Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Cour III
C-8397/2007
{T 0/2}

Arrêt du 15 février 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Elena Avenati-Carpani et Alberto Meuli, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représenté par Jean-Daniel Kramer, avenue Léopold-Robert 88, case postale 221, 2301 La Chaux-de-Fonds,
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; révision de la rente (décision du 13 novembre 2007).

Faits :

A.
Le ressortissant espagnol A._____ a travaillé en Suisse dès 1980 tout d'abord dans l'hôtellerie, puis de 1987 à 1991 en tant que maçon et finalement de 1991 à mai 1997 en qualité d'ouvrier-mécanicien, en dernier lieu dans l'entreprise B._____ comme façonneur de burins en métal dur (pces 1; 2; 136 p. 2-3). Depuis lors, il bénéficie d'arrêts de travail partiels et complets suite à une opération chirurgicale au dos effectuée le 20 mai 1997. Il interrompt finalement ses activités professionnelles au 31 août 1998 pour des raisons médicales (pces 2; 136 p. 2-3) et dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après: OAI NE) en date du 4 mars 1999 (pce 1).

B.
Par décision du 27 septembre 2000 (pce 17), l'OAI NE alloue une rente entière à l'intéressé à partir du 1er mars 1999. Ces actes s'appuyaient notamment sur les documents suivants:

- des rapports médicaux des 28 mai et 27 novembre 1997 (pces 36 et 37) signés par les Drs C._____ et D._____, du Service de neurochirurgie E._____,

- un rapport médical du 26 mars 1998 établi par le Dr C._____, du Service de neurochirurgie E._____ (pce 38),

- un rapport neurologique du 3 juillet 1998 signé par le Dr G._____, neurologue (pce 39),

- un rapport médical du 28 août 1998 établi par les Drs C._____ et H._____, du Service de neurochirurgie E._____ (pce 40),

- des rapports médicaux des 21 octobre 1998, 2 novembre 1998, 18 décembre 1998, 11 février 1999 et 23 mars 1999 signés par le Dr I._____, spécialiste en antalgie au Service d'anesthésiologie F._____ (pces 41, 42, 43, 45, 46),

- un rapport médical du 8 février 1999 établi par la Dresse J._____, spécialiste en médecine physique et rééducation (pce 44),

- un rapport médical du 12 avril 1999 signé par le Dr K._____, médecin traitant (pce 47),

- une expertise médicale du 4 septembre 2000 (pce 50) effectuée par le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine Interne & Rhumatologie, posant les diagnostics suivants:
  - syndrome douloureux chronique du rachis lombaire sur
    (1) status post-spondylodèse avec greffe lombaire intersomatique par voie postérieure à l'aide de cages métalliques intersomatiques L4/L5 (opération du 20 mai 1997)
    (2) status après blocs facettaires et radiofréquence des étages vertébraux L3/L4, L4/L5 et L5/S1 (les 28 octobre 1998, 22 décembre 1998 et 10 février 1999),
  - état dépressif avec retrai social chez un assuré présentant des trait de personnalité narcissique.

C.

C.a Dans le cadre d'une procédure de révision mise en oeuvre le 3 novembre 2003 (pce 25; cf. également la prise de position du 29 novembre 2003 signée par la Dresse M._____ [pce 26]), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compétent suite au déménagement de l'assuré en Espagne (pces 23 et 24), verse les pièces suivantes au dossier:

- un rapport médical du 19 février 2004 signé par Mme N._____, psychologue à l'hôpital O._____ (pce 52);

- un rapport médical E 20 du 27 avril 2004 signé par la Dresse P._____ (pce 53);

- un questionnaire pour la révision de la rente daté du 28 mai 2004 dans lequel l'assuré indique qu'il n'exerce plus aucune activité (pce 35).

C.b L'OAIE transmet le dossier à son service médical pour prise de position. Dans son rapport du 10 juillet 2004 (pce 55), le

Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, relève que le dossier ne contient aucun rapport psychiatrique et qu'il convient de requérir de l'organisme de liaison espagnol un tel document.

C.c Le dossier est par la suite complété avec un rapport médical du 2 février 2005 signé par la Dresse R._____, psychiatre (pce 130).

C.d L'OAIE transmet les actes de la cause aux Drs Q._____ et S._____, de son service médical, pour prise de position. Dans un rapport du 7 mai 2005 (pce 65), le Dr Q._____ retient que, par rapport à la situation lors de l'expertise médicale réalisée par le Dr L._____ en date du 4 septembre 2000, où l'expertisé souffrait d'éléments dépressifs tout à fait nets, l'amélioration sur le plan psychique est clairement documentée par les rapports médicaux produits par les autorités espagnoles. En effet, il ressort de ces derniers qu'il n'existe plus d'éléments dépressifs. Soulignant que, à 5 ans de l'expertise, la situation peut être considérée comme stable, il conclut que, du point de vue psychiatrique, l'incapacité psychiatrique est de 50% depuis le 2 février 2005. Pour sa part, le Dr S._____, spécialiste en médecine générale, atteste que l'intéressé ne peut effectuer que des activités légères, voire de temps en temps mi-lourdes. Il précise qu'il s'agit de travaux légers dans l'industrie effectués sans limitation de temps, en alternant les positions et en étant principalement assis (prise de position médicale du 23 mai 2005 [pce 68]).

D.
Par acte du 23 juin 2005 (pce 70), l'OAIE effectue une comparaison des revenus. En ce qui concerne le revenu de valide, il se réfère au questionnaire pour l'employeur daté du 19 avril 1999 selon lequel l'assuré travaillait pour un salaire annuel à temps complet de Fr. 4'333.- (4000 x 13/12). Se référant à l'indice des salaires nominaux des ouvriers en Suisse, il indexe ce montant à l'année 2002 (1999=1975; 2002=2078) et fixe le revenu sans invalidité à Fr. 4'559.- ([4333: 1975] x 2078).

Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'Office se réfère aux données de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2002 (ESS; cf. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), tableau TA1. Il constate que les activités de substitution proposées par le Dr S._____ correspondent à des activités simples

et répétitives dans le secteur « industrie du cuir et de la chaussure » permettant d'obtenir un revenu moyen de Fr. 4'075.-.- pour 40 h./sem. et de Fr. 4'248.- pour 41.7 h./sem (temps de travail moyen et usuel selon l'Office fédéral de la statistique). Ce dernier montant est ensuite réduit de 50% (4'248 – 2'124 = Fr. 2'124), étant donné que, selon la prise de position médicale du Dr Q._____, l'exercice une activité de substitution à plus de 50% ne peut être exigé de la part de l'assuré. L'OAIE effectue de surcroît une réduction de 5% afin de tenir compte du fait que l'intéressé ne peut exercer que des activités légères (2'124 – 106 = 2'018).

Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 4'559.- à un salaire avec invalidité de Fr. 2'018.-. L'intéressé présente ainsi une perte de gain de 55.74% ([{4'559 – 2'018} x 100] : 4'559).

E.

E.a Par projet de décision du 5 juillet 2005 (pce 73), l'OAIE informe l'assuré que, en application des art. 17 LPGA et 88*a* al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), il entend remplacer sa rente entière d'invalidité par une demi-rente suite à une modification notable de son état de santé. Selon lui, les documents nouvellement reçus permettent de conclure que "l'exercice d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, comme par exemple des activités simples et répétitives dans l'industrie du cuir et de la chaussure, travaux légers dans l'industrie avec possibilité de changer de position et à exécuter majoritairement en position assise, serait exigible dès le 2 février 2005 et permettrait de réaliser plus de 40% du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité." Il précise qu'il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

E.b Par acte du 5 août 2005 (pce 74), l'intéressé fait part de son désaccord quant au projet de décision du 5 juillet 2007. Il allègue ne pas pouvoir exercer une activité lucrative quelconque. Il joint à son recours la documentation médicale suivante:

- un rapport médical du 15 septembre 2005 signé par la Dresse R._____ (pce 134),

- un rapport médical du 3 août 2005 (pce 131),

- un rapport médical du 29 septembre 2009 établi par le Dr T._____, spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique (pce 135).

E.c L'OAIE transmet le dossier au Dr S._____ pour prise de position. Dans son rapport du 17 novembre 2005 (pce 76), celui-ci ne décèle aucun motif de revenir sur le projet de décision.

F.
Par décision du 12 décembre 2005 (pce 79), l'OAIE remplace la rente entière de l'assuré par une demi-rente à partir du 1er février 2006. Il précise que les observations de l'assuré du 5 août 2005 ainsi que toute la documentation remise en procédure d'audition ont été prises en considération mais que celles-ci ne lui permettent pas de changer d'opinion.

G.
Par acte du 11 janvier 2006 (pce 83), l'intéressé fait opposition à la décision précitée du 12 décembre 2005 précisant que son état de santé ne s'est en aucune façon amélioré depuis les opérations effectuées en Suisse et qu'il a requis la mise en oeuvre de nouveaux documents médicaux auprès de l'INSS.

H.

H.a Par acte du 21 février 2006 (pce 80), Maître J.-D. Kramer informe l'autorité inférieure qu'il a été chargé de la défense des intérêts de l'assuré et demande l'envoi du dossier pour consultation. Par courrier du 5 avril 2006 (pces 84), il fait valoir que des investigations complémentaires sont nécessaires et propose à l'OAIE de donner un nouveau mandat d'expertise au Dr L._____, médecin ayant déjà expertisé l'intéressé en 2000. Par acte du 23 novembre 2006 (pce 85), il informe l'administration qu'il a pris contact avec le Dr L._____ et demande si elle serait prête à accepter une expertise émanant de ce médecin.

H.b Par acte du 15 décembre 2006 (pce 86), l'autorité inférieure demande au Dr X._____, de son service médical, de prendre position quant à la nécessité d'une expertise médicale. Par courrier du 18 décembre 2006 (pce 87), elle informe le recourant que son service

médical va se déterminer quant à l'opportunité d'une expertise médicale.

H.c Par acte du 21 décembre 2006 (pce 88), le recourant informe l'OAIE que le Dr L._____ serait prêt à l'examiner en date du 29 janvier 2007 et lui demande de confirmer son accord avec le principe d'une telle expertise jusqu'au 8 janvier 2007.

H.d Dans une prise de position médicale du 7 janvier 2007 (pce 89), le Dr X._____ est d'avis que les actes de la cause ne permettent pas de conclure, avec une vraisemblance suffisante, à une amélioration significative de l'état de santé de l'intéressé. Soulignant que l'assuré présente des affections tant psychiques que somatiques, il conseille pour cette raison la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avec un volet rhumatologique et psychiatrique) à la Clinique U._____, complétée eventuellement avec une évaluation des capacités fonctionnelles. Il précise qu'une expertise uniquement rhumatologique telle que proposée par le recourant ne serait pas suffisante.

H.e Par e-mail du 17 janvier 2007 (pce 91), le recourant demande à l'autorité inférieure de lui confirmer son accord quant à la réalisation d'une expertise par le Dr L._____. Par lettre et fax du même jour (pce 94), l'OAIE lui répond que, selon les conclusions de son service médical, une expertise pluridisciplinaire auprès d'un centre de réadaptation est nécessaire.

I.

I.a Suivant l'avis du Dr X._____, l'administration requiert de la Clinique U._____ une expertise de l'assuré par acte du 29 janvier 2007 (pces 95).

I.b Par courrier du 5 février 2007 (pce 96), le recourant produit une expertise privée du 29 janvier 2007 établie par le Dr L._____ (pce 136 p. 25 ss). Selon lui, il découle clairement de ce rapport que l'état de santé de l'assuré s'est détérioré tant sur le plan psychique que somatique. Mettant en avant qu'il s'agit d'une expertise pluridisciplinaire, il conclut que la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise ne paraît pas nécessaire et qu'il y a donc possibilité de statuer sans retard sur son opposition.

I.c Par courrier du 10 février 2007 (pce 97), l'autorité inférieure relève que, selon son service médical, une expertise médicale pluridisciplinaire avec évaluation des capacités fonctionnelles dans un centre de réadaptation est nécessaire et que le rapport du Dr L._____ ne satisfait pas à ces exigences. Elle signale que l'expertise privée sera toutefois jointe aux actes transmis à l'expert.

