



Cour III
C-7472/2006/jod

{T 0/2}

Arrêt du 10 novembre 2008

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Stefan Mesmer,
Johannes Frölicher, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

X._____,
représenté par Maître Joël Crettaz, 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

AI, décision du 8 novembre 2006.

Faits :**A.**

X._____ est un ressortissant espagnol né en 1957. Marié, il est le père d'un enfant né en 1981. Après l'école obligatoire en Espagne, il apprend la profession de maçon « sur le tas » (cf. pce 16). Il s'établit en Suisse en décembre 1986. Dès le 16 janvier 1989, il travaille en qualité de maçon pour l'entreprise Y._____, à Crissier; ses cotisations AVS/AI ont été acquittées pendant plusieurs années.

Le 5 avril 1995, il dépose une demande de prestations AI pour adultes (pce 1), faisant valoir qu'il souffre d'un syndrome douloureux cervical et dorso-lombaire depuis le 10 juin 1992 et qu'il est en incapacité de travail à 50% depuis le 9 septembre 1994.

Sur la base du dossier (pces 1ss), de son prononcé du 7 avril 1995 (pce 39) et de sa décision provisoire du 21 mai 1997 (pces 41s.), l'Office cantonal AI (OCAI), par décision définitive du 3 septembre 1997, met l'assuré et sa famille au bénéfice de rentes entières, avec effet au 1^{er} septembre 1995 (pce 45); une révision est prévue dans deux ans.

Le 17 février 1999, l'assuré remplit un questionnaire pour la révision de sa rente (pce 47); il indique que son état est toujours le même (cf. rapport du Dr A._____ du 31 mars 1999 [pce 50], retenant un status inchangé avec des troubles statiques du rachis et une diminution nette de la mobilité).

L'assuré et sa famille quittent la Suisse pour l'Espagne le 1^{er} avril 1999 (pce 46).

Par communication du 3 septembre 1999 (pces 56 et 54), l'OCAI indique à l'assuré que son degré d'invalidité n'a pas changé, de sorte qu'il pourra continuer à bénéficier de la même rente que jusqu'ici. Le dossier est ensuite transmis à l'Office AI pour les assurés à l'étranger (OAIE), comme objet de sa compétence (pce 55).

B.

Pour la nouvelle procédure de révision ouverte par l'OAIE en juin 2003, sont versés au dossier:

- le certificat du Dr B._____, médecin psychiatre du service psychiatrique du centre médical _____, à Vigo (Espagne), du 29 août 2003 (pce 64); le patient est collaborant, orienté, modérément anxieux; il a un état d'esprit instable avec de l'irritabilité, une hypersensibilité à l'entourage et une intolérance à la frustration; il souffre d'insomnie partielle et de légère hypomanie; il n'exagère pas ses symptômes et ne cherche pas à en tirer bénéfice; le diagnostic est celui de dysthymie (F34.1 CIM 10); il n'a pas été traité ni contrôlé par un psychiatre jusqu'ici;
- le certificat du Dr C._____, du centre orthopédie traumatologie du centre médical _____, du 12 septembre 2003 (pces 64); l'examen clinique est normal: la mobilité de la colonne est conservée, les réflexes et la sensibilité sont normaux dans les membres inférieurs et supérieurs; signe de Lasègue négatif; l'examen radiologique de la colonne cervicale et lombaire ne montre pas de lésions évaluables; le patient a refusé un examen de RMN ou TAC recommandé en indiquant souffrir d'intolérance à ces examens; selon le médecin, la symptomatologie du patient doit être traitée avec la médication adéquate pendant les crises de douleurs; il doit travailler de façon protégée, avec un lumbostat de protection lombaire si indiqué, et éviter les travaux lourds;
- le rapport médical détaillé (CH/E20; E213) rempli par le médecin-contrôleur de la Sécurité sociale espagnole, le Dr D._____, équipe de valorisation des incapacités, du 6 novembre 2003 (pce 62), sur la base des deux certificats médicaux mentionnés ci-dessus; le médecin retient un taux d'incapacité pour le travail exercé en dernier lieu de 50%; un autre travail est possible; il ne doit pas supposer des responsabilités importantes, ni un stress émotionnel et ne pas requérir de la concentration, de l'attention et du rythme; son invalidité ne le rend pas incapable d'exercer une profession quelconque; son taux d'invalidité pour tout autre travail en rapport avec ses aptitudes est de 50-55%; l'incapacité de travail ou l'invalidité est définitive;
- l'exposé de révision de l'OAIE, du 30 janvier 2004 (pce 68), faisant état d'une incapacité de travail de 50% dans des activités de substitutions (selon liste jointe; cf. *infra*), ce dès le 12 septembre 2003;

- le rapport du Dr E. _____, du service médical de l'OAIE, du 30 janvier 2004 (pce 69); le diagnostic est: syndrome cervicolombaire sur trouble statique et dégénératif avec ancienne maladie de Scheuermann; sciatalgie gauche; thymie à composante dépressive; obésité; des activités de substitution telles que concierge, ouvrier non qualifié en position assise, surveillant, magasinier, gestionnaire de stock, ou faiseur de petites livraisons avec véhicule sont exigibles à 50% depuis la date de l'examen orthopédique espagnol; l'invalidité comme maçon est en revanche de 100% (pce 70).

