Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Cour III
C-525/2009/
{T 0/2}

Arrêt du 18 juin 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Franziska Schneider et Beat Weber, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représenté par Cyril Aellen, 12, rue Pierre-Fatio, 1204 Genève,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 10 décembre 2008; révision d'une rente).

Faits :

A.
Le recourant A._____, né le [...] 1966, est d'origine libanaise et a acquis la nationalité suisse en janvier 2000 (pce 1 p. 1; pce 48 p. 6). Victime de blessures de guerre notamment à son bras gauche, il a émigré en Suisse aux alentours de 1990 (cf. pce 17 p. 4 indiquant comme date 1987 et pce 48 p. 12 mentionnant 1990) et a exercé différents travaux temporaires en tant qu'aide-cuisine, serveur, magasinier, aide-électricien (pces 7; 8; 48 p. 12) et, en dernier lieu, en qualité de manoeuvre dans une entreprise de construction de 1996 à 2000 (pces 5; 17 p. 4). Sa fonction consistait en la pose et le retrait de gravier sur les toitures avec mise en place des installations nécessaires à cet effet (pce 17 p. 4). Le 28 avril 2000, il a fait une chute sur un chantier et a dès lors cessé d'exercer toute activité pour des raisons de santé (dossier SUVA p. 109 s.). En date du 9 août 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI GE) (pce 1).

B.
Par décision du 11 janvier 2002 (pce 25), l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE), compétent suite au déménagement de l'assuré au Liban (pce 23), a alloué une rente entière à l'intéressé à partir du 1er avril 2001 en se fondant sur un prononcé de l'OAI GE du 10 octobre 2001 (pce 20). Ces actes s'appuyaient notamment sur les documents suivants:

- des rapports médicaux des 17 octobre 1989 (pce 7 p. 1), 12 décembre 1989 (pce 7 p. 2) et 23 janvier 1990 (pce 8) effectués à l'Hôpital B._____;
- une déclaration d'accident relatif à un dommage subi le 28 avril 2000 (dossier SUVA p. 110);
- des rapports médicaux établis par le Dr C._____, spécialiste FMH en neurologie, des 3 juillet 2000 (dossier SUVA p. 77 en haut), 6 juillet 2000 (dossier SUVA p. 87), 3 août 2000 (dossier SUVA p. 77 en bas), 10 août 2000 (dossier SUVA p. 76), 16 août 2000 (dossier SUVA p. 78), 31 août 2000 (pce 10), 19 septembre 2000 (dossier SUVA p. 68), 10 octobre 2000 (dossier SUVA p. 65 s.), 26 octobre 2000 (dossier SUVA p. 61), 6 novembre 2000 (dossier SUVA p. 59), 5 avril 2001 (dossier SUVA p. 24) et 5 avril 2001

(dossier SUVA p. 25 [annexe au rapport médical]) faisant notamment part d'un syndrome lombaire aigu avec contractures musculaires et limitations fonctionnelles sur scoliose marquée à convexité gauche et discopathie sévère L4-L5 de type inflammatoire décompensée par l'accident intervenu le 28 avril 2000 avec inflammation locale manifeste;

- un rapport médical reçu par l'OAI GE le 18 septembre 2001 et signé par le Dr D._____, spécialiste FMH en psychothérapie (pce 16), posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ci-après PTSD; F41.1) et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2);
- un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 8 octobre 2001 concluant que, eu égard à la double problématique psychique et somatique, il convenait d'allouer une rente entière à l'intéressé (pce 17).

C.

C.a Dans le cadre d'une procédure de révision mise en oeuvre le 29 mai 2007 (pce 30), l'autorité inférieure verse les pièces suivantes au dossier:

- une prise de position du service médical de l'OAIE du 21 août 2007 (pce 31); dans ce rapport, le Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie, relève qu'une rente entière a été accordée à l'assuré sur la base des diagnostics de PTSD et d'épisode dépressif sévère; soulignant que, par définition, une telle affection n'est dans la règle pas définitive et que la décompensation d'une scoliose suite à une chute sur les fesses n'est également pas de nature à provoquer une incapacité de travail complète prolongée, il conclut que, très vraisemblablement, une amélioration de l'état de santé est intervenue depuis l'octroi de la rente entière et conseille de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire;
- un questionnaire pour la révision de la rente du 19 septembre 2007, dans lequel l'assuré indique qu'il n'exerce aucune activité lucrative (pce 38);
- une expertise pluridisciplinaire du 7 avril 2008 réalisée au Centre d'expertise médicale à F._____ (ci-après: CEMed) par les Drs G._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, sur la base d'un examen effectué sur l'assuré en date des 13 et 14 décembre 2007

(pce 48); posant les diagnostics de troubles statiques du rachis sous forme de scoliose, de troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathies étagées, de surcharge pondérale, de parésie du nerf ulnaire gauche séquellaire d'une blessure de guerre de 1982 et de trouble dépressif récurrent, actuellement léger, non traité (F33.0), les experts concluent que l'assuré n'est plus en mesure d'accomplir son ancienne profession de manoeuvre sur un chantier mais que, en revanche, une activité plus légère est exigible à temps complet de sa part moyennant certaines limitations (pas d'activités sollicitant fortement le dos; éviter le port de charges de plus de 20 kg, le port répétitif de charges moyennes de plus de 15 kg et les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du rachis; selon les Drs G._____ et H._____, l'intéressé peut travailler dans la vente ou le commerce, activité qu'il exerçait déjà dans son jeune âge dans le cadre de l'entreprise familial; par ailleurs une activité de surveillance ou de manutention légère serait également adaptée à ses capacités physiques (pce 27 p. 26 s.).

C.b L'OAIE transmet le dossier à son service médical pour prise de position. Dans un rapport du 3 juin 2008 (pce 51), le Dr E._____ pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire (M47.8) et reprend à son compte les conclusions des experts, précisant à titre illustratif que les activités suivantes sont accessibles au recourant: surveillant de parking/musée; vendeur en général; distribution de courrier interne/commissionnaire.