I.d Par courrier du 15 février 2007 (pce 98), le recourant se dit notamment surpris par la prise de position de l'administration. Selon lui, il n'existe aucune raison de mandater un nouvel expert à moins qu'il n'y ait des relations particulières entre les organes de l'assurance-invalidité et la Clinique U._____.

I.e L'assuré est examiné à la Clinique U._____ du 7 au 9 mai 2007 (pce 112). L'expertise comprend quatre volets:

- un rapport médical du 8 mai 2007 établi par le Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne (pces 136 p. 18-24);

- une évaluation des capacités fonctionnelles du 10 mai 2007 signé par W._____, physiothérapeute diplômé suite à un examen de l'assuré le 9 mai 2007 (pce 136 p. 16-17);

- un rapport psychiatrique du 14 mai 2007 établi par le Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, suite à un examen de l'assuré effectué le 9 mai 2005 (pce 136 p. 13-15);

- un rapport de synthèse daté du 7 mai 2007 (recte: 25 mai 2007), signé par le Dr Y._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (pce 136 p. 1-12), posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de:
  - lombalgies chroniques sur trouble dégénératif et status après laminectomie L4-L5 et spondylodèse inter somatique par cages en titane en 1997 (M 54.5)
  - syndrome cervical sur importantes lésions de cervicarthrose basse (M 47.8)
  - maladie de Forestier (M 48.1) et séquelles de maladie de Scheuermann M 42.0)

  et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de:

- coxarthrose bilatérale débutante, avec probable syndrome du tractus ilio-tibial droit (M 16.1)
- obésité (BMI 32.4) (E 66.9
- hypertension artérielle (I 10)
- anxiété généralisée (F 41.1) chez un assuré à traits de personnalité anxieuse-évitante;

Selon ce rapport, l'incapacité de travail du recourant est totale dans ses activités habituelles de maçon ou de mécanicien mais par contre l'exercice d'une activité adaptée en position alternée assis-debout, sans port de charges et sans travaux physiquement pénibles est exigible de sa part à 50% moyennent un horaire à la demi-journée (pce 136 p. 10, p. 11 n° B.2 et p. 12 n° 3).

I.f L'autorité transmet le dossier au Dr X._____ pour prise de position médicale. Dans son rapport du 29 juin 2007 (pce 120), il se rallie aux conclusions de l'expertise précitée. Il estime que l'assuré, âgé seulement de 45 ans, a retrouvé une capacité de travail significative dans des activités de substitution (en particulier, a été mise en évidence une amélioration significative de son état de santé psychiatrique) et qu'un travail léger à mi-temps est tout à fait exigible de sa part. Il cite à titre d'exemple les travaux et professions suivantes (pce 120 p. 3):

- "Activités dans le commerce en général (activités légères, assises et/ou avec changement de positions): magasinier/gestion des stocks;
- Activités dans le commerce de détail (activités légères, assises et/ou avec changement de positions): réparation de petits appareils/articles domestiques; vendeur de billets;
- Activités simples, sans qualification spéciale de bureau et administration (activités légères à moyennement lourdes, assises et/ou avec changement de position): distribution de courrier interne, commissionaire."

J.

J.a Par décision du 20 août 2007 (pce 121), l'autorité inférieure rejette l'opposition de l'assuré.

J.b Par acte du 10 septembre 2007 (pce 123), le recourant fait valoir que son droit d'être entendu n'a pas été respecté, étant donné que la décision sur opposition a été rendue sans qu'il ait pu se prononcer sur

l'expertise établie par la Clinique U._____. L'autorité inférieure, par acte du 12 septembre 2007 (pce 122), reconnaît avoir agi de façon contraire à la jurisprudence, annule la décision sur opposition du 20 août 2007 et fait parvenir à l'assuré une copie de ladite expertise en signalant qu'une nouvelle décision sera prise dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte.

J.c Par acte du 28 septembre 2007 (pce 124), l'assuré demande qu'un délai lui soit accordé jusqu'au 31 octobre 2007 pour déposer ses observations, ce que l'administration accepte par acte du 5 octobre 2007 (pce 125). Par courrier du 31 octobre 2007 (pce 127), l'intéressé envoie à l'administration un rapport complémentaire du 26 octobre 2007 signé par le Dr L._____ (pce 137). Constatant que document fait part d'une aggravation de son état de santé, il propose de le soumettre aux experts de la Clinique U._____ pour prise de position.

J.d L'OAIE transmet le dossier à son service médical pour appréciation médicale (pce 138). Dans un rapport du 9 novembre 2007 (pce 139), le Dr X._____ ne décèle aucun motif permettant d'invalider les conclusions de l'expertise de la Clinique U._____.

K.
Par décision du 13 novembre 2007 (pce 140), l'OAIE rejette l'opposition de l'intéressé, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la Clinique U._____. Il retient notamment que, selon le rapport du Dr X._____, psychiatre FMH, si les atteintes psychiques rendent un traitement anxiolytique et un suivi psychothérapique nécessaires, elles n'ont pas en soi une valeur invalidante contrairement à l'avis du Dr L._____ exprimé dans l'expertise privée du 29 janvier 2007 et le rapport du 26 octobre 2007. Sur le plan somatique, il relève que, selon les constatations du Dr V._____ et l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'incapacité de travail est totale pour les activités de maçon et de mécanicien mais que, par contre, l'exercice d'une activité professionnelle à 50% (demi-journée) est raisonnalblement exigible du point de vue médical dans une activité adaptée sans port de charge, sans flexion ou rotation du tronc et permettant l'alternance de stations assis-debout. Sur cette base, il conclut que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré, étant donné que le diagnostic d'état dépressif avec retrait social posé lors de l'attribution de la rente a disparu. Il précise que, suite à une

comparaison des revenus effectuée en date du 23 juin 2005, il appert que l'assuré ne subirait plus qu'une diminution de sa capacité de gain de 56%. Soulignant que, selon la jurisprudence constante, celui qui demande des prestations doit avant tout diminuer le dommage subi du fait de l'atteinte à la santé en tirant le meilleur parti de sa capacité de travail restante, fût-ce au prix d'un effort important, l'OAIE constate que le remplacement de la rente entière de l'assuré par une demi-rente a été effectué conformément au droit.