Sur la base de son évaluation économique du 9 juin 2004 (pce 73) et de son prononcé du 24 juin 2004 (pce 71), l'OAIE rend un projet de décision ce même dernier jour (pce 72); une activité adaptée est à nouveau exigible et la rente doit être ramenée à trois quarts de rente.

Par courrier du 23 juillet 2004, l'intéressé s'oppose au projet précité (pce 77); il produit un certificat du Dr F. _____, chef de service du service de traumatologie du complexe hospitalier de _____ (Espagne), du 22 juillet 2004 (pce 75); l'exploration clinique du rachis établit des limitations importantes dans les mouvements de rotation, d'inclinaison latérale et de flexion-extension cervicale avec une importante composante de contracture de la musculature cervicale; le segment dorsal et lombaire montre une mobilité diminuée globalement, avec une douleur aux mouvements et à la percussion; il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire en décubitus, mais bien en station bipède; le patient souffre d'une cervico-arthrose sévère au niveau de l'uncus et l'apophyse articulaire de C4 à C7; d'une cyphoscoliose dorsale sur ancienne épiphyse vertébrale, qui s'accompagne d'une scoliose dorso-lombaire droite convexe de 9°; discopathie dégénérative et syndrome d'interface postérieur au niveau de L3-L4-L5-S1; ces lésions sont la cause de la pathologie extatique de la colonne vertébrale, limitant sérieusement le fonctionnement de celle-ci; le traitement de physiothérapie et le reclassement professionnel ont été négatifs, de sorte que le patient est en incapacité pour tout type de travail et qu'il suit un traitement symptomatique.

Le Dr E. _____, du service médical, se détermine le 1^{er} octobre 2004 (pce 79); pour lui, l'examen du 22 juillet 2004 est en complète opposition avec le document du centre médical de _____ de Vigo, qui ne mentionne ni trouble à la mobilité de la colonne ni des réflexes ostéotendineux, ce qui est corroboré par l'examen E 213 de la sécurité

sociale espagnole; en l'absence d'une hospitalisation récente ou d'une pathologie nouvelle de l'intéressé, le médecin maintient sa position.

Estimant que l'opposition de l'intéressé et le certificat médical du 22 juillet 2004 n'étaient pas de nature à mettre en doute le bien-fondé de son prononcé du 1^{er} novembre 2004 (pce 80), l'OAIE, par décision du 15 novembre 2004 (pce 81), remplace le droit à la rente entière de l'assuré, respectivement des membres de sa famille, par trois quart de rente, à partir du 1^{er} janvier 2005.

C.

Contre la décision précitée l'assuré dépose une opposition, le 15 décembre 2004 (pce 84). En substance, il conteste l'évaluation médicale ayant conduit à la réduction de sa rente, et notamment celle mise en place par la sécurité espagnole, et renvoie au certificat établi par le Dr F._____.

Dans sa prise de position faite ensuite de la demande de l'OAIE du 11 mars 2003 (pce 86), le Dr G._____, du service médical, relève qu'il ne lui est pas possible de trouver une modification relevante entre les diagnostics et résultats provenant d'Espagne et ceux suisses établis lors de l'octroi de la rente; pour lui, il n'y a eu ni amélioration, ni péjoration; il comprend cependant l'appréciation des médecins de la sécurité sociale espagnole ainsi que celle du service médical de l'OAIE du 30 janvier et du 1^{er} octobre 2004, et considère que l'on peut vraiment se demander si une incapacité de travail générale existe; avec le recul, il lui semble que les mesures professionnelles en vue en 1995-1996 n'ont pas été suivies conséquemment; l'appréciation récente de la capacité de travail de l'assuré constitue, selon lui, simplement une autre appréciation de celle-ci, basée sur des résultats médicaux inchangés; l'appréciation de l'OCAI antérieure n'était pas grossièrement fautive, mais bien généreuse et quelque peu superficielle; si l'on entend remettre cette décision initiale en question, il conviendrait de documenter la situation médicale de façon complète et multidisciplinaire (pce 87). Au terme de son analyse du 15 avril 2005 (pce 88), l'OAIE se demande s'il devrait être admis que la décision initiale était manifestement inexacte; dans une note interne ultérieure, il retient cependant que les conditions d'une reconsidération ne sont pas remplies et qu'il convient dès lors d'admettre l'opposition en renvoyant le dossier pour complément d'enquête médicale (pce 91).

