Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Cour III
C-8552/2007/pii
{T 0/2}

Arrêt du 1er décembre 2009

Composition

Michael Peterli (président du collège),
Franziska Schneider, Beat Weber, juges,
Isabelle Pittet, greffière.

Parties

A._____, Portugal,
représenté par Maître Maurizio Locciola, rue du Lac 12,
case postale 6150, 1211 Genève 6,
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.

Faits :

A.
A._____, ressortissant portugais, a exercé une activité lucrative en Suisse depuis 1986. Dès 1990, il a travaillé en tant qu'aide-plâtrier pour l'entreprise X._____ SA.

En date du 4 mars 1992, A._____ a été victime d'un accident sur son lieu de travail, chutant d'un échafaudage. Le 27 avril 1992, il a cessé son activité professionnelle, se plaignant de douleurs importantes au niveau du genou droit. Une déchirure du ménisque interne a été constatée par résonance magnétique et par une seconde arthroscopie subie en septembre 1992; une résection de la déchirure méniscale et d'une plica médio-patellaire a été effectuée, en même temps que l'arthroscopie.

L'assuré n'a pas repris d'activité par la suite. Le 1er août 1999, il a quitté la Suisse pour le Portugal (dossier SUVA; OAIE pces 1 à 5, 15, 55).

Par décision du 1er septembre 1995, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a octroyé à A._____ une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 33.33%; elle a estimé qu'en dépit des seules séquelles imputables à l'accident, l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position assise ou alternée assise/debout. La SUVA a encore constaté chez l'assuré la présence de troubles psychogènes réduisant la capacité de gain, mais qu'elle n'a toutefois pas considéré comme étant en relation de causalité adéquate avec l'accident (dossier SUVA).

B.
Par décision du 2 août 1995, remplacée par la décision du 11 juin 1996 prenant en compte les périodes d'assurance accomplies au Portugal, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OCAI GE), faisant suite à la demande de prestations de l'assurance-invalidité présentée par A._____ le 27 septembre 1993, lui a reconnu un degré d'invalidité de 100% et lui a octroyé une rente entière dès le 1er avril 1993, considérant l'assuré comme totalement incapable d'exercer toute activité depuis le 27 avril 1993. L'administration a constaté à cette occasion que A._____ présentait

une déchirure interne du ménisque droit, ainsi qu'un syndrome dépressivo-anxieux avec fixation sur son genou droit par un mécanisme de conversion névrotique, et qu'il ne pouvait ni marcher longtemps, surtout en montée ou en descente, ni s'accroupir ou encore s'agenouiller (OAIE pces 1, 6 à 30).

En mai 1997, l'OCAI GE a entamé une procédure de révision d'office de la rente de A._____, lequel a été soumis à une expertise psychiatrique qui a conclu à un trouble somatoforme douloureux persistant grave survenu sur fond de trouble de la personnalité histrionique, provoquant des perturbations graves dans le fonctionnement psychique et social de l'assuré et une détresse importante. Sur cette base, le Dr B._____, médecin AI, a estimé que A._____ était incapable de reprendre une activité professionnelle en raison du trouble psychique, les troubles somatiques – notamment déchirure de grade III de la surface inférieure de la corne postérieure du ménisque interne, lésion de grade II de la corne antérieure du ménisque interne et du ménisque externe, discopathie mineure au niveau dorsal, avec ébauche de protrusion discale en L5-S1, pincement discal modéré de L1 à L4, spondylolyse unilatérale L5 à droite et scoliose lombaire, signes compatibles avec une ancienne maladie de Scheuermann fruste dorso-lombaire – ne pouvant justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée; le médecin AI a ajouté qu'un traitement approprié devait être tenté pour améliorer la motivation de l'assuré à suivre un traitement psychiatrique. L'OCAI GE, par communication du 10 mars 1998, a dès lors maintenu son droit à une rente entière d'invalidité (OAIE pces 34 à 50).

Certificats et rapports médicaux ont été versés au dossier dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations et lors de la première procédure de révision, faisant état des atteintes à la santé de A._____ et estimant son incapacité de travail (dossier SUVA; OAIE pces 13, 16, 17, 34, 35, 41, 42, 44 à 46).

Le 31 juillet 1998 et le 25 novembre 1998, l'OCAI GE a reçu de la Dresse C._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, deux documents médicaux, du 29 juillet 1998 et du 24 novembre 1998, attestant de ce que A._____ a suivi un traitement psychiatrique avec le Dr D._____, psychiatre (OAIE pces 47, 48).

Suite au retour de l'assuré au Portugal le 1er août 1999, le dossier a été transféré à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés

résidant à l'étranger (OAIE), qui a maintenu le droit à une rente entière d'invalidité par décision du 20 juillet 1999 (OAIE pces 55 à 59).

C.
Au mois de février 2000, l'OAIE a entrepris une deuxième procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de A._____ (OAIE pces 60 à 67).

C.a Dans le cadre de cette procédure de révision, la documentation suivante a été versée aux actes, par l'intermédiaire de la sécurité sociale portugaise:

- un rapport orthopédique du 28 avril 2000, établi par le Dr E._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, qui indique que l'assuré se plaint de douleurs et d'une mobilité réduite du genou droit, lequel présente un léger épanchement et une crépitation, une atrophie musculaire boiteuse, ainsi qu'un kyste de Baker; au niveau de la colonne, l'assuré souffrirait en particulier de cervicalgies et de lombalgies constantes, parfois violentes, ainsi que de dorsalgies et d'une légère hypercyphose dorsale; les radiographies révéleraient une discopathie en C4-C5 et C5-C6 et des séquelles de la maladie de Scheuermann; en conclusion, le Dr E._____ observe la présence d'une pathologie au niveau du genou droit et d'une pathologie au niveau de la colonne vertébrale, qui serait invalidante s'agissant de travaux lourds et pourrait nécessiter, tout comme le genou, une intervention chirurgicale; il estime que A._____ est incapable de travailler dans le domaine de la construction et que son niveau de formation et ses capacités intellectuelles ne semblant pas suffisants pour permettre une reconversion professionnelle, il convient de maintenir l'invalidité (OAIE pce 62 bis);

- un avis psychiatrique du 8 mai 2000 du Dr F._____, psychiatre, qui note que l'assuré rapporte des polyarthralgies, « des douleurs intérieures continuelles qu'il n'arrive pas à soulager » et se plaint de gonalgie à droite; par ailleurs, l'intéressé affirmerait ne pas avoir de troubles psychiques; le Dr F._____, se référant en particulier au rapport orthopédique du 28 avril 2000, juge qu'il y a des raisons aux douleurs dont fait état l'assuré; il note que ce dernier a une vie stable et sans troubles de caractère émotionnel ou affectif, et conclut qu'il peut exister éventuellement un trouble somatoforme douloureux persistant, mais qu'il y a en tout cas une pathologie

orthopédique importante; il constate ainsi que la pathologie qui a, en Suisse, motivé une invalidité de 100% persiste (OAIE pce 63);

- le rapport médical de révision d'invalidité, du 26 juin 2000, établi par le Dr G._____, qui décrit notamment une marche claudicante à droite, un genou droit présentant un léger épanchement, une mobilité douloureuse et une limitation de la flexion et de l'extension, un kyste de Baker, une colonne vertébrale sans altération importante à l'inspection, douloureuse lors de mouvements, ainsi qu'un état psychique un peu anxieux; le Dr G._____ diagnostique des gonalgies très invalidantes, une lésion méniscale, des discopathies en C4-C5 et C5-C6, des séquelles de la maladie de Scheuermann, une protrusion discale en L5-S1 et une spondylose de L5; il estime, en se fondant en particulier sur le rapport orthopédique du 28 avril 2000, que la pathologie du genou et de la colonne vertébrale est très invalidante et rend l'assuré incapable de travailler dans sa profession habituelle, qu'il est capable toutefois d'exercer une activité rémunérée, l'incapacité de travail étant néanmoins de plus de 50% (OAIE pce 62);

- le questionnaire pour la révision de la rente du 20 octobre 2000, établi par un médecin dont le nom est illisible, qui indique que l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative depuis son arrêt de travail (OCAI GE pce 65).

C.b Dans l'exposé relatif à la révision et le formulaire « Données pour l'évaluation de l'invalidité », datés respectivement du 23 octobre 2000 et du 20 novembre 2000 et établis à l'intention de l'OAIE, la Dresse H._____ a retenu les diagnostiques de troubles fondés sur une personnalité hystérique, de syndrome chronique cervical et lombaire avec altérations dégénératives, y compris discopathies, et d'un genou droit douloureux avec mobilité limitée (status après accident en 1992). Elle a conclu à une incapacité de travail inchangée, estimant l'assuré totalement inapte à l'exercice d'une activité professionnelle, en raison des altérations orthopédiques touchant le genou et le dos, et a prévu une nouvelle révision pour novembre 2004 (OCAI GE pce 66).

Par communication du 23 novembre 2000, l'OAIE a confirmé à A._____ que son degré d'invalidité n'avait subi aucune modification et que les prestations versées jusqu'alors ne seraient pas sujettes à changement (OAIE pce 67).

D. Au cours de l'année 2005, l'OAIE a entrepris une troisième procédure de révision d'office de la rente d'invalidité de A._____ (OAIE pce 68).

D.a Dans le cadre de cette troisième procédure de révision, la documentation suivante a été versée aux actes, par l'intermédiaire de la sécurité sociale portugaise:

- le rapport E 213, très peu lisible, reçu par l'OAIE le 22 décembre 2005, qui retient, comme diagnostic, une limitation de la flexion de la colonne dorso-lombaire; il indique que l'assuré se plaint principalement de lombalgies et de gonalgies et qu'il ne peut pas exercer à plein temps sa dernière activité dans le domaine de la construction (OAIE pce 73);

- un rapport orthopédique du 3 octobre 2005, établi par le Dr I._____, spécialiste en orthopédie, qui fait état d'une gonalgie droite et de rachialgies lombaires; le Dr I._____ observe, lors de l'examen orthopédique, que l'assuré marche sans claudication, qu'il existe une discrète flexion du genou gauche, mais réductible, que la rotation et l'inclination de la colonne cervicale se font sans limitations, au contraire de la colonne dorso-lombaire dont la flexion est limitée, et enfin que l'intéressé se montre peu collaborant dans la recherche de mobilité (OAIE pce 75);

- un avis psychiatrique du Dr F._____, daté du 12 octobre 2005 mais qui mentionne toutefois que l'examen de A._____ a été effectué le 20 octobre 2005 par le psychiatre, qu'à cette occasion l'assuré était calme, orienté et collaborant, et que la discussion était facile et cohérente; l'intéressé aurait indiqué des douleurs dans le genou et qu'il dormait mal parfois, notamment lorsqu'il ressentait des douleurs ou était fatigué; en conclusion, le Dr F._____ ne retient aucune psychopathologie déterminée (OAIE pce 74);

- le questionnaire pour la révision de la rente du 24 janvier 2006, dans lequel l'assuré indique qu'il ne travaille pas en raison de l'accident survenu en 1992 (OCAI GE pce 80).

D.b Dans sa prise de position du 4 mars 2006, le Dr J._____, du service médical de l'OAIE, a retenu les diagnostics de syndrome chronique cervical et lombaire avec altérations dégénératives, de gonalgie droite avec limitation dans la mobilité, de status après

accident survenu en 1992 et de trouble psychique avec altération de la personnalité hystérique. Il a observé que la rente d'invalidité avait été octroyée à A._____ en raison de troubles psychiques qui n'existeraient plus selon le rapport psychiatrique du Dr F._____ du 12 octobre 2005, raison pour laquelle ils ne correspondraient plus au diagnostic principal. S'agissant de l'appareil locomoteur, le Dr J._____ a relevé la persistance de plaintes connues relatives au genou droit et à la colonne lombaire. Le médecin a conclu dès lors à une incapacité de travail, à partir du 12 octobre 2005, de 80% dans l'ancienne activité et de 20% dans des activités de substitution, telles que l'enregistrement, le classement, l'archivage ou la saisie de données, en tant que réceptionniste, standardiste ou téléphoniste, ou encore comme surveillant de parking ou de musée, caissier ou vendeur de billets (OAIE pces 81, 82).

Se fondant sur la prise de position de son service médical du 4 mars 2006 et sur l'évaluation de l'invalidité de l'assuré, effectuée le 31 mai 2006 selon la méthode générale de comparaison des revenus et aboutissant à une perte de gain de 33% (OAIE pce 83), l'OAIE, dans son projet de décision du 19 juillet 2006, a signifié à A._____ qu'il n'existerait plus de droit à une rente d'invalidité, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé étant à nouveau exigible dès le 12 octobre 2005, lui permettant de réaliser plus de 60% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité (OAIE pce 85).

D.c Dans le cadre de la procédure d'audition, A._____ a fait valoir, par écriture du 4 août 2006, que sa maladie s'était aggravée et qu'à la demande de son médecin, il allait subir un scanner de la colonne lombaire (tomodensitométrie [TDM]) dont il enverrait les résultats (OAIE pce 87). Deux ordonnances médicales du 4 août 2006 du Dr K._____, peu lisibles, ont été jointes à l'écriture de l'assuré et font référence à une TDM (OAIE pces 76, 77).

A._____ a produit ultérieurement (OAIE pce 86):

- les résultats de la TDM lombaire, effectuée le 17 août 2006, qui fait état d'une asymétrie accentuée de l'orientation des facettes articulaires en L5-S1, avec un possible « tropisme » à droite, et

- une attestation médicale manuscrite et très peu lisible, du 1er septembre 2006, établie par le Dr K._____, qui reprend

principalement les résultats de la TDM lombaire du 17 août 2006 et note une limitation fonctionnelle de la colonne lombaire.

Dans sa seconde prise de position, du 27 septembre 2006, le Dr J._____, du service médical de l'OAIE, a indiqué que le rapport radiologique du 17 août 2006 confirmait son avis du 4 mars 2006 et que l'attestation médicale du 1er septembre 2006 était indéchiffrable (OAIE pce 89).

Par décision du 7 novembre 2007, l'OAIE a confirmé son projet de décision et supprimé la rente entière versée jusqu'alors à l'assuré, avec effet au 1er janvier 2008 (OAIE pce 91).

E.

E.a Par acte du 17 décembre 2007, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, a formé recours contre la décision du 7 novembre 2007, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance du fait que les conditions visant à la suppression de la rente d'invalidité, respectivement sa diminution, ne sont pas remplies, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAIE afin qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire du dossier, en particulier après avoir commandé une expertise pluridisciplinaire sur les problèmes orthopédiques et psychologiques de l'intéressé. Préalablement, le recourant a requis la restitution de l'effet suspensif du recours et un délai au 29 février 2008 pour compléter son mémoire par la production d'expertises privées et de traduction ou dactylographie de divers documents en portugais. Il a également sollicité l'assistance judiciaire, à laquelle il a toutefois renoncé par courrier du 5 février 2008 (TAF pces 1, 9).

Le recourant conteste catégoriquement que son état de santé et sa capacité de gain se soient améliorés depuis le prononcé de son invalidité ou depuis les décisions maintenant le droit à la rente, de 1998 et 2000. Il estime en outre que les éléments sur lesquels se fonde l'autorité inférieure ne réunissent pas les critères permettant de les retenir comme avis médicaux valables. Ils seraient insuffisants pour attester de l'état de santé du recourant, de sa capacité de gain et d'une quelconque modification notable de cette dernière, et auraient nécessité une instruction complémentaire. L'assuré s'étonne à cet égard que le service médical de l'OAIE ait pu estimer, dans ces

conditions, qu'il avait une incapacité de 20% dans une activité de substitution et de 80% dans son activité habituelle.

Le recourant fait encore valoir que lors de l'évaluation du degré d'invalidité par l'OAIE, ni son niveau intellectuel et d'éducation très limité, ni son analphabétisme n'ont été pris en considération; or ces faits seraient pertinents pour juger des activités de substitution exigibles de l'assuré. De plus, la diminution de salaire de 5% retenue afin de tenir compte de l'âge du recourant et de sa longue période d'invalidité auraient dû s'élever à 25%, du fait en outre qu'il ne peut exercer que des activités adaptées et en raison de ses capacités intellectuelles limitées. Le recourant estime de plus, s'agissant de la détermination du salaire moyen avec et sans invalidité dans la comparaison des revenus, que l'OAIE aurait dû se fonder sur d'autres montants que ceux retenus. Selon le calcul de l'assuré, sa perte de gain s'élèverait à 60.75%.

A l'appui de son recours, A._____ produit de nouveaux documents médicaux:

- un certificat médical du 24 novembre 1995 de la Dresse C._____ qui signale que l'assuré est complètement analphabète (pièce 17);

- un document médical du 16 novembre 1998 du Dr D._____, psychiatre, qui indique que A._____ a suivi avec régularité un traitement par ses soins, du 12 mai au 2 juillet 1998, date à laquelle le traitement a pris fin; le Dr D._____ relève la bonne volonté de l'assuré et l'échec du traitement, dont le but était d'aider A._____ à se décentrer d'une focalisation permanente de son attention sur son syndrome douloureux (pièce 13);

- deux rapports médicaux manuscrits et illisibles, du Dr K._____ du 27 novembre 2007 et du Dr L._____, assistant hospitalier en orthopédie et traumatologie, du 30 novembre 2007 (pièce 25).

E.b Par ordonnance du 21 décembre 2007, le Tribunal administratif fédéral a refusé le délai supplémentaire requis par le recourant afin de déposer un mémoire complémentaire et de produire une expertise médicale privée, ainsi que la traduction de divers documents en portugais, l'informant qu'il aurait la possibilité de déposer de tels documents au moment de la réplique (TAF pce 2).

E.c Par courrier du 16 janvier 2008, le Tribunal administratif fédéral a été informé du fait qu'un nouveau représentant était mandaté pour la défense des intérêts du recourant (TAF pce 4).

E.d Par décision incidente du 30 janvier 2008, le Tribunal administratif fédéral a rejeté la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif du recours (TAF pce 7).

E.e Par décision incidente du 12 février 2008, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. XXX.- et a octroyé au recourant un délai au 29 février 2008 pour la payer. Le 26 février 2008, un montant de Fr. XXX.- a été versé sur le compte du Tribunal (TAF pces 11, 13).

E.f Invitée à se prononcer sur le recours, l'autorité inférieure, par écriture du 13 mars 2008, a proposé que soit imparti un délai au recourant pour envoyer une copie dactylographiée de la pièce 25 produite avec le recours, les rapports médicaux étant illisibles, de sorte que le service médical de l'OAIE n'a pu prendre position (OAIE pce 104, TAF pce 17).

E.g Par courrier du 16 avril 2008, le recourant a remis une transcription dactylographiée des rapports médicaux correspondant à la pièce 25 du bordereau de pièces versées à l'appui du recours, effectuée par une traductrice-jurée. Cette transcription mentionne que le texte original est extrêmement peu lisible et qu'il a été reconstitué après recherches et contacts téléphoniques avec les médecins au Portugal; il existerait dès lors de possibles erreurs de lecture (TAF pce 22). Il s'agit:

- du rapport du Dr K._____ du 27 novembre 2007, qui a procédé à un examen et a requis une TDM lombaire, et qui mentionne des séquelles traumatiques de l'accident du travail, des lombalgies persistantes et une irradiation vers le membre inférieur droit; la TDM aurait révélé des irrégularités de la marge antérieure des plats vertébraux au niveau L2-L3 et L3-L4 et une asymétrie des interlignes articulaires en L5-S1 avec une possible lyse isthmique droite de L5; le Dr K._____ conclut que le recourant ne peut exercer son activité habituelle;

- du rapport du Dr L._____, assistant hospitalier en orthopédie et traumatologie, du 30 novembre 2007, lequel fait état de gonalgies

résiduelles à droite et de lombalgies persistantes avec crises de sciatalgie à droite également; une TDM lombaire effectuée le 22 novembre 2007 aurait révélé une procidence discale circonférentielle de L4-L5 et une asymétrie des interlignes articulaires en L5-S1 avec une possible lyse isthmique droite de L5; de plus amples examens seraient toutefois nécessaires pour une meilleure analyse de la pathologie lombaire; le Dr L._____ conclut à une incapacité de travail dans la profession habituelle du recourant.

E.h Dans sa prise de position du 12 juin 2008, la Dresse M._____, du service médical de l'OAIE, a estimé, à la relecture du dossier et des nouveaux rapports médicaux produits, qu'il était justifié de maintenir la position du Dr J._____ du 4 mars 2006. Elle a observé que le rapport du Dr F._____ du 12 octobre 2007 (recte: 12 octobre 2005) fait état d'un comportement normal et adéquat et de l'absence de plaintes de la sphère psychiatrique et conclut à l'absence de psychopathologie relevante. En outre, les limitations physiques modérées ne justifieraient plus une incapacité de travail supérieure à 20% dans des activités plus légères (OAIE pce 106).

E.i Par courrier du 26 juin 2008, le recourant a versé au dossier deux nouveaux documents médicaux (TAF pce 26):

- un rapport du Dr N._____, spécialiste en neurologie, du 10 juin 2008, qui fait état de la présence d'un syndrome extrapyramidal akinéto-rigide et trémulant, important, asymétrique et nettement plus marqué au niveau de l'hémicorps droit, dont l'origine la plus probable semble être une maladie de Parkinson; les lombalgies chroniques seraient vraisemblablement également exacerbées par l'atteinte neurologique; le médecin conclut à une incapacité de travail dans une activité de maçon;

- une attestation médicale de la Dresse C._____ du 13 juin 2008 qui note que l'état de santé du recourant s'est dégradé depuis la décision d'octroi de la rente d'invalidité et que l'assuré présente des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, des troubles somatoformes douloureux sur fond de trouble de la personnalité, un état anxio-dépressif chronique et une nouvelle pathologie dont l'origine semble être une maladie de Parkinson.

E.j A nouveau appelée à se prononcer, la Dresse M._____, dans sa prise de position du 11 juillet 2008, a estimé, à la lecture notamment du rapport du Dr N._____, qu'il n'existait pas de répercussions neurologiques des atteintes dégénératives lombaires pré-existantes. Il ne serait pas fait mention non plus de signes entrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux floride, ni de troubles psychiques. La Dresse M._____ conclut donc au maintien de sa position précédente. Elle relève toutefois que le Dr N._____ mentionne pour la première fois différents signes évocateurs d'une maladie de Parkinson, qui pourrait constituer un nouveau critère d'aggravation de l'état de santé du recourant, toutefois postérieur à la décision attaquée (OAIE pce 108).

E.k En date du 17 juillet 2008, une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assuré a été effectuée selon la méthode générale de comparaison des revenus, tenant compte des dernières statistiques officielles en date, soit celles de 2006. Le degré d'invalidité ainsi obtenu s'élève à 33% avec un abattement de 5% et à 37% avec un abattement de 10%. L'administration considère toutefois l'abattement de 5% comme approprié pour les activités de substitution, l'assuré étant encore relativement jeune, diverses activités étant exigibles dans différents secteurs économiques et dans une grande proportion, et le handicap du recourant étant moindre (OAIE pce 110).

E.l Dans sa réponse du 22 juillet 2008, l'autorité inférieure, se fondant sur les constats de son service médical et sur l'évaluation économique à laquelle elle a procédé, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée; elle a notamment noté que son service médical ayant pu prendre position concernant la capacité de travail du recourant, l'ensemble du dossier médical s'avérait suffisant, une expertise complémentaire n'étant pas nécessaire. L'OAIE a également relevé qu'un nouvel élément médical susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assuré avait été constaté au vu du rapport du Dr N._____ du 10 juin 2008, mais que dans la mesure où cet élément intervenait après la décision litigieuse du 7 novembre 2007, objet du présent recours et limite temporelle du pouvoir d'examen du juge, il s'agissait là d'un fait nouveau devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative; il a donc également proposé que le recours soit considéré comme une nouvelle demande qui serait examinée lorsque la présente procédure serait terminée (TAF pce 28).

E.m Dans sa réplique du 19 septembre 2008, le recourant a maintenu ses conclusions, reprenant les motifs invoqués dans son mémoire de recours. Il estime que les certificats médicaux produits en procédure de recours démontrent qu'il était sans doute déjà atteint de la maladie de Parkinson au moment de la décision de suppression de la rente d'invalidité au mois de novembre 2007, de sorte que la découverte de cette maladie ne serait pas un fait nouveau. Il verse de nouveaux documents médicaux au dossier (TAF pce 30):

- une traduction des rapports médicaux du Dr I._____ du 3 octobre 2005, du Dr F._____ du 12 octobre 2005, du Dr K._____ du 27 novembre 2007 et du Dr L._____ du 30 novembre 2007;

- une attestation de la Dresse C._____ du 17 décembre 2007 qui note des signes de discopathie lombaire avec ébauche de protrusion discale en L5-S1 et des signes de spondylolyse L5 droite; elle ajoute que l'assuré souffre de lombalgies invalidantes malgré la mise en place d'un traitement et qu'une activité en tant que maçon n'est actuellement pas envisageable;

- un certificat médical, et sa traduction, du Dr K._____, daté du 4 avril 2008, qui atteste que le recourant est malade et dans l'impossibilité de travailler, en raison de lombalgies chroniques et de paresthésies des deux membres inférieurs, provoquées par de multiples hernies au niveau de L4-L5 et dégénérescence discale de L5-S1;

- un certificat médical du Dr O._____, psychiatre, du 18 juillet 2008, qui atteste que le recourant est en traitement chez lui depuis janvier 2008, en raison de trouble de l'humeur (état anxiodépressif de longue date et troubles somatoformes douloureux); le médecin expose que l'accident de travail survenu en 1992 et ses séquelles physiques ont porté atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, ce qui a constitué une blessure narcissique grave, de même que le sentiment de déchéance et d'inutilité relatifs à son incapacité de travail; il s'agirait là de l'origine de son état dépressif qui ne l'aurait jamais quitté depuis et qui aurait été entretenu par les douleurs somatoformes et non somatoformes; la découverte en juin 2008 d'une maladie de Parkinson aurait aggravé cette situation.

E.n La Dresse M._____ s'est une nouvelle fois prononcée sur les documents produits par le recourant avec sa réplique et a confirmé, dans son avis du 17 octobre 2008, ses prises de position antérieures (OAIE pce 112).

Dans sa duplique du 22 octobre 2008, l'autorité inférieure a maintenu les conclusions et arguments de sa réponse (TAF pce 32).

E.o Par ordonnances du 21 décembre 2007, puis du 23 octobre 2009, le Tribunal administratif fédéral a informé les parties de la composition et de la modification du collège de juges amenés à examiner la présente cause (TAF pces 2, 37). Aucune demande de récusation n'a été présentée.

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

Il sied de relever encore que les nouvelles règles de procédure sont en principe immédiatement et pleinement applicables dès leur entrée en vigueur, à défaut de dispositions transitoires contraires (arrêt du

Tribunal fédéral I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 3.1; ATF 130 V 560 consid. 3.1 et les références citées).

1.3 Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, il a qualité pour recourir.

En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu 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. 80*a* LAI). Est également applicable 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).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71).

2.2 S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, 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), que l'examen du droit à des prestations d'invalidité dans le cas 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. Celle-ci datant en l'espèce du

7 novembre 2007, la présente cause est donc soumise à la LAI et à son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

3.

3.1 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.

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]).

L'art. 88*a* 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. Quant à l'art. 88bis 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.

3.2 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 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a). Par contre, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1, ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple communication à l'assuré confirmant le droit à la rente peut, le cas échéant, être considérée comme une décision si elle suit une procédure de révision conforme aux exigences exposées par la jurisprudence susmentionnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1).

3.3 En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 1993, pour un degré d'invalidité de 100%, situation maintenue par communications du 10 mars 1998 et du 23 novembre 2000, et par décision du 20 juillet 1999. Au cours de l'année 2005, l'OAIE a entrepris une nouvelle révision d'office du droit à la rente et a supprimé, par décision du 7 novembre 2007, la rente entière versée jusqu'alors à A._____, au motif que l'état de santé de ce dernier et, partant, sa capacité de gain se seraient améliorés de façon notable, l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé du recourant étant à nouveau exigible à un taux de 80% dès le 12 octobre 2005, de telle sorte que la perte de gain subie s'élèverait désormais à 33%; il n'existerait donc plus de droit à une rente d'invalidité. Le recourant a interjeté recours contre cette décision,

demandant son annulation; il fait valoir en particulier que ni son état de santé, ni sa capacité de travail ne se seraient améliorés, ce que de toute façon les éléments sur lesquels s'est fondée l'autorité inférieure pour rendre sa décision ne permettraient pas de démontrer, étant insuffisants pour attester de l'état de santé et de la capacité de gain de l'assuré, de même que d'une quelconque modification notable de cette dernière. Le recourant a versé différents documents médicaux au dossier.

Le litige porte ainsi sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, suite à la procédure de révision d'office entreprise dès 2005, à rendre une décision supprimant la rente d'invalidité du recourant, ou, en d'autres termes, si véritablement la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée de façon notable. Cette question doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente et ceux qui ont existé jusqu'à la décision litigieuse.

Or, si la décision du 20 juillet 1999, émise par l'OAIE au moment où le dossier lui était transféré en raison du départ de l'assuré pour le Portugal, n'a été qu'une confirmation formelle du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité, l'une et l'autre des communications précitées, du 10 mars 1998 et du 23 novembre 2000, ont été le résultat d'une procédure de révision au cours de laquelle des rapports médicaux ont été versés au dossier, dans lesquels les médecins ont décrit l'état de santé de l'assuré et ont pris position sur sa capacité de travail, et sur lesquels le service médical AI s'est prononcé et fondé pour conclure à une incapacité de travail inchangée. Il convient donc de considérer ces communications comme des décisions reposant sur un examen matériel du droit à la rente, la plus récente, du 23 novembre 2000, constituant le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Il s'agira dès lors de comparer, dans le cas présent, les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 novembre 2000, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 7 novembre 2007, date de la décision litigieuse.

4.

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

4.2 Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans 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.

4.3 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 en vigueur dès le 1er janvier 2004). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

4.4 Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. 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 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

5.

5.1 Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a).

L'art. 69 RAI prescrit à cet égard 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. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2

RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas.

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

5.2 Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent

de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

5.3 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, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

6.

6.1 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 6/1998 p. 296 consid. 3b).

6.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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 citées).

6.3 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, 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 citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au

dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.4 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, lorsqu'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).

7.

7.1
A la lecture des pièces au dossier, il apparaît qu'à l'époque de la décision du 23 novembre 2000 maintenant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, pour un taux d'invalidité inchangé de 100%, A._____ souffrait principalement de gonalgies à droite, de cervicalgies et de lombalgies, et présentait une lésion méniscale, des discopathies en C4-C5 et C5-C6, des séquelles de la maladie de Scheuermann, une protrusion discale en L5-S1 et une spondylose de L5, causant une marche claudicante à droite, une mobilité réduite et une limitation de la flexion-extension du genou droit. Au niveau psychiatrique, mis à part un état psychique un peu anxieux, l'assuré affichait une vie stable et sans troubles de caractère émotionnel ou affectif, le psychiatre consulté émettant le possible diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostic restant toutefois hypothétique en raison de l'importance de la pathologie

orthopédique. Tant le Dr E._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, dans son rapport du 28 avril 2000, que le Dr F._____, psychiatre, dans son avis du 8 mai 2000, ont conclu au maintien d'une invalidité de 100%, le Dr G._____, dans le rapport médical de révision d'invalidité du 26 juin 2000 estimant pour sa part que la pathologie du genou et de la colonne vertébrale était très invalidante et rendait l'assuré incapable de travailler dans son activité habituelle, tout en étant capable d'exercer une activité rémunérée, l'incapacité de travail s'élevant néanmoins à plus de 50%. Ces observations et constats ont conduit la Dresse H._____, dans ses avis du 23 octobre et du 20 novembre 2000 à l'intention de l'OAIE, à juger l'assuré totalement inapte à l'exercice d'une activité professionnelle, en raison des altérations orthopédiques touchant le genou et le dos, et à conclure à une incapacité de travail inchangée. La décision du 23 novembre 2000 reconnaissant que le degré d'invalidité de A._____ n'avait pas subi de modification et maintenant les prestations versées jusqu'alors n'a pas été contestée en son temps et est entrée en force.

7.2 Lors de la révision d'office introduite en 2005 par l'OAIE, ce dernier a cette fois considéré, dans sa décision du 7 novembre 2007, que A._____ n'avait plus droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il serait à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé, lui permettant de réaliser plus de 60% du gain qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas devenu invalide. Le recourant le conteste, estimant que son état de santé et sa capacité de travail ne se seraient pas améliorés, voire même qu'ils se seraient aggravés.

7.2.1

7.2.1.1 Ainsi, le Dr J._____, dans sa prise de position du 4 mars 2006, qu'il a confirmée le 27 septembre 2006 en procédure d'audition, a retenu les diagnostics de syndrome chronique cervical et lombaire avec altérations dégénératives, de gonalgie droite avec limitation dans la mobilité, de status après accident survenu en 1992 et de trouble psychique avec altération de la personnalité hystérique. Il relève que la rente d'invalidité a été octroyée au recourant en raison de troubles psychiatriques qui n'existeraient plus selon le rapport du Dr F._____ du 12 octobre 2005, raison pour laquelle ils ne correspondraient plus au diagnostic principal. Au niveau de l'appareil locomoteur, le Dr J._____ note la persistance de plaintes

déjà connues relatives au genou et à la colonne lombaire. Concluant ainsi à une amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique, il estime que le recourant présente une incapacité de travail, dès le 12 octobre 2005, de 80% dans l'ancienne activité et de 20% dans des activités de substitution. La Dresse M._____, dans ses prises de position des 12 juin, 11 juillet et 17 octobre 2008, a suivi, en procédure de recours, l'avis du Dr J._____ et appuyé ses conclusions.

7.2.1.2 Or, il s'avère que les diagnostics posés par le Dr J._____ dans sa prise de position du 4 mars 2006 sont identiques à ceux retenus par la Dresse H._____ au cours de la procédure de révision d'office ayant abouti à la décision du 23 novembre 2000 maintenant la rente entière de l'assuré. A cette époque, la Dresse H._____, dans ses rapports des 23 octobre et 20 novembre 2000 à l'intention de l'OAIE, avait conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré en raison des atteintes orthopédiques et non psychiatriques, au contraire de ce qu'avait jugé le Dr B._____ lors de la première révision d'office de la rente en mai 1997; ce dernier avait en effet retenu une incapacité totale de l'assuré dans l'exercice d'une activité professionnelle en raison des troubles psychiques et non somatiques, ceux-ci ne pouvant justifier, de l'avis du médecin, une incapacité de travail dans une activité adaptée, le diagnostic principal retenu étant alors celui de trouble somatoforme douloureux persistant grave survenu sur fond de trouble de la personnalité histrionique, provoquant des perturbations graves dans le fonctionnement psychique et social de l'assuré et une détresse importante. Il apparaît ainsi que la Dresse H._____ avait observé, lors de la deuxième révision de la rente, une amélioration des atteintes psychiques du recourant et une aggravation des troubles orthopédiques, ces derniers étant à eux seuls le motif du maintien du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité. De son côté, le Dr J._____ a fondé ses conclusions sur une amélioration des troubles psychiatriques, jugés graves et invalidants lors de la première révision de la rente, mais plus significatifs lors de la deuxième révision, et sur une persistance des atteintes orthopédiques, qui ne justifiaient pas, à l'époque de la première révision, une incapacité de travail dans une activité adaptée, à l'inverse de ce qui a été retenu lors de la deuxième révision. Ainsi, en motivant la modification de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail par l'amélioration des troubles psychiatriques, il

semble que le Dr J._____, suivi par la Dresse M._____, ait méconnu les constatations de la Dresse H._____ et ait procédé à l'examen comparatif des éléments médicaux existants au moment de la troisième révision, objet de la présente procédure de recours, avec les constatations faites par le Dr B._____ au cours de la première révision de la rente, au lieu de celles faites à l'époque de la décision du 23 novembre 2000, résultat de la deuxième révision de la rente et point de départ temporel, en l'espèce, pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité du recourant. Dans cette mesure, les conclusions du Dr J._____, confirmées par la Dresse M._____, sont mal fondées et peu pertinentes.

Il convient encore de noter que les taux d'incapacité de 80% dans l'ancienne activité et de 20% dans une activité adaptée, arrêtés par le Dr J._____, ne sont aucunement motivés et ne peuvent en outre être justifiés par les documents médicaux produits en procédure de révision et de recours, puisqu'aucun d'entre eux ne se prononce à cet égard. On ne saurait dès lors en l'espèce retenir les avis du service médical de l'OAIE.

7.2.2 Dans le cadre de la révision d'office et au cours de la procédure de recours, de nouveaux rapports médicaux ont en effet été produits, dont celui du Dr I._____ du 3 octobre 2005, celui du Dr F._____ daté du 12 octobre 2005, le rapport E 213 reçu le 22 décembre 2005 par l'OAIE, les résultats d'une TDM lombaire effectuée le 17 août 2006 et une attestation médicale du Dr K._____ du 1er septembre 2006. Ont également été versés au dossier, lors de la procédure de recours, deux documents médicaux datés de 1995 et de 1998 et un certain nombre de certificats postérieurs au prononcé de la décision litigieuse. Les premiers, dont l'un de la Dresse C._____ du 24 novembre 1995 signalant que l'assuré est analphabète, étant antérieurs à la décision du 23 novembre 2000 entrée en force et ne faisant que confirmer des éléments médicaux connus, il n'en sera pas tenu compte dans la présente cause. Quant aux certificats postérieurs à la décision du 7 novembre 2007, ils ne seront pris en considération que dans la mesure où ils concernent la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période entre le 23 novembre 2000 et le 7 novembre 2007; tel est en partie le cas du certificat du Dr O._____, du 18 juillet 2008, alors que ceux du Dr K._____, du 27 novembre 2007 et du 4 avril 2008, du Dr L._____, du 30 novembre 2007, du Dr N._____, du 10 juin 2008, et de la

Dresse C._____ du 17 décembre 2007 et du 13 juin 2008, relatent et évaluent la situation du recourant au moment où ils sont rédigés.

Or, il convient de noter d'emblée, à la lecture des documents relatifs à la période soumise à l'examen du Tribunal, que ceux-ci ne sont guère pertinents pour décider d'une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de gain, puisque, à l'exception des prises de position du service médical de l'OAIE, ils se contentent pour l'essentiel de poser des diagnostics, sans se prononcer clairement sur une amélioration, une aggravation ou une persistance des troubles dont souffre l'assuré, ni sur une possible modification de sa capacité de travail.

7.2.2.1 Au niveau orthopédique, le Dr I._____, dans son rapport du 3 octobre 2005, fait état, comme cela était le cas à l'époque de la dernière décision entrée en force du 23 novembre 2000, de gonalgies à droite et de rachialgies lombaires, rejoint en cela par le rapport E 213. La TDM lombaire, effectuée le 17 août 2006 et dont les résultats sont repris par le Dr K._____ dans son attestation du 1er septembre 2006, révèle en outre une asymétrie accentuée de l'orientation des facettes articulaires en L5-S1, avec un possible “tropisme” à droite, diagnostic qui n'apparaissait pas auparavant, les médecins ayant retenu à l'époque une protrusion discale en L5-S1. S'agissant des limitations fonctionnelles causées par les troubles othopédiques, le Dr I._____ indique notamment que le recourant marche sans claudication et que la rotation et l'inclination de la colonne cervicale se font sans restriction, au contraire toutefois de la colonne dorso-lombaire dont la flexion est limitée, ce dernier point étant également relevé le Dr K._____ et le rapport E 213.

Ainsi, si, à la lecture du rapport du Dr I._____, il semble exister une évolution favorable des restrictions fonctionnelles que subit A._____, en particulier concernant la marche, d'autant plus que, selon le médecin, le recourant se serait montré peu collaborant dans la recherche de mobilité au moment de l'examen, on ne saurait cependant en déduire une modification notable de l'état de santé de l'assuré. Les médecins consultés n'ont d'ailleurs pris aucune conclusion à ce propos et ne se sont pas non plus exprimés sur la capacité de travail de l'assuré, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Seul le rapport E 213 s'est partiellement déterminé sur ce point, indiquant que le recourant ne

pourrait pas exercer à plein temps sa dernière activité dans le domaine de la construction, sans toutefois motiver plus avant son opinion, ni se prononcer sur la capacité de travail éventuelle du recourant dans une activité adaptée à son état de santé. Force est de constater dès lors le caractère lacunaire, incomplet et peu motivé des rapports orthopédiques versés au dossier, lorsqu'ils sont lisibles, et en particulier l'absence de conclusions de la part des médecins sur des points essentiels lors d'une révision du droit à une rente, tels que l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

7.2.2.2 Le constat est le même au niveau psychiatrique, le Dr F._____, qui avait également été consulté au moment de la décision du 23 novembre 2000 (rapport du 8 mai 2000), se limitant, dans son avis daté du 12 octobre 2005, à un rapport succinct. Il y conclut à l'absence d'une psychopathologie déterminée, indice là aussi d'une amélioration des troubles du recourant, qui s'amorçait d'ailleurs déjà dans le rapport du 8 mai 2000, puisqu'il y était fait état d'une vie stable, sans troubles à caractère émotionnel ou affectif, avec cependant un diagnostic, quoique hypothétique, de trouble somatoforme douloureux, alors que lors de la première révision de la rente en 1997-1998, le diagnostic retenu était celui de trouble somatoforme douloureux grave survenu sur fond de trouble de la personnalité histrionique. Toutefois, tout comme au niveau orthopédique, l'on ne saurait conclure, au vu de cette évolution, et pour autant qu'elle soit effective, à une modification notable des troubles psychiques; le médecin ne se prononce d'ailleurs pas expressément à cet égard, ni s'agissant des conséquences éventuelles de ses observations médicales sur la capacité de travail du recourant. Le Dr O._____, dans son rapport du 18 juillet 2008, retient, pour sa part, l'existence d'un état anxiodépressif apparu en raison de l'accident du travail survenu en 1992 et qui n'aurait jamais quitté le recourant depuis lors, état également relevé par le Dr G._____ au cours de la procédure de révision précédente. Toutefois, outre que le traitement auprès du Dr O._____ n'a débuté qu'en janvier 2008, le psychiatre n'a pris, cette fois encore, aucune conclusion concernant le caractère invalidant de l'état anxiodépressif diagnostiqué.

7.2.2.3 En conséquence, l'autorité de céans estime, au vu de ce qui précède, que les éléments médicaux requis par l'OAIE ou produits

par le recourant lors de la dernière révision entreprise d'office et en procédure de recours ne permettent d'établir ni une évolution, ni une persistance de l'état de santé du recourant et de sa capacité de gain, et ne font pas état, en tous les cas, d'une modification notable de l'un ou de l'autre dans le sens d'une amélioration.

7.3 L'autorité de céans constate dès lors qu'elle n'est pas en mesure de se rallier ni aux conclusions de l'autorité inférieure et de ses médecins-conseils, ni à celles du recourant. Comme exposé ci-dessus, les éléments médicaux présents au dossier sont lacunaires, mal fondés ou encore hors du champ d'examen du Tribunal, et ne suffisent pas en tout cas à fonder une modification notable de l'invalidité du recourant dans le sens d'une amélioration. D'autant que les rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse semblent plutôt aller dans le sens d'une aggravation, le Dr N._____, neurologue, ayant relevé, dans son rapport du 10 juin 2008, des signes évocateurs d'une maladie de Parkinson, signes que la Dresse M._____ et l'autorité inférieure ont également mentionné dans la prise de position du 11 juillet 2008 et la réponse du 22 juillet 2008. Pour autant, les constats médicaux soumis à l'examen de la Cour ne permettent pas de conclure à la persistance de l'état de santé et de l'incapacité de travail de l'assuré, certains éléments pouvant être interprété comme les indices d'une amélioration des atteintes dont souffre le recourant. En particulier, il sied de souligner qu'il ne ressort des documents médicaux antérieurs à la décision litigieuse aucun élément permettant d'affirmer que le recourant souffrait déjà auparavant de la maladie de Parkinson.

8.
La Cour est donc d'avis qu'en l'espèce, il n'est pas possible de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à une conclusion ni quant à l'évolution ou à la persistance de l'état de santé de l'assuré, ni quant à une éventuelle modification de son incapacité de travail, les rapports médicaux versés au dossier ne répondant pas sur ces points aux exigences jurisprudentielles.

Partant, et compte tenu des lacunes présentes dans cette cause, le recours doit être admis, en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, afin que soit entreprise, par toute mesure utile, une instruction complémentaire propre à établir avec précision les affections dont le recourant est

atteint, les limitations fonctionnelles qui en découlent, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'intéressé et dans des activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir le cas échéant, ainsi que l'évolution survenue à cet égard depuis la décision du 23 novembre 2000 maintenant le droit à une rente entière pour un taux d'invalidité de 100%, de sorte à pouvoir déterminer si le taux d'invalidité de A._____ s'est modifié de façon notable et, si tel est le cas, à partir de quelle date cette modification a eu lieu. Pour ce faire, l'OAIE soumettra l'assuré à une expertise pluridisciplinaire auprès de services spécialisés (orthopédie, neurologie, psychiatrie; art. 61 PA). L'autorité inférieure rendra ensuite une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, la question de la violation du droit fédéral s'agissant de l'établissement du degré d'invalidité, soulevée par le recourant, peut rester ouverte.

9.
Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause en ce qui concerne les frais de procédure et l'indemnité de dépens (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

En conséquence, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et al. 2 PA) et l'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

En outre, il convient d'allouer une indemnité de dépens à la partie recourante de Fr. XXX.-, à charge de l'autorité inférieure (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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis en ce sens que la décision du 7 novembre 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui procédera conformément au considérant 8.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. XXX.- versée par le recourant lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'il aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

3.
Une indemnité de dépens de Fr. XXX.- est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

4.
Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Avis judiciaire)
- à l'autorité inférieure
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège : La greffière :

Michael Peterli Isabelle Pittet

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

Expédition :