D.
Par projet de décision du 13 juin 2008 (pce 52), l'OAIE informe l'assuré qu'il entend supprimer sa rente entière d'invalidité en application de l'art. 17 LPGA. Il relève que, selon les nouveaux documents reçus, l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé est à nouveau exigible depuis le 13 décembre 2007 et permet de réaliser plus de 50% 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 et impartit à l'assuré un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour faire part de ses observations.

E.

E.a Suite à un téléphone de la femme de l'assuré, l'OAIE constate que le degré d'invalidité n'a pas été déterminé de façon exacte et qu'un nouveau projet de décision doit être rendu pour cette raison (pces 53 et 54; cf aussi pce 57).

E.b Appelé à donner des précisions quant à la capacité de travail de l'intéressé et à la présence d'une amélioration significative de l'état de santé (pce 56), le Dr E._____, dans un rapport du 29 juillet 2008 (pce 58), relève que, dès 2000, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans la profession exercée jusqu'alors et que, dès le 14 décembre 2007, une activité adaptée est exigible à plein temps de sa part. En outre, il indique que, en ce qui concerne le syndrome lombo-vertébral (sur scoliose modérée et modifications dégénératives sans irritation radiculaire ni déficit neurologique), il avait déjà été mentionné auparavant, à savoir pour le moins depuis 2000, qu'il était nécessaire que l'assuré exerce une profession adaptée à ses affections. Selon lui, il est dans l'ordre des choses qu'il n'y ait de ce côté-ci aucune amélioration significative de l'état de santé, ce qui par ailleurs a été confirmé dans l'expertise du CEMed. La rente entière a toutefois été allouée initialement sur la base de l'évaluation du Dr D._____ qui posait les diagnostics de PTSD et d'épisode dépressif sévère. Or, l'expertise du CEMed démontre de façon concluante que depuis le 14 décembre 2007, date de la fin de l'examen de l'assuré par les experts, il n'existe plus d'incapacité de travail sur le plan psychique.

E.c Par acte du 21 août 2008 (pce 60), 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 13 août 2000 selon lequel l'assuré travaillait pour un salaire annuel à temps complet de Fr. 60'970.- dès le 1er janvier 2000 (pce 5 p. 1 n° 4). Se basant sur l'indice des salaires nominaux émis par l'Office fédéral des statistique (ci-après: OFS), il indexe ce montant à l'année 2006 (2000 = 1856; 2006 = 2014) et fixe le revenu mensuel sans invalidité à Fr. 5'513.36 ([{60'970: 1856} x 2014] : 12).

Pour déterminer le revenu avec invalidité, l'Office se réfère aux données de l'enquête de l'OFS portant sur la structure des salaires suisses en 2006 (ci-après: ESS; cf. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/ 03/04.html), tableau TA1. Il constate que les activités de substitution proposées par son service médical correspondent à

des activités simples et répétitives dans les secteurs « commerce de détail, réparation d'articles domestiques » (Fr. 4'383.- pour 40 h./sem), « informatique; recherche et développement, services fournis aux entreprises » (Fr. 4'563.-) et « autres services collectifs et personnels» (Fr. 4'259.-) soit une moyenne de Fr. 4'401.67.- pour 40 h./sem. et de Fr. 4'588.74 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 5% afin de tenir compte des circonstances particulières du cas particulier (95% de 4'588.74 = Fr. 4'359.30).

Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 5'513.36 à un salaire avec invalidité de Fr. 4'359.30. L'intéressé présente ainsi une perte de gain de 20.93% ([{5'513.36 – 4'359.30} x 100] : 5'513.36).

F.

F.a Dans un nouveau projet de décision daté du 4 septembre 2008 (pce 62), l'OAIE informe l'intéressé qu'il entend supprimer sa rente entière d'invalidité sur la base de l'art. 17 LPGA. Selon lui, s'il existe toujours une incapacité de travail de 100% dans son ancienne activité, l'exercice d'une activité plus légère, mieux adaptée à son état de santé est désormais exigible à 100% depuis le 14 décembre 2007; il en résulte une perte de gain de 21% qui est insuffisante pour justifier le maintient de sa rente. Il impartit à l'assuré un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour faire part de ses observations.

F.b Par acte du 9 octobre 2008 (pce 78), l'intéressé, représenté par Maître C. Aellen, fait part de son désaccord quant au projet de décision du 4 septembre 2008, en contestant toute amélioration de son état de santé tant du point de vue physique que psychique. En ce qui concerne l'aspect somatique, il relève que, lors de l'octroi initial de la rente, la documentation versée au dossier aboutissait à des conclusions différentes de celles retenues par les experts du CEMed. D'une part, si le Dr C._____ avait tout d'abord estimé qu'une reconversion professionnelle de l'assuré était souhaitable dans un rapport du 31 août 2000, il était revenu sur cette estimation dans un rapport du 5 avril 2001 en relevant que son patient ne pouvait plus exercer d'activité quelconque en raison de lombalgies sévères à caractère chronique. D'autre part, les limitations professionnelles retenues par ce praticien était beaucoup plus étendues que celles indiquées par les experts du COMAI. En effet le Dr C._____ a

indiqué que l'assuré avait peine à garder la même position que celle-ci soit assise, stationnaire ou debout et que son périmètre de marche était limité aux alentours d'un kilomètre. Par ailleurs, un rapport médical du 23 janvier 1990 réalisé au Département de chirurgie de l'Hôpital B._____ signalait que l'assuré ne devait pas porter des poids de plus de 3 kg et qu'il présentait une sensibilité accrue aux températures, surtout au froid. En outre, le recourant souligne que, suite à une blessure de guerre, il ne peut utiliser que trois doigts de chacune de ses mains et qu'il ne peut aligner ses doigts, ce qui l'empêche d'exercer des travaux de précision. Il conclut que, dans ces conditions, on ne peut exiger de lui qu'il exerce les travaux de substitution proposés par l'administration, étant donné qu'ils impliquent tous des heures assises ou debout. Il met notamment l'accent sur le fait que tout ceci avait déjà été constaté dans un rapport du 8 octobre 2001 établi par la division de réadaptation de l'OAI GE. Sur le plan psychiatrique, il allègue que les conclusions des experts sont contredites par la documentation médicale de ses médecins traitants, de sorte qu'elles ne sauraient être reprises sans autre par le Tribunal de céans. Finalement, il conteste le calcul de la comparaison des revenus, en estimant que, si le Tribunal de céans devait faire siennes les conclusions de l'administration, le salaire de valide ne devrait pas être déterminé sur la base du salaire effectif et qu'il conviendrait de retenir une réduction de 25% du salaire d'invalide pour motifs personnels. Il joint à son recours des rapports médicaux des 1er novembre 2007 (pce 75; certificat rédigé par la Dresse I._____, neuropsychologue), 8 novembre 2007 (pce 76; certificat rédigé par le Dr C._____), 12 novembre 2007 (pces 74 et 70 [traduction]; certificat rédigé par le Dr J._____, psychiatre) et 19 novembre 2007 (pces 69 et 67 [traduction]; certificat neurophysiologique réalisé à K._____).