L.
Par acte du 11 décembre 2007 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée. Sous suite de frais et dépens, il invite le Tribunal de céans à annuler la décision entreprise et à constater que l'affection dont il souffre lui cause une incapacité de travail de 100% donnant droit à une rente entière d'invalidité. Selon lui, il ressort de l'expertise effectuée par le Dr L._____ et des rapports médicaux établis par les médecins l'ayant examiné en Espagne que son état de santé s'est péjoré sur le plan somatique et psychique. Dans ces conditions, les conclusions faites par les experts de la Clinique U._____ ne reflètent pas la réalité et ne peuvent pas être pertinentes. Il insiste notamment sur le fait que, dans le cadre de l'expertise clinique, on ne trouve à aucun endroit un paragraphe qui explique ou prouve l'amélioration de l'état de santé.

M.

M.a Invité à se déterminer, l'OAIE, dans son préavis du 14 mars 2008 (pce TAF 5), relève que le recourant n'apporte pas d'éléments nouveaux dans son mémoire de recours. Renvoyant à la motivation de la décision entreprise et aux prises de position de son service médical, il propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

M.b Par réplique du 5 mai 2008 (pce TAF 7), le recourant fait valoir que, dans la présente procédure, l'ensemble de la documentation médicale qui a servi de support à la décision attaquée est rédigée en allemand ce qui serait contraire aux dispositions de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH, RS 0.101). En ce qui concerne la comparaison des revenus, il est selon lui impensable qu'il puisse réaliser un salaire d'invalide de Fr. 2'018.- dans une activité théoriquement adaptée,

étant donné qu'il n'a plus d'activité lucrative depuis fort longtemps et que, résidant en Espagne, il ne peut obtenir un salaire correspondant. Par ailleurs, il est d'avis que l'administration aurait dû retenir une réduction du salaire d'invalide pour motifs personnels d'au moins 20% au lieu de 5% et que, compte tenu de son expérience, le salaire de valide devrait se monter à Fr. 5'000.- et non à Fr. 4'559.- par mois, l'indexation du salaire depuis 1999 n'étant pas suffisante. Finalement, il fait valoir que l'administration a enfreint le droit en ayant persisté, malgré une situation médicale claire, à prendre des mesures d'instruction supplémentaires.

N.

N.a Par duplique du 15 mai 2008 (pce TAF 9), l'autorité inférieure réitère ses conclusions. Elle signale que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il appartient à l'assuré ou à son représentant de se faire traduire les actes officiels du dossier.

N.b Par ordonnance du 21 mai 2008 (pce TAF 10), un double de la duplique est envoyé au recourant pour connaissance.

O.
Par ordonnances des 17 décembre 2007 et 25 août 2008 (pces TAF 2 et TAF 11), le Tribunal de céans communique au recourant la composition du collège. Celles-ci ne seront pas contestées.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les

dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 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 1er 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).

2.2 L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision sur opposition entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5ème

révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les articles de loi cités ci-après sont ceux en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.

3.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

3.2 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).

3.3 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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 ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

4.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

5.

5.1 D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

5.2 La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances

spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

6.

6.1 Sur le plan formel, le recourant fait grief à l'administration que "la documentation médicale qui sert, finalement de support à la décision entreprise" est rédigée en allemand (pce TAF 7 p. 1), langue que ses médecins en Espagne ne comprennent pas. Selon lui, les garanties de procédure prévues par la CEDH auraient obligé l'administration de rédiger ces textes en français, langue officielle à l'endroit où il était domicilié à l'époque.

6.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ni l'art. 6 CEDH ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite (ATF 131 V 35 consid. 3.3 et les références). Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier. Par ailleurs, le principe d'égalité des langues, selon lequel l'allemand, le français, l'italien et le romanche sont sur un pied d'égalité en Suisse, n'interdit pas à un membre de l'administration fédérale de rédiger des communications internes dans une langue nationale autre que celle utilisée dans les rapports avec l'administré (ATF 131 V 35 consid. 4.1; 115 Ia 64; cf. également arrêts du Tribunal fédéral I 688/06 du 8 octobre 2007 consid. 3.2 et I 529/81 du 24 janvier 1983 consid. 1, traduit in RCC 1983 p. 391 s.). En rapport avec la réalisation d'expertises médicales dans des Centre d'Observation médicale de l'AI, le Tribunal fédéral a toutefois jugé que, sur demande de l'assuré, celles-ci doivent en principe avoir lieu dans

l'une des langues officielles de la Confédération que l'assuré maîtrise. A défaut, ce dernier a le droit non seulement d'être assisté par un interprète lors des examens médicaux mais encore d'obtenir gratuitement une traduction du rapport d'expertise (ATF 127 V 219 consid. 2).

6.3 En l'espèce, on constate tout d'abord que l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la Clinique U._____ a été rédigée en français, langue officielle que l'assuré maîtrise. Le recourant ne peut ainsi se prévaloir de la jurisprudence particulière introduite par l'ATF 127 V 219 précité.

Le moyen du recourant se dirige donc uniquement contre la présence au dossier de rapports du service médical de l'administration rédigés en allemand. Ceux-ci donnent un avis quant à la nécessité de mettre en oeuvre des investigations complémentaires (rapports des 29 novembre 2003 et 7 janvier 2007 [pces 26 et 89] ou font part d'une appréciation médicale du cas (prises de position des 23 mai, 17 novembre 2005, 29 juin et 9 novembre 2007 [pces 68, 76, 120 et 139]). Dans ce contexte, on constate que le recourant n'a jamais déposé une demande de traduction auprès de l'administration. Par ailleurs, le fait que certains actes de la cause aient été écrits dans une langue officielle autre que celle de la procédure n'a manifestement pas empêché l'assuré de contester valablement les actes le concernant. En effet, rien au dossier ne laisse supposer qu'il n'aurait pas compris des éléments essentiels nécessaires à la défense de ses intérêts. Par ailleurs, on observe que les prises de position du Dr Q._____, psychiatre de l'OAIE, étaient écrites en français (rapports des 10 juillet 2004 et 7 mai 2005 [pces 55 et 65]). Au vu de ces éléments et compte tenu de la jurisprudence susmentionnée, le grief du recourant doit être rejeté.

7.

7.1 Le recourant estime ensuite que l'administration a enfreint son devoir de neutralité en confiant à la Clinique U._____ le soin d'effectuer une expertise pluridisciplinaire et en rejetant sa requête visant à donner le mandat d'expertise au Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne ainsi que titulaire d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique & psychosociale (mentionné pour la première fois dans l'en-tête de l'expertise du 29 janvier 2007).

7.2 Selon l'art. 44 ATSG, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La jurisprudence laisse toutefois une grande liberté d'appréciation à l'administration et dénie tout droit à l'assuré de choisir librement le médecin dans la procédure d'instruction (KIESER, op. cit., art. 44 n° 19 et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 50/92 du 3 novembre 1992 consid. 1c/aa). Or, il est manifeste que des motifs concrets de récusation n'existent pas en l'espèce. Par ailleurs, par actes des 17 janvier 2007 (pce 90) et 10 février 2007 (pce 97), l'autorité inférieure a communiqué à l'assuré que, selon elle, il était nécessaire de donner le mandat d'expertise dans un centre de réadaptation, à savoir une entité comprenant plusieurs spécialistes dans les domaines médicaux concernés par les affections du recourant et qu'il fallait en outre procéder à une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Dans ces circonstances, la manière de procéder de l'autorité inférieure se basait sur des éléments objectifs et n'était pas critiquable. Le fait que, lors de l'octroi initial de la rente, l'OAI NE se soit basé principalement sur l'avis du Dr L._____ pour allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité n'y change rien, étant précisé que les parties ne contestent pas la pertinence des diagnostics retenus par ce médecin en 2000 et que, en l'état du dossier, il n'y a pas lieu de remettre celle-ci en question sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).

8.

Sur le plan matériel, le recourant fait valoir qu'aucune amélioration de son état de santé n'est intervenue depuis 2000 de sorte que l'administration n'était pas habilitée à remplacer sa rente d'invalidité entière par une demi-rente à partir du 1er février 2006. Il se base principalement sur l'expertise privée du 29 janvier 2007 signée par le Dr L._____ dont la réalisation a été mise en oeuvre à titre privé. Pour sa part, l'OAIE argumente en premier lieu sur la base de l'expertise pluridisciplinaire effectuée en mai 2007 à la Clinique U._____.

8.1 Selon l'art. 17 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même

règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

8.2 La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201).

8.3 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.

8.4 Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été 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 de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4). En l'occurrence, le recourant à été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 1999 par décision du 27 septembre 2000 et aucune décision examinant matériellement le droit à la rente n'a été prononcée jusqu'en décembre 2005 (décision du 12 décembre

2005 confirmée par décision sur opposition du 13 novembre 2007). Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 27 septembre 2000 (cf. supra let. B) et ceux qui ont existé jusqu'au 13 novembre 2007.

9.

9.1 D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En outre, il convient de relever qu'une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'administration (cf. supra consid. 5.1).

9.2 L'expertise effectuée à la Clinique U._____ a été rendue sur la base d'une étude circonstanciée ayant duré 3 jours, est fondée sur des examens complets effectués par différents spécialistes autant sur le plan somatique que psychiatrique (cf. supra let. I.e), a pris également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Elle revêt ainsi une valoir probante certaine (cf supra let. 5.1). Quoiqu'en dise le recourant, cette dernière n'est pas remise en question par le fait que les experts n'ont pas pris expressément position sur le point de savoir si une amélioration de l'état de santé de l'assuré était intervenue depuis 2000. En effet, la comparaison des diagnostics retenus en 2000 par le Dr L._____ et ceux posés en 2007 dans l'expertise de la Clinique U._____ permet de déterminer valablement l'évolution de l'état de santé du recourant entre les moments déterminants.

9.3 Sur le plan somatique, les Drs V._____ et Y._____, dans l'expertise de la Clinique U._____, retiennent, en tant qu'atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, non seulement des lombalgies chroniques déjà présentes en 2000, mais également un syndrome cervical sur importantes lésions de cervicarthrose basse (pce 136 p.8 où les experts font également part d'une maladie de Forestier [M 48.1] et de séquelles de la maladie de Scheuermann [M 42.0]). Ils concluent que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (pce 136 p. 10). Dans ce contexte, on observe que, lors de l'octroi initial de la rente, les médecins ont émis des avis peu clairs quant aux incidences de l'atteinte lombaire de l'assuré sur sa capacité de travail dans une activité de substitution. Ainsi, la Dresse J._____, dans son rapport du 8 février 1999, retenait que la situation actuelle ne permettait pas encore la reprise de l'ancienne activité mais que, par contre, un réaménagement professionnel dans la même entreprise où le recourant pourrait changer souvent de position permettrait une reprise du travail d'au moins 50% (pce 44 p. 3). On note que ce médecin n'indiquait pas dans quelle mesure il tenait également compte des atteintes psychiques de l'assuré dans son appréciation. Dans son rapport du 28 avril 1999 (pce 47 p. 2), le Dr K._____ relevait quant à lui que, moyennant une adaptation du poste de travail, il était probable que le recourant puisse reprendre une activité professionnelle au moins à temps partiel. Pour sa part, le Dr L._____, dans l'expertise du 4 septembre 2000, retenait que, à ses yeux, l'assuré n'était pas capable d'investir un nouveau poste de travail essentiellement pour des raisons d'ordre psychologique (pce 50 p. 16 n° 6). Sur le plan physique, l'appréciation de la capacité de travail du recourant faite par les experts de la Clinique U._____ reste ainsi dans le cadre des opinions (à vrai dire peu précises) des médecins s'étant exprimé en la matière avant l'octroi initial de la rente. Par ailleurs, rien au dossier ne permet de déduire que les affections lombaires et cervicales de l'assuré engendrent une incapacité de travail supérieure à 50% dans une activité de substitution. On observe en particulier que la Dresse P._____, dans le rapport médical E 20 du 27 avril 2004 ne prend pas position quant à l'exigibilité d'une activité de substitution (pce 53 p. 7 n° 25). Il en va de même du Dr T._____, spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique, qui, dans son rapport du 29 septembre 2005 (pce 135), se borne à indiquer que le recourant présente une incapacité de travail totale dans sa profession habituelle. Dans l'expertise du 29 janvier 2007 (pce 136 p. 25 ss) et dans le