Par décision sur opposition du 8 juin 2005 (pce 92), l'OAIE admet partiellement dite opposition, annule la décision du 15 novembre 2004 et transmet le dossier au service compétent pour en compléter l'instruction et rendre ensuite une nouvelle décision.

D.

Le 22 août 2005, l'OAIE confie à la Clinique romande de réadaptation de Sion un mandat d'expertise médicale (pce 94).

Par courrier du 28 avril 1986 (pce 106), Me Crettaz, avocat à Lausanne, annonce à l'OAIE la constitution de son mandat.

Sont produits au dossier:

- le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré établi par la physiothérapeute diplômée H._____, du 11 avril 2006 (pce 107; cf. *infra*);
- l'expertise psychiatrique du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 avril 2006 (pce 108; cf. *infra*);
- le rapport d'anamnèse et d'examen clinique du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 1^{er} mai 2006 (pce 109; cf. *infra*).

Par décision du 30 mai 2006, l'OAIE rejete la demande de restitution de l'effet suspensif présentée par l'assuré (pce 114).

Dans sa prise de position du 14 septembre 2006 (pce 128), la Dresse J._____, du service médical, conclut à ce que la rente de l'intéressé soit diminuée.

Le 15 septembre 2006, l'OAIE rend un projet de décision prévoyant le remplacement de la rente entière par trois quarts de rente (pce 130). Au cours de la procédure d'audition, l'intéressé produit un certificat médical du Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, du centre de diagnostic et traitement _____, à Pontevedra (Espagne), du 11 septembre 2006 (pce 131); les diagnostics retenus sont les suivants: cervico-arthrose, spondyle arthrose dorsale, spondyle arthrose lombaire, discopathie et gonarthrose bilatérale bicompartimentale; cette pathologie cause à l'intéressé une incapacité pour toutes les tâches requérant des efforts. Dans sa détermination du 25 octobre

2006 (pce 135), le mandataire de ce dernier soutient que le taux d'incapacité de gain et la rente ne peuvent être réduits ni au motif de la révision, ni à celui de la reconsidération; tout ce qui a changé dans ce dossier, c'est l'appréciation de la capacité résiduelle à travailler; l'état de santé est resté le même. Dans sa prise de position du 1^{er} novembre 2006 (pce 136), le Dr J._____, du service médical, considère que le dernier certificat produit par l'intéressé ne démontre pas une aggravation de son état de santé depuis l'expertise; l'intéressé est donc en mesure de travailler à 50% dans des activités plus légères.

Sur la base de son prononcé du 8 novembre 2006 (pce 137) faisant état d'un degré d'invalidité de 61%, l'OAIE, par décision du même jour, retient que c'est à juste titre que la rente entière de l'intéressé a été remplacée par trois quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2005, dès lors que sur la base des nouveaux documents obtenus, il devait être constaté que l'exercice d'une activité lucrative plus légère serait exigible et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité.

E.

Contre cette décision l'intéressé dépose recours le 22 décembre 2006, concluant à son annulation et à la confirmation de son droit à une rente calculée sur un taux d'invalidité à 100%. En substance, il soutient que la décision entreprise « s'apparente à un déni de justice », dans la mesure où elle est éminemment sommaire et sa motivation, très restreinte. Selon lui, l'OAIE a procédé à une révision – une reconsidération était exclue – alors même que les conditions n'en étaient pas remplies, l'expertise médicale de mai 2006 n'attestant pas indubitablement d'une amélioration de son état de santé; il n'y a aucune évolution entre le diagnostic retenu lors de l'octroi de sa rente et celui retenu dans l'expertise; il est d'ailleurs « quasiment notoire » que les effets d'une telle maladie ne se résorbent pas avec le temps, bien au contraire. L'état de santé actuel n'a pas été comparé avec celui d'il y a dix ans dans l'expertise susmentionnée; l'OAIE ne peut donc prétendre que selon l'expert, il y aurait une amélioration globale au niveau orthopédique; le Dr J._____, dans sa détermination du 1^{er} novembre 2006, n'atteste nullement d'une amélioration de l'état de santé. L'expert a uniquement repris l'examen du dossier dans son état actuel, faisant de la capacité de travail du recourant une évaluation différente sur des bases somatiques identiques à celles de 1996; les

mêmes données médicales sont ré-appréciées différemment pour attester désormais d'une capacité résiduelle à travailler qui avait été clairement et absolument exclue au moment de la décision d'origine; or, cette appréciation de 1997 n'était pas manifestement inexacte.

Ce recours, adressé à la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger fut transmis directement au Tribunal de céans, compétent dès le 1^{er} janvier 2007.

F.