F.c L'OAIE soumet le dossier à l'appréciation de son service médical (pce 79). Dans un rapport du 13 novembre 2008 (pce 81), le Dr E._____ relève que les nouveaux documents sont tous antérieurs à l'expertise du CEMed et qu'ils n'apportent pas d'éléments nouveaux de nature à invalider ses conclusions antérieures.

G.
Par décision du 10 décembre 2008 (pce 83; cf. aussi pce 82 [prononcé du 2 décembre 2008]), l'OAIE supprime la rente entière d'invalidité de l'assuré à partir du 1er février 2009. Selon lui, rien ne permet de douter

de la valeur probante de l'expertise datée du 7 avril 2008, si bien qu'il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur l'état de santé de l'assuré. En ce qui concerne le revenu d'invalide, il souligne qu'il n'y a pas de raisons objectives dans la présente affaire qui inciteraient à ne pas tenir compte du salaire effectivement perçu par l'assuré. Finalement, il retient qu'un abattement supérieur à 5% ne paraît pas justifié dans la présente affaire, dès lors que l'intéressé est encore jeune (41 ans lors de l'exigibilité des travaux de substitution) et que de nombreuses activités lui sont encore accessibles à plein temps.

H.
Par acte du 26 janvier 2009 (pce TAF 1), l'assuré interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en reprenant les motifs allégués dans son écriture du 9 octobre 2008. Sous suite de frais et dépens, il invite principalement 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% justifiant le maintien d'une rente entière d'invalidité; selon lui, il convient préalablement d'ordonner une expertise pluridisciplinaire en vue de déterminer son taux d'invalidité (pce TAF 1 p. 30 s.). Il produit des rapports médicaux des 1er novembre 2007, 8 novembre 2007, 12 novembre 2007 et 19 novembre 2007 déjà versés au dossier.

I.

I.a Invité à se déterminer, l'OAIE, dans son préavis du 20 avril 2009 (pce TAF 6), relève que, lors de l'octroi initial de la rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2001, l'aspect psychiatrique avait été déterminant comme le mentionne un rapport du 8 octobre 2001 émanant de l'OAI GE. Par ailleurs, il retient que, dans la procédure de révision mise en oeuvre par ses soins, une expertise réalisée au CEMed à F._____ a démontré une amélioration significative des troubles psychiatriques; il s'ensuit que l'assuré est toujours incapable d'accomplir sa dernière activité comme manoeuvre dans le domaine de la construction mais que, par contre, il est médicalement exigible qu'il exerce une activité adaptée à son état de santé, ce que son service médical a confirmé après évaluation des nouveaux documents produits par le recourant. Il propose pour cette raison le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

I.b Par réplique du 29 mai 2009 (pce TAF 8), le recourant allègue en substance que sa situation ne s'est pas améliorée sur le plan physique. En effet, pour diminuer un tant soit peu ses douleurs, il porte un corset lombaire et prend plusieurs médicaments. Ce traitement lourd ne permettrait toutefois pas de faire disparaître complètement les symptômes. Sur le plan psychique, il indique ne pas connaître non plus d'amélioration comme le confirment les certificats médicaux de son médecin traitant qui lui prescrit des antidépresseurs. Il prétend ensuite que l'OAIE a fait une fausse de lecture du rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI GE du 8 octobre 2001 signé par la Dresse L._____ [recte: Madame L._____, titulaire d'un diplôme en psychologie], duquel il ressort clairement que l'octroi d'une rente entière était motivée en premier lieu par les limitations physiques et en second lieu par les limitations psychiques, de sorte que ces dernières n'ont absolument pas été prépondérantes au moment où la décision initiale du 11 janvier 2002 a été rendue. Il en infère que, même si le Tribunal administratif fédéral devait conclure à une amélioration significative des troubles psychiques du recourant, cet état de fait n'aurait pas d'incidence sur le droit à percevoir une rente entière. Il souligne par ailleurs que Madame L._____ lui avait proposé une rente avant de requérir un rapport médical du Dr D._____. Le recourant reproche également à l'OAIE que les prises de position de son service médical ait été rédigées en allemand alors que la décision d'octroi avait été rendue dans un canton romand et demande au Tribunal de céans d'en tirer les conclusions idoines. Finalement, il fait valoir que l'expertise du CEMed ne fait nullement part d'une amélioration significative des troubles psychiatriques; ainsi, l'autorité inférieure procède uniquement à une interprétation lorsqu'elle retient que le passage d'une dépression sévère et d'un PTSP à un trouble dépressif récurrent, actuellement léger, représente vraiment une amélioration notable de l'état de santé. Il produit des rapports médicaux des 14 mai 2009 (pce TAF 8 p. 25 établie par le Dr M._____, radiologue et p. 26 [traduction]), 13 mai 2009 (pce TAF 8 p. 29 ss établie par le Dr J._____ et p. 36 s. [traduction]) et 15 mai 2009 (pce TAF 8 p. 27 établie par le Dr N._____, chirurgien orthopédiste).

J.

