

BVGer C-2891/2013 vom 14. August 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2891_2013

FR: TAF C-2891/2013 du 14 août 2014

IT: TAF C-2891/2013 del 14 agosto 2014

Regeste

Révision de 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), l'autorité de recours, 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.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant l'autorité de recours 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 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) et l'avance de frais ayant été fournie, le recours est recevable.

E. 2.1

Le requérant est un ressortissant italien domicilié en Italie. Au niveau du droit international, 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du

Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables en l'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) n° 1408/71 auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

E. 2.2

Il sied de souligner que 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). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement, respectivement, pour le droit en vigueur jusqu'au 31 mars 2012, art. 40 al. 4 en relation avec l'annexe V du règlement n° 1408/71; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

E. 3.1

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. Les documents médicaux établis après la date de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant avant la décision attaquée (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3.2

Lors d'un changement de législation durant la période d'examen du droit aux prestations, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès le moment du changement de législation (application pro rata temporis; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). En l'espèce il sied de rappeler que l'intéressé a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité le 6 août 2008, que l'OAI-NE a rendu une décision de rejet de modification de rente le 9 décembre 2010 en application du droit de la 5ème révision de l'AI qui a été annulée par arrêt du Tribunal cantonal neuchâtelois du 19 décembre 2011 avec un renvoi à l'OAI-NE pour complément d'instruction, afin d'évaluer la possibilité au moment de la décision attaquée de mettre effectivement en oeuvre la capacité résiduelle de travail, et que la décision dont est recours est du 18 avril 2013 en application de la 6ème révision de la LAI.

E. 3.3

Pour ce qui est du droit interne, le droit de la 5^{ème} révision de la LAI est ainsi applicable pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2011 et les modifications consécutives à la 6^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, trouvent également application en l'espèce à compter de cette date. Du fait que matériellement en l'espèce le droit à la rente selon la 6^{ème} révision de la LAI n'est pas différent de celui de la 5^{ème} révision de la LAI, il n'est ci-après fait référence qu'aux dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI.

E. 4.1

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

E. 4.2

Un 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. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement n° 883/04).

E. 5.1

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. 5.2

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. 6.1

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. 6.2

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.).

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 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 du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport 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). 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 135 V 465, ATF 122 V 157, 162 consid. 1d, ATF 123 V 175, 176 s. consid. 3d, ATF 125 V 351, 353 s. consid. 3b ee; voir aussi les arrêts du Tribunal fédéral 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5, 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). Il convient de préciser que, afin d'assurer une procédure administrative et de recours équitable, l'ATF 137 V 210 (arrêt 9C_243/2010 du 28 juin 2011) a dégagé à son considérant 3 un certain nombre de principes (droits de participation; droit à une décision incidente sujette à recours; droit à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire) et de recommandations ayant pour but de définir un standard uniforme en matière de mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI). Le fait qu'une expertise réalisée selon l'ancien standard est à la base d'une décision est à prendre en compte dans l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 6). Dans ce cas, une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et la cohérence des conclusions médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_348/2013 consid. 4.1 et la référence citée). 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

Il sied de relever que le Tribunal cantonal neuchâtelois, dans son arrêt du 19 décembre 2011, a considéré que l'état de santé du recourant et ses plaintes, en particulier la survenance de fréquents blocages, avaient correctement été pris en compte par les experts, tout comme les importantes limitations. En même temps, et contrairement à cette constatation, la juridiction cantonale a laissé ouverte la question de savoir si la situation médicale du recourant avait évolué entre la décision d'octroi des trois quarts de rente le 28 janvier 2008 et la décision du 9 décembre 2010 du fait que celle-ci "n'a pas à être tranchée de façon précise car, de toute façon, au regard de l'âge de l'intéressé, il convient de se demander si un employeur potentiel aurait consenti à l'embaucher" en décembre 2010, soit deux ans et demi avant qu'il atteigne l'âge de la retraite, question dite de l'"âge avancé" que l'OIA n'avait pas examinée (p. 672 ss, consid. 4 et 5). Le Tribunal de céans retient que, contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure (pce 707 ss) et ainsi exposé, le Tribunal cantonal neuchâtelois a bien laissé ouverte la question de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la première expertise de sorte que le pouvoir d'examen du Tribunal de céans dans la présente cause est complet.