Dans sa réponse du 20 juillet 2007, l'OAIE estime que dans le cas d'espèce, l'éventuelle modification du taux d'invalidité du recourant, qui n'a pas repris d'activité lucrative depuis des années, doit être évaluée sur la base des données médicales. Or, son service médical, sur la base de l'expertise d'avril 2006, considère qu'au vu de l'ensemble de ses pathologies, une activité de substitution adaptée peut être à nouveau exigée de l'intéressé, malgré ses atteintes à la santé, et ce à 50% (au moins). Il y a une amélioration globale de l'état de santé qui est objectivée par l'allègement significatif de la médication; en outre, l'expertise a mis en évidence une discordance notable entre les constatations objectives, qui ont confirmé que l'assurait ne souffre d'aucun syndrome articulaire, et les plaintes subjectives de l'intéressé; enfin, aucune pathologie psychiatrique n'a été mise en évidence.

G.

Dans sa réplique du 23 août 2007, l'intéressé soutient, en résumé, que la décision de septembre 1997 fut prise au terme d'une instruction attentive et complète, que la preuve de l'amélioration de son état de santé depuis dite décision n'a pas été apportée, qu'en particulier, l'expertise de 2006 ne constitue qu'une appréciation différente de sa capacité résiduelle à travailler basée, pourtant, sur une situation identique, et qu'elle ne contient aucune remarque attestant cette amélioration, qu'elle ne date d'ailleurs pas.

H.

Par duplique du 5 octobre 2007, l'OAIE maintient ses conclusions, la réplique n'apportant pas d'éléments permettant de s'en écarter.

I.

L'échange d'écriture est clos par décision du 16 octobre 2007. Aucune demande de récusation ne fut déposée.

Droit :**1.**

1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.3 Conformément à l'art. 37 al. 1 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est soumise à la PA. La procédure en matière d'assurances sociales n'est régie par la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) qu'autant que cette loi, et non la PA, est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA; également art. 1 al. 1 LAVS). Le recours a été interjeté dans le délai de l'art. 50 PA et avec le contenu et la forme prescrits par l'art. 52 PA. Le recourant est spécialement atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification; il a ainsi qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 let. b et c PA; également art. 59 LPGA). Le recours est recevable.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la

Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

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

4.

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

5.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA sont

applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

6.

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

7.

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

7.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA est réputée incapacité de gain toute

diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

8.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI, depuis la 4ème révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%.

9.

Une rente passée en force de chose jugée peut être modifiée, voire supprimée par reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou par révision (art. 17 LPGA) – la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) peut être ignorée dans le cas d'espèce.

10.

10.1 A teneur de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. En l'espèce, la décision du 3 septembre 1997 est formellement entrée en force et un intérêt à sa rectification existe en soi dans la mesure où cela pourrait conduire au remplacement de la rente entière par une prestation réduite, voire à sa suppression. Cependant, une reconsidération ne saurait être admise ici – l'OAIE ne l'invoque d'ailleurs pas –, ce pour les motifs suivant.

10.2 Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Cette exigence permet d'éviter que la reconsidération

ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I 375/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

10.3 En l'espèce, l'on peut s'étonner de ce que dans son rapport du 7 octobre 1996 (pce 25), le conseiller en professions de l'OCAI précise que le Dr A._____ lui a indiqué partager son avis quant à la totale absence de capacité de travail de l'assuré et avoir proposé un reclassement « par acquis de conscience », en raison du jeune âge de celui-ci (37 ans alors), alors que dans son rapport du 30 octobre 1996 (pce 26), ledit médecin traitant se borne à dire que c'est l'Office de réadaptation qui juge, au vu de la pathologie présentée ainsi que du contexte socio-professionnel, qu'aucune mesure professionnelle ne peut être raisonnablement envisagée (cf. aussi pce 7: le médecin indiquait alors la possibilité d'un travail léger comme activité adaptée). De même est-il quelque peu surprenant que l'affirmation du conseiller selon lequel le stage à l'Oriph ne put être réalisé « en raison d'une péjoration de la problématique dorsale » ne soit pas mieux étayée (description plus précise de l'empêchement, date, pièce médicale, motifs excluant un essai ultérieur, etc.); il en va ainsi aussi de l'assertion selon laquelle l'assuré n'est « physiquement pas à même d'envisager un placement ne serait-ce qu'à mi-temps en atelier protégé » (pce 25).

Cela étant, la décision du 3 septembre 1997 fut rendue après la production de nombre de pièces, dont plusieurs médicales, dont il ressortait que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité de

maçon ni, de manière générale, tout autre travail de force, du fait – notamment – de son problème dorso-lombaire et de l'aggravation de son état de santé depuis janvier 1996; de plus, la possibilité d'exercer une autre activité a été examinée (proposition de stages), puis niée, du fait d'une « nouvelle péjoration de la problématique dorsale », et ce en « dépit de la très grande volonté de cet assuré à retrouver une solution professionnelle » (pce 25). On ne peut donc conclure que l'OCAI a statué sur la base de mesures d'instructions dépourvues de crédibilité, ni fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation. Partant, il n'y a pas lieu à reconsidération de cette décision.

11.

11.1 La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

11.2

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

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

Au surplus, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH J. _____-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

12.

12.1 Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences

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

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

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ancien art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations.

12.2 En l'espèce, la (première et) dernière décision entrée en force fut celle du 3 septembre 1997. La communication du 3 septembre 1999 ne constitue en effet pas une décision, que l'assuré a renoncé à réclamer. Quant à la décision du 15 novembre 2004, elle fut annulée par décision sur opposition du 8 juin 2005 et n'est donc pas entrée en force. Savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit donc être établi en comparant les faits tels qu'ils se présentaient en septembre 1997 et ceux qui ont existé jusqu'au 8 novembre 2006, date de la décision objet du présent litige. Durant cette période soumise au pouvoir d'examen de l'autorité de céans, l'intéressé n'a exercé aucune activité lucrative; l'éventuelle modification du taux d'invalidité devra être évaluée sur la base des données médicales obtenues (ATF 115 V 133, ATF 114 V 313s., ATF 105 V 159, ATF 98 V 173).

12.3 La décision du 3 septembre 1997 retenait une incapacité (totale) de travail de longue durée, un degré d'invalidité de 100% et un droit à une rente entière avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 1995 (cf. pièce 45 et 39). Elle se fondait sur le rapport du Dr M._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire auprès de l'institut de radiologie de Lausanne, du 10 juin 1992 (pce 2), faisant état « surtout de douleurs statiques sur ancien Scheuermann chez un patient qui effectue des travaux lourds »; sur le rapport du Dr N._____, spécialiste en neurologie, à Lausanne, du 25 mars 1994 (pce 3), pour lequel les examens neurologique et électrophysiologique ont donné des résultats normaux; les troubles statiques et dégénératifs du rachis jouent certainement un rôle dans la symptomatologie, mais le docteur est persuadé qu'il y a également une surcharge mécanique, de type tendomyose, chez un patient qui lui a paru tendu, inquiet, qui a mentionné des troubles du sommeil et qu'il serait utile de mettre au bénéfice d'un traitement psychotrope, anxiolitique et thymoleptique; sur le rapport des Drs O._____ et P._____, de l'établissement thermal cantonal vaudois de Lavey-les-Bains, du 11 mai 1994 (pce 4), qui posent le diagnostic de lombo-pygalgies chroniques bilatérales et sciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques et dégénératifs, des cervico-dorsalgies hautes chroniques sur troubles statiques et dégénératifs prédominant à droite, et un syndrome du tunnel carpien bilatéral peu symptomatique prédominant à droit; sur le rapport du Dr Q._____, de l'institut d'imagerie médicale _____, à Lausanne, du 3 avril 1995 (pce 5), concluant à une discrète atteinte dégénérative inter-facettaire postérieure au trois niveau examinés (L3-L4, L4-L5 et L5-S1) et à une absence de hernie discale; sur le rapport médical du Dr A._____, médecin interne à Renens, du 1^{er} mai 1995 (pce 7), pour lequel l'assuré souffre d'un syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'un syndrome cervical chronique sur troubles statiques et dégénératifs du rachis; le médecin ajoute que sur le plan rachidien, il y a une légère attitude scoliotique dorsale gauche avec une légère hypercyphose dorsale, que la motilité est très diminuée avec une distance doigt-sol à 50 cm et qu'il n'existe pas de déficit neurologique; en outre, radiologiquement, il constate une discopathie étagée sur séquelles de Scheuermann et une discopathie L5-S1, ainsi que des troubles de la statique.

La décision était en outre basée sur le rapport de la division réadaptation de l'OCAI, du 11 décembre 1995 (pce 16), dont il ressort

que le conseiller en professions, à la lecture du dossier, ainsi qu'au vu des observations faites lors de l'entretien, est assez sceptique quant aux réelles capacités physiques de l'assuré à entreprendre un quelconque reclassement; dans son rapport du 7 octobre 1996 (pce 25), ce conseiller indique que les doutes quant aux capacités résiduelles de l'assuré se sont trouvés confirmés, le stage prévu à l'ORIPH n'ayant pu se réaliser en raison d'une nouvelle péjoration problématique dorsale; il ajoute que, contacté, le Dr A._____ partage son avis quant une totale absence de capacité de travail; l'assuré est en effet incapable de rester immobile, surtout assis, plus d'une ou deux minutes, alors que tout travail de force est bien évidemment irréaliste. Dans son rapport du 30 octobre 1996 (pce 26), le Dr A._____ pose le même diagnostic qu'antérieurement, mais signale une aggravation de l'état de santé depuis janvier 1996; il note toujours les mêmes troubles statiques du rachis avec des contractures musculaires importantes diffuses et précise que le patient reçoit un traitement antalgique à la demande, pour une durée indéterminée, et que l'Office de réadaptation professionnelle juge que, au vu de la pathologie présentée ainsi que du contexte socio-professionnel, aucune mesure professionnelle ne peut être raisonnablement envisagée; selon le médecin, un examen psychiatrique n'apporterait rien de plus.

12.4 Dans sa décision sur révision du 8 novembre 2006, basée sur le prononcé du même jour faisant état d'un degré d'invalidité de 61%, l'OAIE retient, au vu de la nouvelle documentation complétée ensuite de la décision sur opposition du 8 juin 2005, que l'exercice d'une activité lucrative plus légère serait exigible et permettrait de réaliser plus de 30% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (cf. également pce 125).

L'OAIE s'est fondé notamment sur l'expertise médicale confiée à la Clinique romande de réadaptation de Sion:

- Le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles de la physiothérapeute H._____ (pce 107) mentionne ceci: il y a mise en évidence d'une hypomobilité de la région lombaire et de la région cervicale en extension (douleur), en rotation et en inclinaison latérale à droite comme à gauche; des signes de non-organicité sont présents lors de cette évaluation; lors du PACT (appréciation des ses propres capacités fonctionnelles par le

sujet), le patient sous-estime ses aptitudes fonctionnelles; lors de l'examen, il a auto-limité souvent ses efforts de performance; de façon générale, la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible (score à l'appréciation de ses propres difficultés fonctionnelles ne concordant pas avec les performances réalisées et étant inférieur à 100, ce qui est bien moindre que pour la plus sédentaire des activités; FC ne montant pas graduellement avec l'effort fourni, ce qui témoigne de la faiblesse de celui-ci; les valeurs obtenues en statique et celles transposées en dynamique au tirer et au pousser divergent de manière trop importante); la connaissance des techniques de travail ergonomique est insuffisante et il y a non-assimilation des corrections proposées.

- L'expertise psychiatrique du Dr I._____ (pce 108) fait état d'une évolution marquée par une amélioration globale de l'état du patient; l'examen actuel ne met en évidence ni maladie psychiatrique, ni état dépressif ou trouble anxieux, encore moins un trouble décompensé de la personnalité; le diagnostic de dysthymie dépressive d'août 2003, d'ailleurs non étayé par le Dr B._____, ne peut être retenu actuellement; en résumé, il n'y a aucun diagnostic sur le plan psychiatrique; il n'y a donc pas, en l'état, d'incapacité durable de travail sur ce plan chez l'assuré, dont l'invalidité complète a été entérinée et officialisée en 1995, avec une durée particulièrement longue de déconditionnement physique et psychique;
- le rapport d'anamnèse et d'examen clinique du Dr J._____ (pce 109) indique que le patient a présenté de nombreux signes de non-organicité à l'examen vertébral; l'examen clinique des membres supérieurs est absolument normal; l'examen de la colonne est très « difficile » chez un patient gémissant et crispé, qui verrouille son dos; le médecin indique au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome vertébral sur trouble statique et dégénératif, avec séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann (M54.9); comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il fait état d'une obésité (E66.9); l'appréciation du médecin sur le plan médical est la suivante, en résumé: le patient souffre de vertébralgies, notamment cervicales et lombaires, depuis une quinzaine

d'années; ses plaintes subjectives sont importantes, mais il existe une discordance notable entre celles-ci et les constatations radiologiques; en outre, l'assuré a présenté de nombreux signes de non-organicité; de plus, il n'y a aucun syndrome radiculaire associé aux vertébralgies; l'assuré a certes décrit des fourmillements et engourdissements des membres supérieur et inférieur gauches, mais au niveau de ce dernier, il n'y a aucun substrat pathologique à l'examen clinique; quant au premier, il existe une neuropathie cubitale irritative fruste avec un phénomène de Tinel positif au niveau de la gouttière épitrochléenne; sur le plan professionnel, le médecin conclut à l'inexigibilité médicale des activités de maçon, en raison des altérations statiques et dégénératives de la colonne vertébrale, essentiellement au niveau dorsal; dans une activité adaptée, sans port de lourdes charges, sans travaux pénibles et en position alternée assis-debout, une capacité de travail d'au moins 50% est médicalement exigible; le lieu de travail est indifférent et il n'y aura pas de diminution du rendement si les limitations susmentionnées sont respectées.

12.5 La documentation médicale de la Clinique romande de réadaptation répond tout à fait aux exigences posées par la jurisprudence pour que puisse lui être accordée pleine valeur probante et aucun motif ne justifie de s'écarter de ses conclusions, convaincantes.

Si des vertébralgies notamment cervicales et lombaires sont toujours diagnostiquées (syndrome vertébral sur trouble statique et dégénératif, avec séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann), force est cependant de constater que par rapport à la situation prévalant en septembre 1997, l'état de santé du recourant s'est sensiblement modifié sur nombre de points. Tout d'abord, l'intéressé ne souffre pas d'insomnie et la problématique des troubles de l'adaptation avec irritabilité, explosivité et dysphorie s'est amendée en bonne part, comme le recourant en témoigne lui-même; il ne souffre d'aucun trouble psychiatrique, anxieux ou autre état dépressif (cf. expertise psychiatrique, p. 2 et 3); sur ce plan, la situation est donc bien meilleure que celle décrite par le Dr N. _____ (cf. pce 3), pour qui il était utile de mettre le patient, tendu, inquiet, et qui mentionnait des troubles du sommeil, sous traitement psychotrope, anxiolitique et thymoleptique. D'ailleurs, si l'intéressé assure connaître des

exacerbations douloureuses prenant le caractère de rages de dents ou de morsures environ une fois par mois, pendant 3 à 5 jours, durée qu'il passe à la maison, il reconnaît néanmoins lui même une amélioration globale de son état de santé, ajoutant ne pas prendre sa médication quotidiennement (cf. expertise psychiatrique, plaintes actuelles, p. 2); il a expressément précisé ce mieux-être de la façon suivante: « j'étais à 10 maintenant je suis à 7 »; j'étais plus malade que maintenant... » (*ibidem*; cf. également l'évaluation des capacités fonctionnelles, ad plaintes principales actuelles, pce 107); les douleurs et fourmillements qu'il indique avoir quotidiennement sont supportés la plupart du temps, l'intéressé précisant adapter son existence à ceux-ci (expertise psychiatrique, p. 2). Dans la période ayant précédé l'octroi de la rente, l'assuré était décrit comme ne pouvant rester assis plus de deux minutes (toute position statique lui est insupportable), ne se déplaçant que de façon raide et prudente, et ne pouvant porter nulle charge, même légère (cf. pces 16 et 25); or, la description qu'il fait de ses journées à présent montre également une amélioration sur ce plan: il peut conduire, à tout le moins sur de courts trajets, faire une marche de plusieurs heures, s'occuper des fleurs de son jardin et de ses animaux, jouer aux cartes, recevoir des amis, faire une sieste, etc., et en soi, il n'est pas physiquement empêché de demeurer devant son poste de télévision, mais lui préfère simplement la radio (cf. expertise psychiatrique, p. 3; expertise médicale, p. 4).

Pour le Tribunal, cette amélioration globale trouve aussi sa cause dans le fait que l'intéressé n'a plus exercé depuis plusieurs années l'activité particulière de maçonnerie qu'il avait auparavant (emploi d'un vibreur sur des murs de béton; cf. *ibidem*) et qu'il s'est soigné et reposé durant toute cette période, n'ayant plus exercé depuis d'activité lucrative. A noter encore que s'il a été décrit lors de l'octroi de sa rente comme collaborant, ouvert et très désireux de continuer à travailler, il ressort de l'examen de la Clinique de Sion qu'à plusieurs reprises, il a fait montre d'une non-coopération, respectivement que ses tests et examens révélèrent un manque de cohérence, une auto-limitation ou une non-organicité des troubles et douleurs évoqués (cf. examen clinique et évaluation de ses capacités fonctionnelles; à noter en outre que lors de l'expertise psychiatrique, l'intéressé indiquait conduire et avoir une certaine vie sociale et qu'il soutint le contraire lors de l'examen clinique [p. 109, p. 4; impossibilité de conduire, perte de son moral, petite promenade (alors qu'il avait indiqué marché plusieurs heures au psychiatre)]). En outre, si ses plaintes subjectives sont

importantes, il existe cependant une discordance notable entre celles-ci et les constatations radiologiques, selon le Dr J._____. Ces éléments, cette « retenue » d'ensemble de l'intéressé doivent être pris en compte, étant souligné qu'il est tenu de contribuer autant que possible à la diminution de son dommage.

Le Tribunal relève en outre que lors de l'instruction pour l'octroi d'une rente, les différents médecins consultés mirent les troubles de l'assuré en relation avec les travaux lourds effectués; ils n'exclurent pas en soi l'exercice d'une activité légère, au contraire (cf. pces 2ss, notamment pce 4 et 7). Ce n'est qu'après une aggravation de l'état de santé de l'assuré que l'activité de maçon fut totalement arrêtée (pce 26) et que l'idée d'un reclassement professionnel fut – pour l'heure – abandonnée, étant rappelé que le médecin traitant de l'assuré, qui l'avait auparavant requis, se bornait, pour expliquer cet abandon, à renvoyer à l'Office de réadaptation professionnelle. La division de réadaptation, ainsi que vu, fondait son opinion selon laquelle l'assuré n'était pas à même d'envisager un placement dans une activité adaptée (légère) même à mi-temps en atelier protégé sur le fait que son stage n'avait finalement pas pu avoir lieu en raison d'une nouvelle péjoration de sa problématique dorsale et qu'il était incapable de rester immobile, surtout assis, plus d'une ou deux minutes (pces 25 et 16). Dans ces circonstances, l'on peut comprendre que la possibilité d'exercer une activité adaptée, sans travaux lourds, ne fut alors pas examinée plus avant et qu'une rente entière lui fut octroyée.

En revanche, lorsque fut rendue la décision entreprise, l'intéressé n'avait pas dû arrêter depuis peu son activité de maçon, mais il ne travaillait plus et se soignait depuis plusieurs années, et son état s'était globalement amélioré même si des problèmes dorsaux et cervicaux subsistaient. Contrairement à la situation précédente, la possibilité d'exercer une activité adaptée put être examinée efficacement, et les conclusions à cet égard, étayées par toute une série d'examens, sont claires, détaillées et convaincantes – le recourant ne remet au reste pas formellement en cause ces examens.

Contrairement à ce que soutient le recourant, la décision entreprise ne correspond donc pas simplement à une appréciation différente d'une situation identique, mais bien à la juste prise en compte des changements notables dans l'état de santé du recourant intervenus par rapport à la situation prévalant en 1997, une activité adaptée telle

que celle décrite dans la décision attaquée étant désormais médicalement exigible de lui à 50% (au moins), sans perte de rendement, moyennant le respect des limitations formulées par les médecins.

Cette motivation de la révision basée sur les déterminations des médecins rejoint d'ailleurs l'analyse de la Sécurité sociale espagnole (pce 62ss). Le certificat médical du Dr F._____ produit par l'intéressé (pce 75), ne saurait y faire pièce: outre la certaine réserve avec laquelle il y a parfois lieu d'apprécier un document d'un médecin traitant, la conclusion selon laquelle l'intéressé serait en incapacité pour tout type de travail est pour le moins abrupte et insuffisamment motivée, puisque le praticien se borne à tenter de la justifier par l'échec du traitement de physiothérapie et du reclassement professionnel entrepris avant l'octroi de la rente en 1997, ce qui ne dit rien des possibilités actuelles d'exercer une telle activité adaptée. Il en va de même du certificat du Dr L._____, retenant une incapacité pour les tâches requérant des efforts: les autres médecins et l'OAIE ont précisément tenu compte de cet élément.

L'on ajoutera que l'assuré a été décrit comme jouissant de facultés intellectuelles supérieures à la moyenne des assurés ou des ouvriers en bâtiment (pce 16). Cette qualité doit être mise en valeur et est susceptible de faciliter la mise en oeuvre d'une activité de substitution médicalement exigible.

12.6 Le taux d'invalidité retenu par l'OAIE dans sa décision du 22 juillet 2004 (dépourvue d'effet suspensif) pour réduire la rente de l'intéressé était fondé sur la situation existant au 12 septembre 2003 (date de l'examen orthopédique demandé par la Sécurité sociale espagnole; cf. pce 73). C'est en fonction de cette date qu'il convient d'examiner le taux d'invalidité retenu dans la décision entreprise.

En 2003, le salaire hypothétique mensuel indexé de maçon aurait été de Fr. 5'057.- (Fr. 5'007.- en 2002 + 1% d'indexation en 2003 dans la branche correspondante [cf. Indice suisse des salaires nominaux]). Dans des activités de substitutions telles que décrites par l'OAIE, le salaire mensuel moyen aurait été en 2003, compte tenu d'une réduction du salaire d'invalidé de 15%, de Fr. 3'921.- ([Fr. 4'549.- en 2002 + 1.4% d'indexation en 2003] – 15% de réduction), respectivement de Fr. 1'961.- pour un 50%. La perte de gain en 2003 aurait ainsi été de 61.22% ($[5'057 - 1'961] : 5'057 \times 100$). C'est donc

à raison que l'autorité intimée a retenu un degré d'invalidité de 61% ouvrant le droit à trois quarts de rente.

12.7 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, et la décision entreprise, confirmée.

Le Tribunal ajoute que le grief selon lequel la décision entreprise s'apparente à un déni de justice est non fondé. La motivation ayant conduit à la réduction de la rente, basée sur le dossier dont l'intéressé a eu connaissance, figure suffisamment dans dite décision; celle-ci indique en outre clairement qu'il s'agit d'une révision (cf. la mention des art. 17 LAI et 88 RAI) et le recourant a parfaitement été en mesure d'exercer son droit de recours à bon escient, étant de surcroît souligné qu'il a pu répliquer à la réponse de l'OAIE, que le Tribunal applique le droit d'office et que la présente procédure est régie par la maxime inquisitoire.

13. Conformément à sa pratique, le Tribunal renonce à percevoir des frais du recourant, qui succombe, le recours du 22 décembre 2006 contre la décision attaquée ayant été déposé auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger avant le 1^{er} janvier 2007. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 64 PA en relation avec l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] *a contrario*).

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 de dépens de partie.

3.

Le présent arrêt est adressé :

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :