100%, et du Dr F. _____, reconnaissant une incapacité de travail de 50% et un droit à $\frac{3}{4}$ de rente, il nota que le rapport des experts n'en tenait pas compte (pces TAF 1a et 1b).

F.

F.a Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE proposa en un premier temps, dans sa réponse du 25 octobre 2007, le rejet de la requête de retrait de l'effet suspensif (pce TAF 5).

F.b Par décision incidente du 7 novembre 2007, le Tribunal de céans rejeta la requête (pce TAF 8).

G.

Invité à prendre position sur la nouvelle documentation médicale, le Dr H. _____ de l'OAIE indiqua dans son rapport du 10 novembre 2007 que les examens somatiques ne mettaient pas en évidence de troubles incompatibles avec sa prise de position du 23 septembre 2006 basée sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMed réalisée selon les règles de l'art, que les rapports des Drs M. _____ et L. _____ ne contenaient pas de diagnostic CIM-10 ni de mise en évidence d'éléments objectifs (pce 237).

H.

Par acte du 16 novembre 2007, le recourant produisit un rapport médical de son médecin psychiatre, le Dr M. _____, daté du 26 octobre 2007, faisant état d'un suivi mensuel depuis mars 2006 pour dépres-

sion endogène dans le cadre d'une personnalité immature extrêmement troublée, d'un déficit important dans le contrôle des impulsions, d'un état de désespoir permanent, avec des plaintes constantes notamment dans des situations de stress, de somatisation de douleurs chroniques lombalgiques et sciatalgiques à droite résistantes au traitement et aux médicaments entraînant, dans le cadre de périodes de légères améliorations et de rechutes, l'impossibilité d'assumer une activité lucrative (pce TAF 12).

I.

Par actes des 16 novembre et 18 décembre 2007, le recourant porta à la connaissance du Tribunal de céans les informations relatives à sa demande d'assistance judiciaire (pce 14).

J.

Dans un rapport du 9 février 2008, le Dr H._____ indiqua que le rapport du 26 octobre 2007 du Dr M._____ était superposable à celui du 5 juillet 2007 et que sa prise de position du 10 novembre 2007 en avait dès lors pris compte (pce 239).

K.

K.a En date du 15 février 2008, la représentante du recourant adressa au Tribunal de céans un nouveau rapport médical du Dr M._____, daté du 6 février 2008, indiquant que le recourant présentait, depuis mars 2006, une personnalité immature et extrêmement perturbée, type borderline (DSM-IV-TR, 301.83), et signalant une exacerbation réactionnelle à l'idée de perdre son droit à la rente avec un risque de suicide très réel (intention de se suicider déjà manifestée dans d'autres circonstances). Il nota qu'il subsisterait, par ailleurs, une suspicion d'idéation paranoïde, une perturbation dépressive majeure d'intensité modérée (DSM-IV-TR, 296.32) et une grande tendance, sous stress, à somatiser (lombalgies et sciatalgies, perturbation de douleurs chroniques [DSM-IV-TR, 307.89]), soit des affections ne lui permettant pas d'avoir une pratique professionnelle normale et donc un retour à la vie professionnelle active, comme l'avait déjà relevé la Dresse C._____ en 1991, bien que par moments l'intensité de la symptomatologie psychiatrique soit moindre (pce TAF 16).

K.b Le rapport du Dr M._____ fut transmis à l'OAIE en date du 28 février 2008 (pce TAF 19).

L.

Par acte du 19 février 2008, l'OAIE se détermina au fond sur le recours concluant à son rejet. Il fit valoir que l'expertise réalisée en mai 2006 au COMAI de Nyon avait porté aussi bien sur l'état physique que psychique du recourant et qu'il était apparu que l'état de santé de l'intéressé s'était significativement amélioré sur le plan psychiatrique depuis l'attribution de la rente entière en 1992 de sorte qu'une activité adaptée légère à moyenne ne surchargeant pas le rachis lombaire était à nouveau exigible du point de vue médical à 100%, l'incapacité de travail dans l'ancienne activité exercée de maçon restant totale. Il nota que la nouvelle documentation médicale avait été soumise à son service médical qui avait confirmé ses précédentes conclusions et qu'en application de la comparaison de revenus sans et avec invalidité la diminution de capacité de gain était de 22%, taux ne donnant plus droit à une rente. Enfin, il releva que le dossier était suffisamment documenté et qu'une nouvelle expertise ne se justifiait manifestement pas (pce TAF 18).

M.