E. 8.1

Quand le Tribunal cantonal neuchâtelois a rendu son arrêt dans cette affaire, la jurisprudence n'avait pas encore précisé quel moment (naissance du droit aux prestations, exigibilité médicale de la capacité de travail, date du préavis ou de la décision) était décisif pour savoir si la question dite de l'"âge avancé" doit être examinée. Par un arrêt rendu le 25 octobre 2012 et publié à l'ATF 138 V 457 consid. 3, le Tribunal fédéral a précisé que la question de la mise en valeur de la capacité de travail, respectivement de la capacité résiduelle de travail, en cas d'"âge avancé", s'examinait au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle est constatée, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.3, 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3). Dans une procédure de révision, ce moment est celui où a eu lieu le constat médical sur lequel se base la révision (arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3063/2011 du 28 août 2013 consid. 10.6 et C-2730/2012 du 2 décembre 2013 consid. 9.2).

E. 8.2

En l'espèce, dans l'hypothèse selon laquelle l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé après l'expertise du 15 décembre 2005, le recourant ne saurait se prévaloir de la jurisprudence relative à l'"âge avancé" exposée ci-avant. La jurisprudence récente a rappelé qu'en l'absence d'une détérioration notable de l'état de santé et de la capacité de travail un assuré ne pouvait valablement se prévaloir de son "âge avancé" (arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2014 du 23 mai 2014 consid. 6). En effet, l'écoulement du temps - qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (arrêts 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2, 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 5 et les références). Si, en revanche, il devait être constaté par les experts médicaux, lors de la procédure de révision, que l'état de santé du recourant s'est aggravé par rapport à celui de la première décision de rente, la question de l'"âge avancé" pourrait se poser en l'espèce, en fonction des constatations médicales.

E. 8.3

La question de l'"âge avancé" ne permettant ainsi pas de trancher le cas, il est nécessaire d'examiner et litigieux entre les parties si la situation médicale a connu ou non une aggravation selon les règles qui régissent la révision des prestations d'invalidité.

E. 9.1

Selon l'art. 17 al. 1 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. L'al. 2 de la même disposition 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3054 ss, 3065).

E. 9.2

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; Valterio, n° 3063). 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 (arrêts 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. 9.3

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le

besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie. Selon l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée. Il sied cependant de réserver les constatations médicales entre la demande présentée et la décision de l'office AI ("au plus tôt") et de relever que l'art. 88a al. 1 RAI a la priorité sur l'art. 88bis al. 1 RAI (Valterio, n° 3107).

E. 9.4

Le Tribunal fédéral a 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 taux d'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 dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, est celle de l'octroi des trois quarts de rente du 28 janvier 2008. Cette situation devra être comparée avec celle prévalant au moment du rejet de l'augmentation de la rente. Cette question a fait l'objet de deux décisions de révision, l'une rendue le 9 décembre 2010 annulée par le Tribunal cantonal neuchâtelois, et l'autre du 18 avril 2013 qui est la décision attaquée. Après le renvoi de la cause, l'autorité inférieure a estimé que la question médicale était tranchée (p. 707 ss) et n'a pas entrepris de nouvelles investigations médicales. Il s'ensuit que les deux décisions avaient la même base médicale, à savoir l'expertise du 14 décembre 2009 des Drs D. _____, E. _____ (expert principal), G. _____ et F. _____ de la Clinique Z. _____, ainsi que les rapports SMR du Dr C. _____ des 27 mai et 11 octobre 2010 (p. 588 et 619), qui servent ainsi de second point de comparaison.