rapport du 26 octobre 2007 (pce 137), rédigé après avoir pris connaissance de l'expertise de la Clinique U._____, le Dr L._____ se limite à conclure à une incapacité de travail totale de l'assuré sans prendre position sur l'exigibilité d'une activité de substitution et en mettant particulièrement en avant la présence de nouvelles atteintes psychiques. Finalement, on note que le Dr X._____, dans ses rapports des 29 juin et 9 novembre 2007 (pce 120 et 139), ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise effectuée à la Clinique U._____. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal de céans peut se rallier à l'appréciation des Drs V._____ et Y._____ concluant, sur le plan somatique, à une incapacité de travail de 50% du recourant moyennant certaines limitations (cf. supra let. I.e in fine).

9.4 Sur le plan psychique, le Dr X._____, dans l'expertise psychiatrique du 14 mai 2007 effectuée à la Clinique U._____, retient le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1) chez un assuré à traits de personnalité anxieuse-évitante et conclut que cette atteinte n'a pas en soi valeur invalidante, même si elle justifie un traitement anxiolytique et un suivi psychothérapeutique (pce 136 p. 15). Cet avis n'est pas partagé par le Dr L._____ selon lequel l'assuré souffre toujours d'un état dépressif majeur d'intensité modérée retenu lors de l'octroi initial de la rente en 2000 auquel se sont ajoutés de nouveaux diagnostics, à savoir un syndrome d'anxiété généralisé et une agoraphobie (expertise du 29 janvier 2007 [pce 136 p. 37]; rapport du 26 octobre 2007 [pce 137 p. 2]). Le Tribunal de céans ne peut toutefois suivre l'argumentation développée par le Dr L._____. En effet, on note notamment que le Dr X._____ a indiqué de façon claire et intelligible pour quelles raisons il ne relevait pas d'état dépressif majeur chez l'assuré (pas de diminution de l'attention et de la concentration, pas de diminution majeure de l'estime de soi, absence d'idées de culpabilité ou d'idées ou d'actes auto-agressifs [pce 136 p. 15]). Son appréciation est ensuite corroborée par l'avis des médecins ayant suivi le recourant en Espagne qui ne font pas part de troubles dépressifs majeurs. Ainsi, Mme N._____, psychologue à l'hôpital O._____, retient, dans un rapport du 19 février 2004 (pce 52), que l'assuré a reçu un traitement psychologique dans cet établissement dans lequel il s'était rendu en février 2003 suite à des troubles à symptologie mixte (CIM-10 F 22) associés à des changements vitaux. Elle fait part d'une évolution favorable de l'état de santé avec bonne réaction aux soins et "ajustement" de l'anxiété et du

moral. Dans des rapports très succincts des 2 février et 15 septembre 2005 (pces 130 et 134), la Dresse R._____, psychiatre, pose pour sa part le diagnostic d'anxiété généralisée (F 41.1) rendant impossible l'exercice d'un travail de concentration et de précision en cas de stress, même minime. Dans ces circonstances et au vu de la jurisprudence relative à la manière d'apprécier la documentation médicale (cf. supra consid. 5.2), le Tribunal administratif fédéral peut conclure, à l'instar du Dr X._____, que, pour le moins à partir du moment où le recourant a été examiné à la Clinique U._____, celui-ci ne présentait plus d'état dépressif majeur et que ses atteintes psychiques ne faisaient plus obstacle à l'exercice d'une activité adaptée à temps complet. Comparé à la situation diagnostiquée en 2000 avec prédominance des atteintes psychiques quant à l'empêchement d'une activité de substitution, il s'agit d'une amélioration notable de l'état de santé, comme l'a constaté le Dr X._____ qui se rallie sans réserve à l'opinion du Dr X._____ (rapports des 29 juin et 9 novembre 2007 [pces 120 et 139]).

9.5 Compte tenu de ce qui précède, il appert que l'administration a agi conformément au droit en estimant que l'exercice d'une activité de substitution était exigible de la part du recourant à mi-temps moyennant certaines limitations (travail à la demi-journée; position alternée assis-debout, sans port de charges et sans travaux physiquement pénible [pce 136 p. 10, p. 11 n° B.2 et p. 12 n° 3]) et que ce nouvel état de fait justifiait une révision de la rente selon l'art. 17 al. 1 LPGA. On retient toutefois que l'autorité inférieure n'était pas habilitée à diminuer les prestations de l'assurance-invalidité à partir du 1er février 2006, comme cela a été décidé par décision du 15 décembre 2005 (pce 79) confirmée par la décision entreprise. En effet, les conclusions des experts de la Clinique U._____ se rapportent uniquement à l'état de santé du recourant à partir du moment où celui-ci a été examiné par leurs soins en mai 2007 (cf. supra consid. 9.2) et ne permettent donc pas de conclure qu'une amélioration de la situation médicale existait – avec une vraisemblance prépondérante – déjà antérieurement, étant précisé que, selon l'avis de l'autorité inférieure, la documentation médicale succincte et peu précise versée au dossier jusqu'à l'expertise de la Clinique U._____ était insuffisante pour juger valablement de la capacité de travail du recourant (cf. rapport du Dr X._____ du 7 janvier 2007 [pce 89] et acte de l'OAIE du 17 janvier 2007 [pce 90]). Dans ces conditions, le remplacement de la rente entière par une demi-rente ne pouvait

intervenir que le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de l'acte dont est recours (cf. supra consid. 7.3), à savoir le 1er janvier 2008. Il convient donc d'admettre partiellement le recours sur ce point.

10.
Il reste encore à déterminer si la comparaison des revenus a été effectuée de façon conforme au droit.

10.1 A titre liminaire, on note que l'assuré conteste autant le salaire d'invalide qu'il juge trop haut (pce TAF 7 p. 2 n° 4) que celui de valide qui, selon lui, devrait se monter, dans tous les cas, à Fr. 5'000.- (pce TAF 7 p. 3 n° 6).

10.2 Selon la jurisprudence, chez les assurés actifs, l'invalidité s'évalue en application de la méthode générale, soit par comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité, sur un marché du travail équilibré. Ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral du 13 octobre 2005 consid. 5; ATF 114 V 310 consid. 3c). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles

d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008; voire également VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

10.3

10.3.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assurée aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1. et les réf.). A ce titre il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. C'est précisément ce que l'autorité intimée a fait en se basant, dans la comparaison des revenus effectuée par acte du 23 juin 2005 (pce 70; cf. supra let. D) sur le formulaire pour l'employeur daté du 19 avril 1999 (pce 2). Il ressort de ce document que, en 1997 et 1998, le recourant avait gagné en moyenne Fr. 4'000.- par mois et obtenu de surcroît une "gratification" de 4'000.- respectivement de Fr. 3'500-. L'autorité inférieure en a déduit que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu obtenir en 1999 un salaire de Fr. 4'333.- (4'000 x 13 : 12). Elle a ensuite indexé ce montant à l'indice de l'évolution des salaires nominaux pour arriver à un revenu effectif de Fr. 4'559.- en 2002.

Cette manière de procéder donne lieu aux remarques suivantes. Tout, d'abord, le salaire effectif sans indexation de Fr. 4'333.- retenu par l'administration paraît correct et peut être confirmé par le Tribunal de céans. Toutefois, on ne peut se rallier à l'opinion de l'OAIE qui estime que le recourant aurait pu encore gagner ce salaire en 1999. En effet, on observe que, cette année-là, le recourant n'a plus travaillé en raison de ses affections (cf. supra let. A) et qu'il a reçu jusqu'en octobre des indemnités pour perte de gain inférieures à son salaire précédent (pces 2 et 4). Il convient ainsi de se référer à l'année 1998. Par ailleurs, au vu du considérant 9.5 de cet arrêt, le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est celui où la décision entreprise a été prononcée, soit le 13 novembre 2007. Il sied donc de prendre en considération l'évolution des salaires jusqu'en 2007. A cet effet, c'est l'évolution des salaires dans la branche concernée qui est déterminante (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 617/03 du 4 juin 2004 consid. 5.2). Le recourant travaillait en qualité de

façonneur de burins de sorte qu'il convient de se référer aux statistiques relative à la catégorie "travail des métaux" (chiffre 28.62A, Fabrication d'outillage; cf. OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE, Nomenclature générale des activités économiques, Berne 2002, p. 69). L'augmentation des salaires dans ce domaine était de + 0.5% en 1999, + 1.7% en 2000, + 2.8% en 2001, + 1.7% en 2002, + 1.1% en 2003, + 0.8% 2004, + 0.5% en 2005, + 1.3" en 2006 et + 1% en 2007 (données fournies par l'Office fédéral des statistique et publiées sur le site internet de cette autorité; cf. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html). Le revenu sans invalidité se monte ainsi à Fr. 4'851.68.-

Le recourant fait toutefois valoir que, eu égard à sa grande expérience, le salaire de valide devrait se monter en tout cas à Fr. 5'000.-. Cette argumentation n'est pas dénuée de pertinence au vu des salaires moyens versés dans le secteur susmentionné "travail des métaux" en 2007, à savoir Fr. 5'060.19 (Fr. 4'829.- pour 40 h./sem. en 2006 adaptés à l'horaire moyen usuel en 2007 de 41.5 h./sem. et à une indexation des salaires de 1% intervenues entre l'année 2006 et 2007). En l'espèce, il n'y a toutefois pas lieu de se référer à ce salaire plus élevé au vu de la jurisprudence particulière en la matière. En effet, selon le Tribunal fédéral, il peut se justifier d'opérer un parallélisme des revenus à comparer si la rémunération de l'assuré était nettement inférieure aux normes de salaire usuelles dans la branche concernée pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple pour cause de formation scolaire minime, de manque de formation professionnelle ou de difficultés à être embauché consécutives au status de saisonnier) et que rien n'incite à penser que l'assuré s'était volontairement contenté d'un salaire inférieur à la moyenne (ATF 135 V 58 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.2.1). En pratique, le parallélisme des deux revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière approprié la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). L'arrêt 135 V 297 précise qu'un revenu peut être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, en cas de divergence d'au moins 5% par rapport au salaire statistique usuel. Par ailleurs, le parallélisme doit porter uniquement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%. Or, dans l'affaire qui nous occupe, le salaire effectif du recourant serait

inférieur au salaire moyen statistique dans la branche de seulement 4.12% ([{5'060.19 – 4'851.68} x 100] : 5'060.19) de sorte qu'il n'y a donc pas lieu d'effectuer un parallélisme des revenus. Le salaire de valide se monte par conséquent à Fr. 4'851.68.

10.3.2

10.3.2.1 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, la jurisprudence admet le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. à ce sujet l'adresse internet susmentionnée). Les rémunérations retenues par l'ESS servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005). L'important dans cette opération est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalide, soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) et à une même année de référence. S'agissant d'un ressortissant espagnol ayant exercé sa dernière activité en Suisse, c'est à juste titre que l'autorité s'est référée à l'ESS pour déterminer son gain hypothétique d'invalide.

10.3.2.2 En l'occurrence, l'administration, dans la comparaison des revenu effectuée par acte du 23 juin 2005 (pce 70; cf. supra let. D), constate que les activités de substitution proposées par son service médical sont comparables à des activités simples et répétitives dans l'industrie du cuir et de la chaussure dont le salaire mensuel moyen en 2002 était de Fr. 4'248.- pour 41 h./sem. Retenant ce dernier montant comme salaire d'invalide, elle opère par ailleurs une réduction de 50%, étant donné que, sur le plan médical, il ne peut être exigé de l'assuré qu'il exerce une activité adaptée à plus de 50% et également un abattement de 5% pour tenir compte des motifs personnels et professionnels du cas particulier. Le salaire mensuel avec invalidité est ainsi fixé à Fr. 2'018.-. Comme exposé ci-dessus en rapport avec le salaire sans invalidité (cf. supra consid. 13.3.1), il convient toutefois de prendre comme référence l'année où la décision entreprise a été

prononcée. Les données de l'ESS concernant l'année 2007 sont ainsi déterminantes. En outre, selon la jurisprudence, l'évaluation du revenu d'invalide doit reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées aux handicaps de la personne assurée et pas seulement sur une seule, quand bien même celle-ci serait parfaitement adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1030/2008 du 4 juin 2009 consid. 3). L'administration n'a toutefois pas tenu compte de cette jurisprudence, en fixant le salaire d'invalide sur la base d'un seul secteur d'activité, à savoir l'industrie du cuir et de la chaussure. En effet, rien au dossier ne permet de déduire que l'assuré ne serait pas capable d'exercer des activités légères dans d'autres secteurs de l'industrie ou dans le secteur des services. Bien plutôt, le Dr X._____, dans sa prise de position du 29 juin 2007 (pce 120) relève que le recourant est en mesure de travailler par exemple dans le commerce ou l'administration (cf. également la prise de position du Dr S._____ du 23 mai 2005 [pce 68]). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral dans des cas similaires, il sied donc en l'espèce de prendre comme salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simple et répétitives, toutes branches économiques confondues (niveau de qualification 4) dans le secteur privé en 2007. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant (arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1 et les références). A défaut de données statistiques précises pour l'année 2007, il sied de se baser sur le Tableau TA1 relatif aux revenus bruts standardisés de l'ESS 2006 et d'adapter le salaire retenu à l'indexation des salaires en 2007. On obtient ainsi un revenu brut moyen de Fr. 4'732.- pour 40 h./sem. en 2006. Après adaptation à l'augmentation des salaires dans ce domaine en 2007 par rapport à 2006 (+ 1.6%) et au nombre d'heures de travail hebdomadaires effectuée en moyenne dans ce secteur en 2007 (41.7 h./sem.), on obtient un revenu de Fr. 5'012.03 qu'il convient encore de réduire de moitié pour tenir compte du fait que le recourant ne peut travailler qu'à mi-temps (5'012.03 : 2 = 2'506.02).

10.3.2.3 En ce qui concerne la réduction pour des motifs personnels et professionnels, on note que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des

circonstances du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et relève en premier lieu de l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Par ailleurs, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux adaptée (arrêt du Tribunal fédéral I 133/07 du 21 janvier 2008, consid. 2.3; ATF 130 V 393 consid. 3.3, ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

En l'espèce, on relève que le recourant ne peut plus exercer sa profession habituelle, qu'il n'a plus exercé d'activités lucratives depuis plusieurs années, qu'il ne bénéfice d'aucune formation professionnelle (pce 1 p. 4 n° 6.2) et qu'il ne peut travailler qu'à 50% avec un certain nombre de limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 9.5). Par ailleurs, les experts de la Clinique U._____ ont fait part de restrictions supplémentaires quant à l'horaire des activités adaptées en précisant que seul un travail à la demi-journée paraissait compatible avec les affections dont est atteint le recourant (pce 136 p. 10). Au vu de tous ces éléments, le Tribunal de céans estime qu'il existe de sérieuses et pertinentes raisons de s'écarter de la conclusion de l'autorité inférieure selon laquelle une diminution du salaire d'invalide de seulement 5% – pas suffisamment motivée et totalement inappropriée en l'espèce – serait suffisante. Même si le Tribunal fédéral a maintes fois admis un abattement de 20% si l'assuré ne peut plus exercer sa précédente activité et qu'il ne peut accomplir une activité de substitution légère que partiellement (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 870/05 du 2 mai 2007 consid. 9 et les nombreuses références citées), un abattement de 15% apparaît approprié dans la présente affaire vu l'âge relativement jeune du recourant (46 ans en 2007). Le revenu avec invalidité se monte ainsi à Fr. 2'130.12 (85% de Fr. 2'506.02)

10.3.3 Le calcul comparatif des revenus fait ainsi apparaître un préjudice économique de 56.09% ([{4'851.68 – 2'130.12} x 100] : 4'851.68). Ce taux donne droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 LAI). A titre superfétatoire, on note qu'il en irait de même si l'on retenait une réduction pour motifs personnels de 20% comme le demande le recourant ([{4'851.68 – 2'004.82} x 100] : 4'851.68 = 58.68%).

11.
Il appert ainsi que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en remplaçant la rente entière d'invalidité de l'assuré par une demi-rente. Compte tenu de ce qui a été mis en évidence au considérant 9.5 du présent arrêt, il convient toutefois d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens que la rente entière de l'assuré est remplacée par une demi-rente à partir du 1er janvier 2008.

12.
Indépendamment de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure. En effet, étant donné que le recourant a présenté son opposition à la décision de l'OAIE du 12 décembre 2005 au mois de janvier 2006 et que, par conséquent, la procédure d'opposition était pendante auprès de l'OAIE au moment de l'entrée en vigueur, le 1er juillet 2006, de la modification de la LAI du 16 décembre 2005 (et notamment de son art. 69 al. 2), la procédure était gratuite pour celui-ci (cf. la let. b des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005 concernant les mesures de simplification de la procédure en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI a contrario).

13.
Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel et ayant eu que partiellement gain de cause, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 800.-, compte tenu aussi de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail nécessaire effectué par son mandataire (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]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis et la décision de l'OAIE est réformée dans le sens que la rente entière d'invalidité est remplacée par une demi-rente à partir du 1er janvier 2008. Le dossier de la cause est retourné à l'autorité inférieure pour qu'elle procède au calcul du montant à verser rétroactivement au recourant.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.
Un montant de Fr. 800.- est alloué au recourant à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

4.
Le présent arrêt est adressé :

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

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

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 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 :