M.a Par réplique du 23 avril 2008, le recourant maintint ses conclusions et souligna qu'il contestait la valeur probante de l'expertise du COMAI de Nyon pour les motifs déjà évoqués dans le recours et les diverses observations déposées. Il souligna aussi que dans ses rapports du 10 novembre 2007 et 9 février 2008, le H._____ avait indiqué que les certificats des Drs M._____ et L._____ étaient incomplets de sorte qu'il n'y avait pas matière à modifier sa position du 23 septembre 2006. Il nota qu'une telle prise de position aurait été admissible si les certificats ne présentaient pas d'éléments qui pouvaient remettre en question l'expertise du COMAI, ce qui n'était pas le cas. Par ailleurs, il releva que vu l'insistance du Dr M._____, dont on ne saurait sans autre remettre en doute la crédibilité, l'autorité inférieure aurait dû procéder à un complément d'instruction soit en posant des questions précises au Dr M._____ soit, comme requis à plusieurs reprises, en procédant à une expertise enfin complète (nécessitant plus de 45 minutes). Il joignit à sa réplique, pour convaincre l'OAIE de la gravité de la situation, un nouveau rapport médical (Evaluation psychologique) du Dr M. M._____ daté du 4 avril 2008 faisant état, en référence à un test psychologique effectué le 18 mars 2008, de perturbation émotionnelle, anxiété élevée, désintérêt général, tristesse, irritabilité, status conflictuel, sujet

extrêmement immature, somatisation des problèmes, grande difficulté à gérer le stress, perturbations délirantes occasionnelles, status nécessitant un accompagnement psychiatrique au-delà du suivi actuel (pce TAF 22).

M.b Le recourant compléta son envoi en date du 13 mai 2008 signalant avoir développé un cancer du colon et joignit un rapport médical du 26 avril 2008 faisant état de tumeurs végétatives d'aspect malin et de polypes (pce TAF 24).

M.c Invité à se déterminer sur la documentation médicale nouvellement adressée, le Dr H._____, dans un rapport du 24 mai 2008, maintint ses prises de position antérieures. Il prit acte du rapport gastroantérologique du 26 avril 2008 et nota que le rapport du Dr M._____ du 4 avril 2008 ne contenait que les résultats d'un test psychologique qui ne pouvait remplacer en aucune manière un rapport clinique (pce 241).

M.d Par duplique du 28 mai 2008, l'OAIE maintint sa position antérieure. Il indiqua que le rapport du centre hospitalier [...] du 26 avril 2008 faisait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure à la décision du 11 juin 2007 et ne pouvait influencer l'appréciation de la situation à ce moment et que seule une nouvelle demande pouvait tenir compte de cette aggravation. S'agissant du nouveau rapport psychologique du Dr M._____, il se référa à la prise de position du Dr H._____ (pce TAF 26).

N.

Par acte du 8 juillet 2008, la représentante du recourant communiqua deux nouveaux rapports médicaux, l'un du Dr M._____, au Tribunal de céans que celui-ci transmet pour connaissance à l'OAIE (pces TAF 28 s.).

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), 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.

1.1 Selon l'art. 37 LTAF la procédure est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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. 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^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.2 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.

1.3 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^{er} 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^{er} 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.

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; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont pas applicables et il est fait référence dans le présent arrêt aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision par laquelle l'OAIE a réduit/supprimé le droit à la rente de l'assuré (dès le 1^{er} juillet 2005 respectivement le 1^{er} août 2007) est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 17 LPGA est donc applicable à la révision de la rente litigieuse. Les principes jurisprudentiels développés en matière de révision de rente sous le régime de l'ancien art. 41 LAI demeurent cependant applicables (ATF 130

V 343 consid. 4.5; arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 1).

4.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral il n'est pas admis de 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. Il convient bien plutôt de compléter le dossier et de réformer la décision initiale par une décision sur opposition mettant fin à l'instance (ATF 131 V 407). Dès lors, l'autorité inférieure a rendu à tort une décision sur opposition de nature cassatoire le 3 février 2006 (adressée à nouveau les 21 février et 3 mars suivant). Cela étant, la décision de l'OAIE du 11 juin 2007 doit être considérée comme une décision sur opposition mettant fin à l'instance au niveau de l'autorité inférieure.

5.

5.1 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).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1^{er} 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^{er} 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 ap-

plication de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

6.

6.1 Selon l'art. 17 LPGA 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.

6.2 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).

6.3 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. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 88^{bis} RAI fixe quand la modification du droit à la rente prend effet en cas d'augmentation (al. 1) et en cas de diminution (al. 2). Selon l'al. 2 let. a RAI la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend normalement effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

6.4 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 LPGGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

7.

7.1 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 LPGGA, 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.

7.2 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 108 consid. 5).

7.3 En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision du 9 octobre 1992 de la Caisse cantonale de compensation du canton de Neuchâtel, motivée principalement par les rapports des Drs B._____ du 7 juin 1991 et de la Dresse C._____ du 25 novembre 1991, et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision [sur opposition] du 11 juin 2007, principalement motivée par le rapport du CEMed de Nyon du 4 août 2006, confirmé par le service médical de l'OAIE, dont est recours, sont déterminants pour la discussion du cas.

8.

8.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA 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). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

8.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

9.

9.1 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 282 consid. 4a).

9.2 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, 2^{ème} éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références ; 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).

9.3 Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

10.

10.1 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).

10.2 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 consid. 3b/aa; 118 V 220 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 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).

11.

Le recourant conteste d'abord toute valeur probante à l'expertise du CEMed/COMAI de Nyon ordonné par l'autorité inférieure en raison de la partialité des experts.

11.1 D'après la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut toutefois pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêts du Tribunal fédéral I 742/04 du 1^{er} juin 2006 consid. 3 et I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.1, ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF 123 V 176 consid. 3d).

11.2 Le recourant fait valoir que les experts du COMAI pourraient être enclins à prendre parti pour leur mandant ou employeur, d'autant plus dans un climat actuel de méfiance à l'égard des bénéficiaires de rentes et de besoin de faire des économies. Selon le Tribunal fédéral, si les COMAI sont principalement rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considérations de ces éléments

notamment, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des CO-MAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (cf. aussi l'arrêt du Tribunal fédéral I 742/04 du 1^{er} juin 2006 consid. 3.2). Ce grief du recourant doit dès lors être rejeté n'ayant pas été apportée de preuve de quelque prévention.

11.3 Le recourant vise aussi l'impartialité subjective des experts, qu'il dénie à ces médecins en raison de l'attitude qu'ils auraient eu envers lui. Comme l'impartialité des experts se présume jusqu'à la preuve du contraire (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.2 et la référence citée), il ne suffit pas d'alléguer une prétendue partialité, mais il incombe au recourant d'en établir la preuve, ce qu'il n'a pas fait en l'espèce. En effet, il a certes relevé que les experts auraient suggéré qu'il serait capable d'effectuer bien plus d'activités qu'il ne le prétendait en laissant entendre, notamment, qu'il ferait du vélo, qu'il avait les mains présentant des marques et traces noires (sous entendu qu'il travaillait régulièrement avec ses mains) et qu'il avait des kératoses aux genoux qui ressemblaient à celles que peuvent avoir un carreleur. Toutefois, le recourant perd de vue qu'il incombe justement à l'expert (mandaté par l'administration) de signaler d'éventuelles incohérences dans les indications et le comportement de l'expertisé (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). En outre, la jurisprudence a déjà souligné l'importance des indications de l'assuré sur une thérapie par médicaments, dont l'observance peut être contrôlée par une prise de sang (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 329/05 du 10 février 2006 consid. 4.2.2). Dès lors qu'il incombe à l'expert invité à se prononcer sur la situation d'un assuré présentant un état douloureux de décrire le comportement de celui-ci et de faire des observations y relatives, on ne saurait en déduire des indices de partialité (arrêt I 329/05 cité consid. 4.2.1). Cela vaut également dans le cas d'une personne souffrant de dépression (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_255/2009 consid. 3.1).

12.

Le recourant dénie par ailleurs toute valeur probante à l'expertise du CEMed de Nyon du mois de mai 2006 du fait selon lui de son imprécision et de sa superficialité, ne répondant donc pas aux conditions minimales requises par la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment celle publiée aux ATF 132 V 65.

12.1 En l'espèce, le Tribunal de céans observe que le recourant ne conteste pas dans le recours (cf. en particulier p. 7) que sur le plan physique (le diagnostic de status après spondylodèse postérieure L4 à S1 pour discopathie L4-L5 et spondylolyse L5-S1 retenu en 1992, confirmé en 1999 occasionnant un syndrome douloureux lombovertébral chronique persistant) son état de santé est resté stationnaire. Le Tribunal de céans peut dès lors retenir à la date de la décision [sur opposition] attaquée du 11 juin 2007, sur le plan physique, une capacité de travail entière, comme en 1992, dans des activités légères adaptées. Le recourant n'a pas produit de preuve pouvant démontrer une aggravation de l'état de santé physique jusqu'au 11 juin 2007. Seuls les derniers rapports médicaux qu'il a produits font état d'aggravation de sa santé au niveau du colon. Toutefois ils ne peuvent être pris en compte du fait que l'aggravation en question, dans la mesure de sa réalité, est intervenue après la décision [sur opposition] attaquée.

12.2

Est par contre objet de contestation l'amélioration de l'état de santé du recourant au plan psychique.

12.2.1 En 1991, la Dresse C._____, dans son rapport du 25 novembre (pce 115), avait relevé une somatisation chez une personnalité immature, phobique, ayant des difficultés d'introspection, à la personnalité très perturbée, présentant une dépression masquée, soit des atteintes limitant totalement la capacité de travail dans le cadre d'un status psychologique anosognosique, toute mesure médicale psychiatrique s'avérant inutile. Cette appréciation est intervenue à la suite de l'échec de sept tentatives de réinsertion professionnelle.

12.2.2 Tenant compte de la bonne santé physique générale de l'assuré (cf. notamment le rapport E 213 du 3 février 2004 [pce 142]), mais aussi de l'incidence de son passé psychologique, le Dr F._____ de l'OAIE conclut dans son rapport du 4 octobre 2004 (pce 146) à la possibilité pour l'intéressé d'exercer une activité lucrative à 50%, ce qui selon la comparaison des revenus de l'évaluation économique de l'invalidité conduisit à une invalidité de 60% et à $\frac{3}{4}$ de rente (décision du 19 mai 2005 [pce 159]).

12.2.3 Dans le cadre de la procédure d'opposition contre la décision de l'OAIE du 19 mai 2005, il fut réalisée le 18 mai 2006 une expertise au CEMed de Nyon. Selon le rapport d'expertise du 4 août 2006 (pce

206), outre de présenter un parfait état général physique, le recourant n'a, sur le plan psychologique, montré aucun signe dépressif ou anxieux, d'idéation suicidaire, de pathologie psychiatrique sous-jacente grave ou décompensée, d'élément de la lignée psychotique. Le jugement et le raisonnement furent retenus parfaitement dans les normes. Par ailleurs, il fut également relevé une mauvaise compliance entre la prise de médicament alléguée et les taux sériques. Il apparut donc par un examen *prima facie* – vu les constatations faites au CEMed et ensuite reprises par le Dr H._____, du service médicale de l'OAIE, notwithstanding sa prise de position quelque peu différente du 21 janvier 2006 dans laquelle il semblait prendre en considération une capacité résiduelle de travail d'au maximum 50% (cf. pce 171) – que l'intéressé ne présentait plus de problème psychologique affectant sa capacité de travail de façon déterminante.

12.2.4 Toutefois, dans son recours, l'intéressé a justement relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 65) les experts doivent mettre les informations recueillies en perspective avec leur mission d'expertise qui, dans les cas d'une symptomatologie douloureuse, consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. L'on ne saurait donc sans autre accorder une pleine valeur probante à une expertise médicale sur la capacité de travail (raisonnablement exigible) d'un assuré, lorsque l'expert ne met pas en rapport ses constatations, impressions et appréciations qu'il a rassemblées au cours de l'examen avec l'historique clinique de l'expertisé, d'autant plus si une rente entière a été octroyée pour des motifs psychiques pendant plus de 15 ans. Par ailleurs, la qualité d'une expertise est déterminée, entre autre, sur la base de la récolte et de la description des informations – laquelle dans le cas en examen a été assez bonne –, la qualité de l'intégration des informations recueillies dans un tableau global cohérent, l'aspect convaincant et complet de la discussion et enfin la clarté et la précision de la réponse aux questions posées (cf. à ce sujet les lignes directrices de la société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques [approuvé et mis en vigueur par l'assemblée générale de la Société suisse de psychiatrie d'assurance le 13 novembre 2003, Bulletin des médecins suisses 2004 p. 1905 ss]).

Or, l'expertise du CEMed ne répond pas suffisamment à ces derniers critères du fait que ne ressortent pas de celle-ci des explorations complémentaires pour découvrir, au delà des apparences, l'existence ou non d'une dépression ou d'autres affections psychiatriques cachées, alors même qu'il avait été relevé que le recourant souffrait de dépression masquée dans le cadre d'une personnalité anosognosique. Compte tenu de cela, et même si l'appréciation psychiatrique de l'expertise du CEMed paraît confirmer celle de la Dresse E._____ du 11 novembre 1998 et celle de la Dresse I._____ du 9 août 2004, il appert que les antécédents psychiatriques du recourant, ses échecs cumulés de réinsertion professionnelle, sa personnalité immature, phobique, anosognosique, ayant des difficultés d'introspection, sont des aspects qui n'ont pas été suffisamment discutés dans le rapport d'expertise du CEMed de Nyon. Celui-ci s'est en effet limité, sur le plan psychiatrique, à mettre en exergue un bon status psychologique et somatique apparent et à mettre en doute d'une façon sommaire et imprécise le bien-fondé de l'appréciation de la Dresse C._____ de 1991.

Compte tenu des rapports psychiatriques du Dr M._____ produits par le recourant, notamment ceux du 5 juillet 2007 et du 1^{er} février 2008 (dont il convient de tenir compte dans la présente cause parce qu'ils se réfèrent à des faits antérieurs à la décision attaquée du 11 juin 2007; cf. sur la question ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b), décrivant un status psychiatrique invalidant, sans que ni le rapport d'expertise du CEMed de Nyon ni les prises de position ultérieures à celui-ci du Dr H._____, du service médical de l'OAIE, n'ont réussi à satisfaction de droit, selon des critères et des motivations logiques et compréhensibles, de convaincre le Tribunal de céans de l'existence d'une amélioration significative, et par ailleurs pas seulement passagère ou momentanée, de l'état de santé psychique du recourant, il convient de relativiser la position de l'OAIE fondée principalement sur l'expertise du CEMed de Nyon. Il sied dans ce cadre de relever que l'opinion du psychiatre traitant de l'intéressé, le Dr M._____, est d'autant plus importante dans le cas d'espèce que celui-ci suit régulièrement le recourant depuis mars 2006, que l'expertise psychiatrique du CEMed de Nyon repose sur une seule visite du recourant (par surabondance il sied par ailleurs de relever que – selon les dires du recourant, non contestés par l'autorité inférieure – la durée de l'expertise a été inférieure à l'heure nonobstant la complexité du cas), que les rapports du Dr M._____

susmentionnés n'ont pas été soumis à l'expert psychiatrique du CEMed, que l'expertise du CEMed a été faite une année avant la prise de la décision de l'OAIE et que les avis exprimés par le Dr H._____ sur le cas après la réalisation de l'expertise du CEMed sont quelque peu vagues. Il faut également relever, notamment, qu'il ne ressort pas des faits de la cause que le Dr H._____ a examiné en détail le rapport du Dr M._____ du 1^{er} février 2008. Or ce rapport s'est basé, d'une part, sur des examens cliniques, et non sur des simples tests comme celui du 4 avril 2008, et indique, d'autre part, les affections psychiatriques de l'intéressé selon un système de classification international reconnu.

Vu ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut que renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise psychiatrique ayant pour objet l'examen et la discussion de la persistance ou non des symptômes précédemment (1991) retenus ayant justifié pour l'essentiel une rente entière ou la survenance d'autres affections psychiatriques. L'OAIE veillera aussi à ce que les différents rapports du psychiatre traitant du recourant soient suffisamment pris en compte afin d'établir à satisfaction de droit si depuis 1991 il y a eu, effectivement, ou non, une amélioration significative de l'état de santé du recourant, et, le cas échéant, s'il ne peut éventuellement être retenue qu'une capacité de travail partielle compte tenu des antécédents et de l'évolution des symptômes comme l'avait estimé le Dr F._____ en octobre 2004 (pce 143) et implicitement aussi le Dr H._____ en janvier 2006 (pce 171). Il veillera à ce que l'expert précise, cas échéant, les dates déterminantes à retenir dans l'hypothèse d'améliorations successives de l'état de santé. Il paraît en effet, sur la base des actes de la cause en l'état actuel du dossier, qu'une diminution de rente à partir de juillet 2005 ($\frac{3}{4}$ de rente au lieu d'une rente entière) comme retenue dans la décision de l'OAIE du 19 mai 2005, reprise sur ce point dans celle attaquée du 11 juin 2007, ne trouve aucune justification, les éléments pour ce faire à disposition de l'administration à l'époque ayant été insuffisants et ayant obligé d'ordonner par la suite une expertise du CEMed dans laquelle ne ressortent pas d'éléments probants pour admettre une première amélioration de l'état de santé du recourant en 2005 et une deuxième amélioration de ce même état de santé en 2007.

13.

Le recours doit ainsi être partiellement admis et le dossier retourné à

l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant une nouvelle expertise psychiatrique et toute autre mesure utile à déterminer la capacité de travail du recourant (notamment concernant l'aggravation de l'état de santé physique de celui-ci qui serait intervenue postérieurement à la prise de la décision [sur opposition] attaquée).

14.

14.1 Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

14.2 Le recourant ayant agi en étant représenté, il lui est allouée une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.- (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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision), compte tenu de la difficulté de la cause et du volume du dossier ainsi que du travail nécessaire effectué par l'avocat.

14.3 Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision attaquée du 11 juin 2007 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il est allouée au recourant une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

La demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

5.

Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :