

BVGer C-1049/2011 vom 3. April 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1049_2011

FR: TAF C-1049/2011 du 3 avril 2012

IT: TAF C-1049/2011 del 3 aprile 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

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

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés,

aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574 /72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

L'objet du litige selon la décision attaquée du 11 janvier 2011 est le bien-fondé, suite à la révision du droit à la rente, de la suppression avec effet au 1er mars 2011 de la rente entière d'invalidité perçue par l'intéressé depuis le 1er avril 1999, par décision initiale du 2 août 2000 de l'OAI-FR, au motif d'une amélioration significative de son état de santé. Le droit applicable est celui de la 5ème révision de l'assurance-invalidité entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Les dispositions de la 6ème révision (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) ne sont pas applicables.

E. 4.1

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

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

E. 5.2

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]).

E. 5.3

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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.

E. 5.4

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5.5

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, la reconduction de la rente entière par communication du 25 juin 2004 de l'OAI-FR, au motif d'un status inchangé faisant référence à celui de l'octroi de la rente initiale en 2000, est la base de comparaison avec la décision de suppression du 11 janvier 2011 de l'OAIE.

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique / juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent 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.

E. 6.2

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

E. 7.1

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

E. 7.2

Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 353 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 7.3

Le Tribunal fédéral s'est à réitérées reprises prononcé sur certains types d'atteintes à la santé peu objectivées à l'étiologie incertaine telles le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Pour que ces maladies soient considérées comme invalidantes, il est nécessaire que les douleurs ressenties par l'assuré soient en corrélation avec une comorbidité psychiatrique importante. Elle sera reconnue telle par sa gravité, son acuité et sa durée liée à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, en raison d'affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. A défaut de ces caractéristiques l'atteinte à la santé d'origine étiologique non déterminée n'est pas considérée comme propre à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au contraire il est présumé que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.3).

E. 8.1

En l'espèce, l'intéressé a subi un accident du travail en 1998 dont la gravité fut relative mais qui eut d'importantes répercussions sur le plan psychique avec une forte somatisation des atteintes physiques ayant par ailleurs nécessité une hospitalisation en urgence pour un état dépressif sévère avec idées suicidaires faisant suite à un status post-traumatique. Un traitement antidépresseur ne fut suivi que d'une discrète amélioration de la symptomatologie. Le Dr D. _____, médecin traitant de l'assuré indiqua dans un rapport du 10 mai 1999, soit plus d'une année après l'accident, notamment, une clinique dominée par un état dépressif majeur, un risque de raptus suicidaire nécessitant une médication anti-dépressive au long cours et un suivi psychiatrique et releva sur le plan physique l'impossibilité pour l'assuré de se pencher en avant. Le 23 janvier 2000 le Dr D. _____ fit état d'un status stationnaire qu'il compléta par l'indication d'une hernie discale L5-S1, d'un syndrome irritatif gauche, d'un trouble somatoforme douloureux, d'une symptomatologie douloureuse du rachis lombaire avec irradiation importante dans le membre inférieur gauche. En date du 24 février 2000 les Drs E. _____ et F. _____ du Centre psycho-social de W. _____ mirent l'accent sur le caractère subjectif de la symptomatologie caractéristique des traumatisés crâniens. Cette clinique fonda le droit à une rente entière par décision du 2 août 2000. En novembre 2000 et en mars 2002 la rente entière fut reconduite sur la base de rapports médicaux établissant un status inchangé. En 2004 un status inchangé fut également à la base de la reconduction de la rente, les Drs I. _____, psychiatre, et D. _____, faisant état d'un état stationnaire, d'une médication régulière pour les atteintes psychiatriques, notant plus de pensées suicidaires mais un status dépressif et d'importantes douleurs sans espoir d'en sortir et de recouvrer une capacité de travail.

E. 8.2

Il appert du dossier une importante documentation médicale établie en 2008 et 2009. Sur le plan somatique il peut y être relevé des atteintes à la santé compatibles avec l'âge sans véritables atteintes invalidantes. Le rapport du Dr L. _____, orthopédie et traumatologie, du 7 juillet 2009, fait état d'atteintes au rachis documentées, préconise un traitement conservateur et indique d'éviter les activités physiques avec station orthostatique prolongée et les transports de charges et marches prolongées. En soi ce rapport médical ne limite aucunement l'intéressé dans une activité légère de type industriel principalement assise à l'établi. Sur le plan psychiatrique le rapport du Dr K. _____, psychiatre, du 10 juin 2009, fait notamment état de dépression, ralentissement, insomnie, asthénie, anédonie, adynamie et indique des troubles spatio-temporels et des facultés cognitives supérieures. Selon son avis l'intéressé présenterait une incapacité de travail de 55% selon la Table nationale des incapacités. Le rapport E 213 daté du 9 juillet 2009 fait état pour l'essentiel d'un bon status général et mental, d'altérations dégénératives modérées du rachis, d'intense somatisation, d'une évolution imprévisible des atteintes à la santé, cas échéant de probables périodes d'absentéisme dans le travail pour cause d'instabilité d'humeur et retient une incapacité de travail inférieure à 66.66%. A lecture même du rapport l'incapacité de travail retenue n'est toutefois pas démontrée. Une expertise psychiatrique et orthopédique intervint fin janvier 2010. Sur le plan orthopédique, bien que des douleurs aient été relevées à la palpation lors de l'examen clinique, il ne fut pas retenu de limitations importantes de la mobilité ni de déficit moteur ou sensitif. Le rapport ne releva des examens radiologiques qu'une discrète discopathie en L5-S1 et de très discrets troubles dégénératifs du rachis cervical compatibles avec l'âge. Sur le plan psychiatrique force est de constater que l'expertise permet de conclure à une amélioration notoire de l'état de santé sans signe floride de la lignée

dépressive en faveur du diagnostic d'une dépression majeure avec un ancrage dans la réalité sans diminution des intérêts et du plaisir et sans retrait social de sorte que l'expert a pu conclure que la somatisation des atteintes à la santé n'était pas liée à une comorbidité psychiatrique incapacitante cristallisée. L'expertise en soi est convaincante et ne présente pas de contradictions ou de zones d'ombre dans son texte-même. Il sied d'ailleurs de relever que l'intéressé s'est remis en couple en septembre 2008 et que cette nouvelle relation a eu un effet positif sur son status psychique comme cela ressort de l'expertise, élément toutefois nullement relevé par le Dr K. _____ qui suit pourtant régulièrement l'intéressé. A l'encontre de l'amélioration de santé retenue sur la base de ce qui précède par les Dr M. _____ et P. _____ de l'OAIE, l'intéressé fit principalement valoir un status psychique fortement aggravé sans volonté de se lever le matin et produisit un nouveau rapport médical du Dr K. _____ superposable au précédent mais concluant à une incapacité de travail totale et définitive. De l'appréciation du Dr P. _____ ce rapport correspond à une réaction à la suppression pressentie de la rente, soit à une dépression réactionnelle. Le rapport subséquent du Dr K. _____ du 4 février 2011 établi moins d'un mois après la décision de suppression de rente du 11 janvier 2011 fait également état d'un status réactionnel. Le Dr K. _____ ne fait en particulier pas état d'autres atteintes psychiques que celle énoncées dans ses précédents rapports et qui ont été prises en compte dans le cadre de l'expertise de fin janvier 2010. Il ne fait également pas mention d'hospitalisation pour cause psychique. Dans son recours l'intéressé formula diverses critiques contre l'expertise auxquelles il y a lieu de répondre. S'agissant des douleurs à la palpation relevées mais plus retenues au final, force est de constater qu'elle ne trouvent que peu de substrat organique de sorte que faute d'être documentées dans l'intensité alléguée elles ne peuvent être retenues par principe d'égalité entre les assurés, lesquels ont la charge de documenter leurs allégués (cf. ATF 130 V 353 consid. 2.2.2. in fine; arrêt du Tribunal fédéral I 600/03 du 30 novembre 2004 consid. 3.2). S'agissant du suivi psychiatrique de longue durée attestant selon le recourant d'un status cristallisé, il y a lieu de relever qu'un suivi de longue durée n'est pas nécessairement la démonstration d'un status cristallisé mais peut aussi être l'expression d'un suivi thérapeutique conservatoire lequel a toute sa raison d'être dans les constellations de fragilité psychique sans que celles-ci soient forcément invalidantes au sens de la LAI. Enfin s'agissant de la qualification par l'assuré de sa vie sociale de type végétatif, on relèvera que l'exagération du propos enlève du crédit au reste des allégués du recours. En effet, manifester de l'intérêt pour des émissions documentaires et sportives, promener régulièrement les chiens de sa compagne, fréquenter les établissements thermaux, rendre régulièrement visite à des proches sont des activités non qualifiables de végétatives comme pourraient l'être celles de personnes contraintes à rester alitées. Il s'ensuit de ce qui précède qu'il paraît établi de retenir selon l'expertise de janvier 2010 que l'intéressé présentait dans la période de la décision attaquée une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée. Il est en effet justifié d'accorder plus de crédit à l'expertise de fin janvier 2010 qu'aux rapports médicaux présentés par l'intéressé pour la même période qui mentionnent certes un état de santé non à même d'exercer une activité lucrative à plein temps mais qui n'établissent pas preuve à l'appui le fondement des plaintes alléguées en tout cas par un suivi médical important. Bien au contraire les rapports médicaux produits relèvent plus de la description d'un status dans l'abstrait sur le moment que de rapports d'atteintes à la santé en traitements importants sur le long cours. Les pièces au dossier ne fondent par ailleurs pas la nécessité d'une expertise médicale car les rapports médicaux produits n'ont pas matériellement la même force probante que l'expertise et il n'y

a donc pas lieu de ce fait de recourir à une seconde expertise. S'agissant de son ancienne activité comme ouvrier de minoterie, il convient de relever qu'elle n'est plus exigible à 100% et qu'il faudrait admettre une diminution de rendement. En effet, cette activité impliquait le soulèvement de charges élevées qui à la date de la décision attaquée n'est plus possible. L'avis du service médical de l'OAIE, qui retient une capacité de travail entière dans son activité précédente, ne saurait être suivi sur ce point. Toutefois, même si on devait admettre que l'intéressé présentait une incapacité de travail d'au moins 40% dans son activité dans la minoterie, il est encore en mesure d'exercer une activité de substitution à 100%.

E. 8.3

En cours de procédure, notamment à compter de la réplique du 26 août 2011, l'intéressé a produit de nouveaux certificats médicaux faisant valoir une aggravation de son état de santé. Ces documents médicaux établis bien après la décision attaquée ne peuvent être pris en compte par le Tribunal de céans dans le cadre de l'examen du recours. Il appartiendra à l'intéressé, cas échéant, vu l'issue du présent recours, de déposer une demande de prestations d'invalidité.

E. 9.1

Selon l'art. 16 LPGA, 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.

E. 9.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données 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 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 10.1

En l'espèce il y a lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale par une comparaison de revenus sur la base de son dernier revenu en Suisse indexé 2011 (ou 2010 si indice non connu) et de données statistiques 2010 (indexées 2011 si % de variation connu). En effet, selon la jurisprudence, les salaires avant et après invalidité doivent être pris en compte / indexés jusqu'à la date de la survenance du droit théorique éventuel à la rente (ATF 128 V 174 et 129 V 222). L'OAIE n'a pas effectué de comparaison de revenu du fait qu'il a retenu que l'intéressé était en mesure de reprendre son ancienne activité d'ouvrier

de minoterie. Or tel n'est effectivement pas le cas vu que l'intéressé est limité à des ports de charges de 10kg au plus. A titre exceptionnel, vu que le dossier permet de l'effectuer, le Tribunal de céans fera cette comparaison.

E. 10.2

Il y a lieu de retenir comme base de comparaison sans invalidité le revenu que l'intéressé a obtenu avant son accident en 1998, soit 4'320.- francs par mois ou 56'160.- par année y compris le 13e mois (Indice 1993: 102.3). Indexé valeur 2011 (Indice connu 2010: 120.1) ce montant s'élève à 65'931.73 francs.

E. 10.3

Le salaire après invalidité doit être fixé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur les salaires 2010 (table TA1). En l'occurrence les activités de substitution possibles selon l'expertise, avec la restriction à juste titre aux activités légères, s'inscrivent dans la détermination du revenu médian toutes branches confondues dans le secteur privé de la production pour des activités simples et répétitives (niveau 4) à 100%, soit 4'901.- francs pour 40 h./sem. et 5'097.04 francs pour 41.6 h./sem. selon le temps de travail usuel de ce secteur, soit 61'164.48 francs. De nombreuses activités d'entre elles peuvent être exercées sans efforts moyennement importants, de sorte que ces activités sont adaptées aux possibilités du recourant. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale.

E. 10.4

En comparant le salaire mensuel avant invalidité de 65'931.73.- francs avec celui après invalidité de 61'164.48.-, on obtient une perte de gain de 7.23% arrondie à 7% ($[65'931.73 - 61'164.48] : 65'931.73 \times 100$). Même en tenant compte d'un abattement sur le revenu avec invalidité de 10% voire 15% pour tenir compte des activités limitées à celles dites légères ou de l'âge de l'assuré voire encore de quelque absentéisme, les revenus à comparer ne permettent pas d'atteindre un taux d'invalidité égal ou supérieur à 40%. Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 11

Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

E. 12

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire complète il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 65 al. 1 PA) et il lui est alloué une indemnité de frais de représentation de 2'500.- francs à charge de la caisse du Tribunal de céans (art. 65 al. 3. PA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.