J.a Appelé à se prononcer sur la réplique, l'OAIE soumet le dossier à l'appréciation de son service médical. Dans un rapport du 16 juin 2009

(pce 86), le Dr O._____ ne décèle aucun motif de revenir sur les conclusions antérieures de l'administration. Sur cette base, l'autorité inférieure, dans sa duplique du 26 juin 2009 (pce TAF 10), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

J.b Par ordonnance du 2 juillet 2009 (pce TAF 14), le Tribunal de céans impartit un délai au recourant jusqu'au 17 août 2009 pour prendre position sur la duplique précitée. Par acte du 22 juillet 2009 (pce TAF 12), celui-ci confirme ses conclusions antérieures. Cette écriture est envoyée pour connaissance à l'autorité inférieure (ordonnance du 18 septembre 2009 [pce TAF 14]).

K.
Par décision incidente du 3 février 2009 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral impartit au recourant un délai jusqu'au 4 mars 2009 pour verser une avance sur les frais présumés de procédure d'un montant de Fr. 300.-. L'assuré verse le montant requis sur le compte du tribunal en date du 5 février 2009.

Droit :

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

1.1 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.

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

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

2.

2.1 Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application de l'ancien droit n'a en l'espèce aucune influence sur le droit aux prestations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions de la LAI citées dans le présent arrêt sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

2.2 Le recourant est un ressortissant suisse domicilié au Liban, à savoir un état qui n'a pas conclu de conventions sociales particulières avec la Suisse. Dans de telles constellations, l'art. 28 al. 1ter LAI (disposition reprise telle quelle dans l'art. 29 al. 4 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008) prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et résidence habituelle en Suisse au sens de l'art. 13 LPGA. Cette condition doit également être remplie pour les proches pour lesquels une prestation est réclamée.

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% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (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 présen-

tent 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, 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.

Sur le plan formel le recourant reproche tout d'abord à l'autorité inférieure que les prises de position de son service médical signées par le Dr E._____ soient écrites en allemand alors que la décision initiale avait été rendue dans un canton romand. Il ne motive toutefois pas plus en avant son grief et semble ainsi uniquement se plaindre de la présence au dossier de pièces écrites dans une autre langue que le français. Cela étant, il convient de préciser que la présente procédure est conduite en français sur la base de l'art. 33a al. 2 PA selon lequel, en cas de recours, la procédure est conduite dans la langue de la décision attaquée. Dans ce contexte, la jurisprudence n'interdit pas aux membres de l'administration fédérale de verser aux actes de la cause des documents écrits dans une langue nationale autre que celle utilisée 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.; sur les règles particulières en matière d'expertise médicale voire toutefois ATF 127 V 219 consid. 2). En principe, il appartient donc à l'assuré de se faire traduire les pièces du dossier qu'il ne comprend pas (ATF 131 V 35 consid. 3.3). En l'espèce, l'expertise du CEMed a été écrite en français, à savoir l'une des langues officielles que le recourant maîtrise bien (cf. pce 48 p. 3 et 6). Ce dernier ne peut donc se prévaloir des règles particulières introduite par l'ATF 127 V 219 précité. Par ailleurs, ce document constituait la pièce centrale à la base des réflexions de l'autorité inférieure pour rendre la décision entreprise. Le recourant a ainsi été en mesure de défendre valablement ses droits et il ne saurait tirer argument de la rédaction en allemand des prises de position du Dr E._____, d'autant plus qu'il n'a jamais déposé une demande de traduction y relative, que son représentant disposait apparemment de connaissances fondées dans cette langue et que le préavis de l'autorité inférieure du 20 avril 2009 (pce TAF 6) de même que la prise de position du 16 juin 2009 rédigée en français par le Dr O._____ (pce 86) permettaient de saisir la portée des prises de position du Dr E._____ à satisfaction de droit.

7.

7.1 Sur le plan matériel, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé que ce soit sur le plan psychique ou somatique. Il est par ailleurs d'avis que, même si, à l'instar de l'administration, le Tribunal de céans devait conclure à la disparation des maladies psychiques incapacitantes depuis l'examen effectué par les experts du CEMed, cet état de fait ne permettrait pas de procéder à une révision sur la base de l'art. 17 LPGA étant donné qu'il est admis que la situation n'a pas évolué sur le plan physique et que, lors de l'octroi initial du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente entière avait été reconnue en raison des affections somatiques, les maladies psychiques n'ayant joué qu'un rôle négligeable.

7.2

7.2.1 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.

7.2.2 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).

7.2.3 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.

7.2.4 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, 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 11 janvier 2002 (cf. supra let. B) et ceux qui ont existé jusqu'au 10 décembre 2008, date de la décision dont est recours.

7.3

7.3.1 Cela étant, il appert que les actes administratifs ayant en son temps octroyé une rente entière au recourant ne contenaient que très peu de renseignements quant aux motifs à la base de cette allocation. Ainsi, le prononcé du 10 octobre 2001 émis par l'OAI GE (pce 20) se borne à signaler qu'actuellement la capacité de travail de l'assuré est nulle en raison de son atteinte à la santé et que, à cause de cela, ce dernier a droit à une rente de l'assurance-invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% à partir du 28 avril 2001. Quant à la décision de l'OAIE du 11 janvier 2002 (pce 25), elle se limite à fixer les prestations dues sans autre explication. Les raisons à la base des actes précités doivent donc être déterminées à l'aune de l'ensemble de la documentation dont disposait l'administration à ce moment-là.