E. 10.1

Au moment de l'octroi des trois quarts de rente, les diagnostics retenus étaient, selon notamment l'expertise pluridisciplinaire du 15 décembre 2005, les suivants: troubles dégénératifs (hernie discale L3-L4 luxée; protrusion discale L4-L5) et congénital (lyse isthmique bilatérale L5) du rachis dorsolombaire ainsi qu'une absence de diagnostic psychiatrique. Des épisodes de fibrillation auriculaire stabilisée ont été jugés sans répercussion sur la capacité de travail (p. 288 ss, 300). Dans le cadre de la révision, les diagnostics retenus par l'expertise du 14 décembre 2009 étaient les suivants: lombosciatalgies gauches chroniques sur polyopathie (troubles sciatiques avec scoliose dextroconvexe, spondylolisthésis L5-S1 du 1er degré, discarthrose et discopathies étagées sur ancienne hernie discale L3-L4, séquelle de Scheuermann dorsolombaires avec ostéochondrose étagée). Les diagnostics de fibrillation auriculaire et de neuropathie du nerf fémorocutané gauche ont été jugés sans répercussion sur la capacité de travail (p. 556). Cette appréciation a été suivie par les rapports SMR du Dr C. _____ des 27 mai et 11 octobre 2010 (p. 588 et 619). De son côté, le recourant fait valoir à répétition reprises une augmentation de la fréquence des blocages, des traitements devenant plus lourds et un état de santé se dégradant progressivement. A l'appui de son allégué, il a produit une lettre du Dr B. _____ du 8 septembre 2010, confirmant les diagnostics de la dernière expertise pluridisciplinaire, mais relevant que celle-ci ne faisait pas mention des syndromes lombo-vertébraux invalidants occasionnant des blocages lombaires pouvant survenir sur des efforts même modérés et nécessitant un traitement par injections intramusculaires de

corticoïdes et d'anti-inflammatoires et quelques jours pour retrouver l'état douloureux chronique (p. 613 s.; voir aussi le rapport médical du 2 juillet 2008 du Dr B. _____ [p. 385 s.]). Le Dr A. _____, quant à lui, confirme, le 26 juin 2010, que l'intéressé, en raison de ses crises douloureuses invalidantes, présente une aggravation de son état de santé. Ce même médecin rapporte que les crises douloureuses invalidantes qui empêchent l'intéressé quasiment de se lever de son lit et de se déplacer deviennent progressivement plus fréquentes. Les dernières crises notées par le médecin dans son dossier datent des 20 août 2009, 10 et 12 mai 2010 (p. 615). Le Tribunal de céans retient préalablement que l'absence de diagnostic psychiatrique et neurologique n'est pas contestée. Il retient également au niveau rhumatologique que, quand bien même le Dr B. _____ critique l'expertise comme ne faisant pas mention des syndromes lombo-vertébraux invalidants, ce médecin confirme expressément le diagnostic retenu. Il n'apparaît dès lors pas que cette critique du médecin soit décisive car, d'une part, elle concerne bien le niveau lombaire et, d'autre part, au-delà de la formulation du diagnostic, c'est principalement l'appréciation médicale des blocages lombaires dont le recourant se plaint, et leur évolution dans le temps, qui sont décisifs sur le plan médical. Le Dr A. _____ quant à lui ne conteste pas non plus le diagnostic posé, mais seulement, à l'instar du Dr B. _____, il atteste d'une augmentation de la fréquence des blocages et ainsi d'une situation médicale aggravée. Partant, les diagnostics retenus par l'expertise du 14 décembre 2009 ne sont pas contestés par les médecins traitants. Cependant reste litigieuse la question de l'évolution des blocages lombaires du recourant et de leurs répercussions sur sa capacité résiduelle de travail.

E. 10.2.1

L'expertise du 15 décembre 2005 retenait des blocages (du dos) qui immobilisaient l'intéressé plusieurs fois par mois, d'une durée de quelques jours à maximum une à deux semaines, et qui le gênaient pratiquement lors du moindre mouvement du dos avec une difficulté aux moindres changements de position à l'examen clinique (p. 289). Le rapport du 27 juillet 2008 du Dr A. _____ (p. 383 s.) rapporte en lien avec les lombosciatalgies des poussées sévèrement invalidantes (alitement complet) durant les mois précédents. Le rapport du 2 juillet 2008 du Dr B. _____ parle d'une aggravation de la situation depuis décembre 2005 et relève des blocages lombaires à répétition qui nécessitent des périodes d'alitement pouvant aller jusqu'à 15 jours rendant l'intéressé incapable de toute activité professionnelle. Il est encore précisé que l'intéressé fait un ou deux blocages par mois avec des périodes un peu moins douloureuses (p. 385 s.). L'expertise du 14 décembre 2009 relève des plaintes de sévères blocages de quelques jours à quelques semaines devenant de plus en plus fréquents sans donner plus de précision quant à l'augmentation de la fréquence (p. 553). Le rapport note que l'appréciation du syndrome lombaire n'est pas toujours aisée, le tableau clinique pouvant changer considérablement, notamment suivant que l'assuré est vu en phase algique ou non. L'expert principal décrit cependant un tableau cohérent où le cumul des altérations radiologiques est en adéquation avec la sévérité du syndrome lombaire, avec des contractures musculaires et des limitations fonctionnelles auxquelles s'associent des troubles statiques avec scoliose sinistro-convexe et flexum irréductible d'une vingtaine de degrés, existant depuis plusieurs années sans s'être notablement modifié depuis la décision AI (p. 557). A la lecture de l'expertise le Tribunal de céans constate de plus que les experts parviennent à la conclusion qu'il y a absence d'une aggravation notable sans pourtant avoir procédé à une anamnèse et à une analyse précise portant aussi bien sur la fréquence, la durée que l'intensité de ces blocages et l'importance du traitement médical, ainsi que leurs répercussions sur la capacité de travail depuis la première expertise. Ils n'ont

pas demandé les actes des médecins traitants qui pouvaient donner plus d'informations. Ils n'analysent pas non plus le traitement médical appliqué depuis décembre 2005. Ils ne se prononcent pas non plus sur le fait qu'il y a des indications divergentes de la part du recourant quant à l'évolution des blocages. Celui-ci parle en effet de blocages deux fois par mois pouvant durer jusqu'à 15 jours (p. 563; anamnèse psychiatrique), ce qui correspond plus ou moins à ce qu'avait retenu l'expertise du 15 décembre 2005 (p. 289), mais il parle aussi de blocages de plus en plus fréquents et de longue durée (p. 553; anamnèse orthopédique). On constate enfin que au moins un des experts se prononce avec retenue face à la question d'un changement de l'état de santé ("je ne crois pas qu'il ait une réelle aggravation hors comportement"; p. 578). On ignore donc s'il y a eu ou non évolution de la situation médicale, notamment des blocages lombaires, depuis 2005 alors même qu'il s'agit là d'une question décisive dans une procédure de révision. A défaut, l'expertise ne parvient pas à démontrer ce qu'elle affirme, à savoir une absence d'aggravation notable de l'état de santé. Certes le tableau de la fréquence et de l'intensité des blocages paraît déjà grave en 2005. Cependant, on ne peut pas exclure qu'il y ait eu une détérioration de la situation au moins au niveau lombaire depuis lors. En l'absence d'une analyse concrète des blocages dans le temps et d'une discussion médicale à ce sujet, une pleine valeur probante ne peut pas être attribuée à l'expertise sur ce point. Il s'ajoute sur le plan formel qu'au moment de la décision attaquée l'expertise du 14 décembre 2009 avait déjà trois ans et trois mois. Ce fait à lui seul rendait déjà impossible selon la jurisprudence qu'une décision soit prise et fondée sur une telle expertise en raison de son défaut d'actualité suffisante au moment de la décision rendue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_395/2012 du 31 août 2012 consid. 4.5.2 et 9C_103/2011 du 22 septembre 2011 consid. 2.3 dans lequel une expertise datant de deux ans et cinq mois a été vue comme ne pouvant pas servir de fondement suffisant à la décision attaquée). La situation de santé au moment de la décision attaquée est d'autant moins claire que des rapports postérieurs à l'expertise font aussi état d'aggravation. Ainsi, le Dr B. _____ le 8 septembre 2010, se référant à l'expertise, indique que les pathologies présentées n'ont comme seule évolution une aggravation progressive (p. 613). De même, le Dr A. _____ atteste le 26 juin 2010 du fait que, en raison de ses crises douloureuses invalidantes, le recourant présente une aggravation de son état de santé (p. 615) ce qui suggère une augmentation de la fréquence et/ou de la gravité des blocages. Cependant, ainsi que le Tribunal de céans l'a déjà relevé, en l'absence de données récoltées, analysées et chiffrées, ni de point de comparaison dans le temps, il n'est pas possible de se prononcer sur la question contrairement à ce que prétend le 11 octobre 2010 le médecin du SMR, le Dr C. _____ (p. 619).