7.3.2 Il s'agissait tout d'abord de nombreux rapports médicaux établis par le Dr C._____ posant les diagnostics de scoliose marquée et d'une discopathie sévère L4-L5 (cf. notamment rapport du 26 octobre 2000 [dossier SUVA p. 61]). Après avoir considéré dans un premier

temps que l'assuré serait en mesure de reprendre son activité de manoeuvre dans un avenir proche (certificats médicaux des 3 juillet 2000 [dossier SUVA p. 77] et 6 juillet 2000 [dossier SUVA p. 87 n° 4]; voire également le rapport du 18 mai 2005 signé par le Dr P._____ allant dans ce sens [dossier SUVA p. 105 n° 9]), ce praticien a ensuite mentionné, dans un rapport du 31 août 2000 (pce 10), que, selon lui, l'état du dos de son patient contre-indiquait la poursuite de sa profession exercée jusqu'alors et qu'un recyclage dans une activité beaucoup plus légère était souhaitable. Par la suite, il a signalé qu'une reprise était impossible dans la profession actuelle en raison de douleurs persistantes et chroniques (rapport du 10 octobre 2000 [dossier SUVA p. 66]). Dans un rapport du 26 octobre 2000 (dossier SUVA p. 61), il a précisé que, malgré les traitements administrés, il persistait un syndrome lombaire aigu incluant des contractures musculaires et des limitations fonctionnelles avec peine à garder la même position, que celle-ci soit assise ou stationnaire debout, et périmètre de marche se situant aux alentours d'un kilomètre. Selon lui, devant la chronification des syndromes douloureux, il était impensable que l'assuré pût reprendre une activité aussi lourde que celle qui était la sienne avant son accident et une reconversion professionnelle dans un travail beaucoup plus léger était indispensable. Dans son dernier rapport du 5 avril 2001 (dossier SUVA p. 24-25), en répondant „non" à la question 2.2 du formulaire demandant si l'on peut exiger de l'intéressé qu'il exerce une autre activité, il a nouvellement estimé que l'exercice d'un travail quelconque n'était plus exigible de la part de l'intéressé en raison de lombalgies à caractère chronique.

7.3.3 L'administration se fondait ensuite sur un rapport psychiatrique du 18 septembre 2001 (pce 16). Dans ce document, le Dr D._____, du Département de psychiatrie des Hôpitaux Q._____, retenait que, depuis 1 an environ, l'assuré souffrait d'un PTSD et d'un épisode dépressif sévère ayant comme symptômes et signes principaux des cauchemars, des souvenirs, de la tristesse et une perte de plaisir; que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouaient absolument aucun rôle dans cette affection de nature psychique uniquement, que celle-ci était influencée de façon prépondérante par le diagnostic de PTSD et qu'elle entraînait une perte de la capacité de travail de 100%.

7.3.4 Finalement, l'OAI GE disposait d'un rapport du 8 octobre 2001 établi par sa division de réadaptation professionnelle (pce 17). Dans

ce rapport, Madame L._____, psychologue, a relevé qu'un entretien avait eu lieu le 3 septembre 2001 avec l'assuré; selon elle, à l'issue de leur conversation, il ne faisait aucun doute que l'intéressé ne pouvait pas être reclassé et qu'une invalidité complète devait lui être reconnue en raison de ses limitations physiques et psychologiques. Madame L._____ a en outre précisé que, sur le plan physique, son office partageait l'avis du Dr C._____ exprimé dans le rapport du 5 avril 2001, à savoir qu'il était totalement illusoire d'envisager la reprise d'une activité quelconque de la part de l'intéressé. En effet, ce dernier, qui ne majorait pas ses symptômes, ne tenait pas plus de 15 minutes en position assise, alternait les positions avec d'énormes difficultés (tant pour se lever que pour s'asseoir) et marchait très lentement, de sorte que les travaux de force n'étaient pas envisageables et qu'une activité de type sérielle n'était pas non plus possible puisque lors d'explosions pendant la guerre ses doigts avaient été touchés ce qui faisait obstacle à toute activité demandant de la finesse; de plus, selon le rapport du Dr D._____, psychiatre, „ces affections" entraînaient une perte de capacité de travail de 100%. Sur la base de ces réflexions, Madame L._____ a conclu que „en tenant compte de la double problématique de l'assuré soit de ses limitations physiques et psychologiques" il avait été retenu que la solution de ce dossier résidait dans l'octroi d'une rente avec mise en oeuvre d'une procédure de révision 5 ans plus tard.

7.3.5 Ces documents donnent lieu aux remarques suivantes: en premier lieu, on relève que le rapport psychiatrique du 18 septembre 2001 était d'une portée considérable dès lors qu'il retenait sans réserve une incapacité de travail totale de l'assuré uniquement pour des raisons psychiatriques sur la base de deux diagnostics distincts. Il était ainsi tout à fait de nature à influencer de façon décisive la décision de l'administration. En ce qui concerne les rapports médicaux du Dr C._____, il appert ensuite que, en janvier 2002, date de l'octroi de la rente, ces derniers ne permettaient pas de se forger une conviction quant aux incidences des affections somatiques sur la capacité de travail vu leur manque de cohérence sur ce point. En effet, comme indiqué ci-dessus (cf. supra consid. 7.3.2), ce n'est que tardivement et de façon succincte que ce médecin a nouvellement estimé, dans son ultime rapport du 5 avril 2001 (dossier SUVA p. 24-25), que l'exercice d'une activité quelconque n'était pas exigible de la part de l'assuré en raison de lombalgies à caractère chronique. Ce revirement était toutefois surprenant dans la mesure où ce praticien

faisait également part, au niveau physique, d'un état de santé stationnaire par rapport aux rapports précédents – on note que le dernier rapport médical de ce médecin qui se prononçait expressément en la matière datait du 26 octobre 2000 (dossier SUVA p. 61) – et qu'il n'indiquait pas de façon compréhensible les raisons qui l'amenaient à changer soudainement son évaluation de la capacité de travail. En outre, cet avis n'était pas confirmé par le rapport du Dr R._____ du 13 novembre 2000 (dossier SUVA p. 56) et le rapport du 18 septembre 2001 établi par le Dr D._____ indiquait clairement qu'une problématique psychique se superposait aux affections physiques (pce 16). On peut donc raisonnablement se demander si ce n'était pas également des raisons d'ordre psychiatrique qui avaient motivé la dernière estimation du Dr C._____. Dans ces conditions, on ne saurait conclure que le rapport précité du 5 avril 2001 ait revêti à lui seul une importance déterminante lors de l'octroi initial de la rente indépendamment de l'aspect psychiatrique. Finalement, il appert que le rapport du 8 octobre 2001 établi au sein de l'OAI GE par Madame L._____ ne peut avoir l'importance que lui attache le recourant. En effet, d'une part, il reflète l'avis d'une section de l'OAI GE compétente pour l'octroi de mesures professionnelles. Même si cet écrit constitue une pièce non négligeable pour déterminer le raisonnement de l'administration lors de l'octroi initial de la rente entière, il ne saurait sans autre être considéré comme l'opinion du service de l'OAI GE ayant rendu le prononcé du 10 octobre 2001 et du service de l'OAIE ayant émis la décision du 11 janvier 2002, d'autant plus que la personne ayant rédigé ce rapport ne disposait pas d'un titre en médecine. D'autre part, force est de constater que ledit rapport du 8 octobre 2001, vu dans son ensemble et compte tenu des démarches effectuées avant sa rédaction, n'était pas suffisamment clair quant à l'importance des affections somatiques en rapport avec l'allocation de la rente. En effet, si Madame L._____ a retenu que, selon ses observations et celles du médecin traitant, l'assuré ne pouvait accomplir une activité de substitution quelconque d'un point de vue somatique (cf. supra consid. 7.3.4), il n'en reste pas moins que, notamment à la fin de ce même rapport, elle insistait sur la double problématique psychique et psychiatrique du cas pour justifier le droit aux prestations (cf. pce 17 p. 5 [conclusion], cf. aussi p. 3 [limitations psychologiques] et p. 4 s. [évaluation de la situation]). Cette précision est donc de nature à démontrer qu'il existait des incertitudes quant à l'incapacité de travail totale du recourant d'un point de vue somatique uniquement, étant donné que, dans le cas contraire, cette mise en

évidence n'aurait eu aucune raison d'être. Au demeurant, il ressort des actes de la cause et des propos du recourant que la division de mesures de réadaptation de l'OAI GE n'a rédigé son rapport qu'après avoir obtenu un certificat médical d'un psychiatre attestant que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100% sur le plan psychiatrique (pce TAF 8 p. 8). Cet élément met également en évidence l'importance de l'aspect psychiatrique dans la période initiale.

7.3.6 Au vu de tout ce qui précède, il appert que la composante psychiatrique a joué un rôle essentiel lors de l'allocation d'une rente entière par décision du 11 janvier 2002. Partant, s'il devait s'avérer que l'imbrication d'atteintes psychiques et somatiques n'est plus d'actualité comme le prétend l'autorité inférieure, on ne saurait prétendre que cette dernière juge le même état des faits avec des conclusions médicales différentes en examinant la situation médicale sur le plan somatique de façon plus détaillée que ce qui avait été fait lors de l'octroi initial de la rente (sur la jurisprudence constante en la matière cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_88/2010 du 4 mai 2010 consid. 5.3 et les références citées).

7.4

7.4.1 En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, 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 (sur la valeur probante des certificats médicaux en général cf. supra consid. 8). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2).

7.4.2 L'expertise effectuée au CEMed à F._____ a été rendue sur la base d'une étude circonstanciée ayant duré 2 jours, est fondée sur des examens complets effectués par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie (cf. supra let. C.a in fine), 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 consid. 5) qui, contrairement à ce que tente de faire accroire le recourant (pce TAF 8 p. 14), n'est pas remise en cause par le fait que les experts du CEMed retiennent à un endroit que, par rapport aux examens effectués en avril 2000, il existe sur le plan somatique une légère augmentation de l'incurbation scoliotique et que le pincement du disque L3-L4 dans la concavité de la scoliose est plus important (pce 48 p. 19 s.), et, à un autre endroit, émettent l'opinion que la situation somatique ne s'est guère modifiée (pce 48 p. 22 et 26 n° 5c). En effet, les Drs G._____ et H._____ sont d'avis que les signes de péjoration observés chez l'assuré n'ont que peu d'incidence sur son état de santé et on ne voit pas en quoi cette constatation d'ordre médical mettrait en évidence une contradiction intrinsèque dans leur raisonnement.

7.4.3 Il sied ensuite d'examiner si les prises de position contradictoires versées au dossier sont de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts.

7.4.3.1 Sur le plan psychique, les experts font part d'un homme qui présente un état psychique mixte avec d'une part un fonctionnement correct dans la réalité, d'autre part des ruminations quant à sa perte de valeur sociale, son inutilité et par rapport à son image défaillante devant ses enfants avec une tristesse et légère appréhension anxieuse sous-jacentes (pce 48 p. 18 s. et 23 s.). Mentionnant que le recourant participe tout de même à la vie sociale avec un réseau de connaissances, d'amis et des contacts réguliers avec les différents membres de sa famille (pce 48 p. 13 et 24), ils retiennent qu'ils n'ont plus trouvé chez l'assuré des éléments typiques pour un trouble de stress post-traumatique. Selon eux, il s'agit plutôt d'un conditionnement au statut d'invalide et d'un blocage pour évoluer (pce 48 p. 25). Par ailleurs, ils soulignent qu'une vérification de la prise des médicaments psychotropes a été effectuée et que les analyses démontrent que l'intéressé n'est pas observant; ceci mettrait ainsi en doute une grande partie de ses allégations (pce 48 p. 19 et 24). Il

posent finalement les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement léger, non traité (F.33.0) sans incidence sur la capacité de travail (pce 48 p. 26 n° 5c), en ajoutant que les fluctuations dépressives légères peuvent être stabilisées si l'assuré accepte de prendre des médicaments. Le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisantes pour remettre en cause l'évaluation des Drs G._____ et H._____ sur ce point, d'autant plus que les rapports médicaux produits par le recourant ne font pas part d'éléments nouveaux permettant de remettre sérieusement en doute l'évaluation des experts (cf. rapport du 1er novembre 2007 [pce 75 rédigée par la Dresse I._____, neuropsychologue] et certificats des 12 novembre 2007 et 13 mai 2009 [pce 74 et pce TAF 8 p. 29 ss signées par le Dr J._____, psychiatre]) et ne s'expriment pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité de substitution. En particulier, on remarque que le Dr J._____, dans son rapport du 12 novembre 2007 (pce 74), informe qu'il connait le recourant depuis 2005 et que celui-ci est venu dans sa clinique à 5 occasions pour des séances de 45 à 50 minutes. Selon lui, il n'y avait pas d'antécédents de maladies psychiatriques sérieux, ses diagnostics étant un PTSD (F43.1) et une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Il semblait toutefois qu'il y avait eu une accentuation de la présence des symptômes dépressifs, raison pour laquelle il avait conseillé à l'assuré de s'adresser à un psychothérapeute. Dans un nouveau rapport du 13 mai 2009 (pce TAF 8 p. 29 ss), il signale que le diagnostic différentiel pour les périodes courant de 2005 à 2007 incluait des troubles de l'adaptation mêlés à de l'anxiété et à une humeur déprimée, une agoraphobie avec troubles paniques et un état de stress post-traumatique. Ne se prononçant pas lui-même sur le diagnostic à retenir et signalant que le recourant suit actuellement un traitement médicamenteux, il conseille que le degré d'invalidité soit évalué par une commission composée d'un psychologue, d'un psychiatre et du médecin de famille. En outre, on remarque que ce rapport, qui est postérieur à l'expertise du CEMed, ne prend nullement position sur les conclusions des Drs G._____ et H._____. Il appert ainsi que les prises de position du Dr J._____ sont peu précises et contiennent pour le moins une motivation succincte. Par ailleurs, il semble ressortir des propos de ce praticien que l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr D._____ en septembre 2001 n'était plus valable en 2005 déjà puisqu'il atteste que le diagnostic de PTSD ne constituait pas une affection psychiatrique sérieuse et mettait l'accent sur l'état dépressif de son patient. En ce qui concerne le rapport de la Dresse I._____, il sied aussi de relever

que celui-ci se borne à faire la liste de signes cliniques observés chez l'assuré sans mettre ceux-ci en relation avec un diagnostic basé sur un système de classification des maladies reconnu. Eu égard à tout ce qui précède, il convient de donner la préférence à l'expertise du CEMed également en application de la jurisprudence différenciant entre mandat d'expertise et mandat de soins (cf. supra consid. 5 et 7.4.1). Quoiqu'en dise le recourant, il ressort ainsi clairement de la comparaison des diagnostics retenus en septembre 2001 par le Dr D._____ et de ceux posés en 2008 dans l'expertise du CEMed qu'une amélioration notable de la santé psychique du recourant est intervenue, comme l'ont par ailleurs confirmé les Drs E._____ et O._____ dans leurs prises de position des 29 juillet 2008 et 16 juin 2009 (pces 58 et 86; cf. également arrêt du Tribunal administratif fédéral C-8397/2007 du 15 février 2010 consid. 9.4 s.).

7.4.3.2 Sur le plan somatique, les Drs G._____ et H._____ retiennent que la situation ne s'est guère modifiée depuis l'octroi de la rente (pce 48 p. 22) et que la capacité de travail de l'assuré est préservée moyennant certaines limitations quant à la mise à contribution de son dos (pce 48 p. 27 n° 7; cf. supra let. C.a in fine). Ils précisent également que la force du pouce, de l'index et du majeur est normale des deux côtés (pce 48 p. 18) et que la main droite est fonctionnellement satisfaisante (pce 48 p. 8; on note que l'assuré est droitier [pce 48 p. 15]). Pour sa part, le recourant fait valoir que, lors de la période initiale, les Drs S._____ et T._____ d'une part (cf. rapport du 23 janvier 1990 [pce 8), ainsi que le Dr C._____, d'autre part, retenaient des limitations fonctionnelles différentes de celles retenues par les experts du CEMed et que ces évaluations devraient être déterminantes en l'espèce vu l'état stationnaire, voire péjoré des atteintes physiques. En ce qui concerne l'avis des premiers praticiens cités, on remarque qu'il s'agit d'un rapport médical ancien et que, par la suite, l'assuré a été en mesure d'exercer une profession lourde pendant plusieurs années sans difficulté apparente (cf. dossier SUVA p. 97 s.). On ne saurait ainsi lui attacher une importance déterminante en l'espèce. Pour ce qui est des rapports médicaux du Dr C._____, on relève que, lors de l'allocation initiale de la rente, l'imbrication des problèmes psychiques et somatiques avaient été déterminante de sorte que rien ne s'oppose à procéder à un nouvel examen dans la présente procédure de révision qui traite d'un nouvel état de fait eu égard à l'amélioration importante constatée sur le plan psychique (cf. supra consid. 7.3.6 et les références citées et consid. 7.4.3.1). A titre

superfétatoire, il sied de préciser que, en cours de procédure de révision, le recourant a fait parvenir au Dr C._____ de nouvelles imageries portant sur son dos en lui demandant de prendre position sur sa capacité de travail. Dans un rapport du 8 novembre 2007 (pce 76), ce dernier a toutefois constaté que les lésions avaient relativement peu évolué depuis les années 2000-2001 et refusé de se prononcer sur ce point, précisant que, à l'époque, l'évaluation de la capacité de travail avait été basée sur les douleurs et qu'il ne pouvait donc donner sans autre une opinion concernant l'état actuel. On constate ainsi que le Dr C._____ estime lui-même que ses anciennes prises de position quant à l'exigibilité d'un travail de substitution ne sont pas sans autre d'actualité en 2008. Finalement, le recourant allègue que les rapports médicaux des 19 novembre 2007 (pce 68-69), 14 mai 2009 (pce TAF 8 p. 25) et 15 mai 2009 (pce TAF 8 p. 27 s.) suffisent à conclure à une incapacité de travail total de sa part sur le plan somatique. Tel n'est manifestement pas le cas. Le rapport du 19 novembre 2007 établi à K._____ a été effectué antérieurement à l'expertise du CEMed et on ne voit pas en quoi ce document remettrait en cause les conclusions des experts d'autant plus qu'il ne se prononce nullement sur l'exigibilité d'une activité de substitution adaptée. Il en va de même des rapports médicaux des 14 et 15 mai 2009 (pce TAF 8 p. 25 établie par le Dr M._____, radiologue et pce TAF 8 p. 27 s. signée par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique) qui n'apportent aucun élément nouveau par rapport à l'expertise du CEMed.

7.5 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 à plein temps était exigible de la part du recourant moyennant certaines limitations (cf. supra let. C.a in fine) et que ce nouvel état de fait justifiait une révision de la rente selon l'art. 17 al. 1 LPGA.

8.
Il reste encore à déterminer si la comparaison des revenus a été effectuée de façon conforme au droit.

8.1 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). La notion de marché équilibré du travail embrasse également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités d'emploi irréalistes, ou se borner à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. On ne peut en effet parler d'une activité raisonnablement exigible au sens de l'art. 28 al. 2 LAI dans la mesure où elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail général ne la connaît pratiquement pas ou qu'à la condition de concessions irréalistes de la part d'un employeur (arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.3 avec références). S'il est vrai que des facteurs tels que 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 consid. 3.4 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2).

8.2

8.2.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré 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'intéressé 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 21 août 2008 (pce 60; cf. supra let. E.c), sur le formulaire pour l'employeur daté du 13 août 2000 (pce 5). Il ressort de ce document que, dès le 1er janvier 2000, le recourant avait droit à un salaire annuel de Fr. 60'970.-. Indexant ce montant à l'indice de l'évolution des salaires nominaux (2000 = 1856; 2006 = 2014), l'autorité inférieure en a déduit que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait gagné en 2008 un revenu mensuel de Fr. 5'513.36. Cette manière de procéder donne lieu aux remarques suivantes. Tout d'abord, le recours au salaire effectif avec indexation pour la période déterminante ne prête pas le flanc à la critique conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus (pour un cas d'exception au principe cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2009 du 30 avril 2010 consid. 3.1), étant précisé que, de toute façon, la détermination du salaire de valide en se basant sur les données de l'ESS serait moins favorable au recourant contrairement à ce que pense ce dernier (sur l'obligation de se référer au tableau TA1 et non au tableau TA13 cf. arrêt de principe U 75/03 du 12 octobre 2006 consid. 8.4 confirmé par l'arrêt I 222/06 du 10 juillet 2007 consid. 3). Par ailleurs, le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est celui où la décision entreprise a été prononcée, soit le 10 décembre 2008. Il sied donc de prendre en considération l'évolution des salaires jusqu'en 2008 (2000 = 1856; 2008 = 2092). Le revenu mensuel sans invalidité se monte ainsi à Fr. 5'726.89.- par mois.

8.2.2

8.2.2.1 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'ESS. Les rémunérations ainsi retenues 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 en l'espèce d'un assuré n'ayant plus exercé d'activité lucrative depuis son atteinte à la santé, c'est à juste titre que l'autorité s'est référée à l'ESS pour déterminer son gain hypothétique d'invalide.

8.2.2.2 En l'occurrence, l'administration, dans la comparaison des revenu effectuée par acte du 21 août 2008 (pce 60; cf. supra E.c), a conclu que le revenu théorique moyen pour les activités de substitutions simples et répétitives proposées par son service médical, auquel devait encore être effectué une déduction de 5% pour motifs personnels et professionnels, se montait à Fr. 4'359.30 en 2006. Comme exposé ci-dessus en rapport avec le salaire sans invalidité (cf. supra consid. 8.2.1), il convient toutefois de prendre comme référence l'année où la décision entreprise a été prononcée. Les données de l'ESS concernant l'année 2008 sont ainsi déterminantes et le calcul du salaire d'invalide s'effectue comme suit: les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE sont comparables à des activités simples et répétitives dans les secteurs « commerce de détail, réparation d'articles domestiques » (Fr. 4'436.- pour 40 h./sem en 2008), « informatique; recherche et développement, services fournis aux entreprises » (Fr. 4'774.64) et « autres services collectifs et personnels» (Fr. 4'484.10). La moyenne de ces revenus – adaptés au nombre d'heure hebdomadaires effectuées en moyenne en 2008 (41.7, 41.6, 41.8 h./sem. respectivement) correspond à un montant de Fr. 4'627.76.

L'autorité inférieure estime qu'il se justifie d'opérer une réduction de 5% sur le salaire d'invalide pour tenir compte des particularités du cas d'espèce. Le Tribunal de céans ne voit pas de raisons suffisantes pour remettre en cause cette évaluation qui – vu l'âge relativement jeune de l'assuré, les limitations fonctionnelles retenues (cf. supra let. C.a in fine) et le fait qu'il peut encore exercer une activité professionnelle adaptée à temps complet dans plusieurs domaines – reste dans le cadre du pouvoir d'appréciation de l'administration (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1). Un tel abattement est d'autant moins critiquable du fait que l'autorité inférieure ne s'est pas basée sur la moyenne des salaires correspondant au niveau de qualification 4, tout secteur confondu, comme cela doit être fait dans la règle (cf ATF 126 V 75 consid. 3b bb) mais s'est fondée sur la moyenne des salaires dans trois secteurs déterminés de la catégorie "service" afin de tenir compte des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant (cf arrêt du Tribunal fédéral I 204/05 du 29 septembre 2005 consid. 5.2.2) ce qui, dans la présente affaire, est plus favorable à ce dernier. Il convient donc de fixer le revenu sans invalidité à Fr. 4'396.37 (95% de Fr. 4'627.76).

8.2.3 Le calcul comparatif des revenus fait ainsi apparaître un préjudice économique de 23.23% ([{5'726.89 – 4'396.37} x 100] : 5'726.89) ne donnant pas droit à une rente. A titre superfétatoire, on note qu'il en irait de même si l'on estimait que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C._____ lors de l'octroi initial de la rente devait être considérée comme déterminante en l'espèce (cf. supra consid. 7.3.2) et que, pour cette raison, on opérerait une réduction pour motifs personnels très généreuse de 20% ([{5'726.89 – 3'702.21} x 100] : 5'726.89 = 35.35%).

9.
Il appert ainsi que l'autorité inférieure a agi conformément au droit en supprimant la rente d'invalidité du recourant à partir du 1er février 2009. La décision attaquée doit par conséquent être confirmée et le recours rejeté.

10.
Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

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 :