E. 10.2.2

Le 2 juillet 2008, le Dr B. _____ note un lourd traitement médicamenteux (notamment des injections intramusculaires; p. 385 s.). Le 27 juillet 2008, le Dr A. _____ évoque des traitements de corticoïde. L'expertise du 14 décembre 2009 fait un état du traitement actuel (p. 554), mais ne se prononce pas sur la l'évolution en nature et en intensité de ce traitement. Postérieurement à l'expertise du 14 décembre 2009, le 26 juin 2010, le Dr A. _____ relève que les crises douloureuses nécessitent notamment des injections de corticoïdes et d'anti-inflammatoires ou/et une intensification du traitement médicamenteux pris per os (p. 615). Le traitement par injections intramusculaires de corticoïdes et d'anti-inflammatoires continue en date du 8 septembre 2010 selon le Dr B. _____ (p. 613). Le Tribunal de céans estime que le silence de l'expertise du 14 décembre 2009 sur cette question atteint également sa valeur probante dans la mesure où le genre et l'intensité des traitements

(injections) pourraient indirectement renseigner sur la gravité et éventuellement l'évolution des atteintes lombaires du recourant. Là aussi, la description du contexte médical est lacunaire.

E. 10.2.3

S'agissant de la prise en compte des facteurs subjectifs dans l'expertise du 14 décembre 2009, le Tribunal de céans relève que la partie orthopédique décrit un recourant qui paraît adéquat et authentique. La partie rhumatologique ainsi que le rapport des ateliers professionnels quant à eux mettent en avant l'attitude peu collaborative du recourant pour conclure à la prépondérance de facteurs comportementaux expliquant la limitation de la capacité de travail (p. 557). Or cette divergence d'appréciation n'est pas discutée par l'expertise qui retient dans sa synthèse l'influence de facteurs comportementaux sans autre explication. Ce manque de motivation affaiblit également la valeur probante de l'expertise du 14 décembre 2009.

E. 10.3.1

Comme second grief, le recourant soulève la question de savoir si les experts ont bien eu à l'esprit que l'invalidité retenue correspondait à une activité de 70% dans un emploi adapté, taux incompatible avec son état de santé (pce TAF 1).

E. 10.3.2

A ce sujet, il convient de relever que l'expertise du 14 décembre 2009 renvoie à plusieurs reprises à la capacité de travail retenue précédemment, c'est-à-dire lors de l'octroi des trois quarts de rente, sans cependant la chiffrer (p. 556, 557, 578 s.). L'expertise retient de plus comme appréciation actuelle de la capacité de travail que, dans une activité adaptée, en l'absence d'une aggravation notable depuis l'octroi de la rente, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'incapacité retenu lors de la décision (celle du 28 janvier 2008; p. 559). L'expertise n'indique cependant aucun taux de capacité ou incapacité de travail concret face à la formulation imprécise et incomplète de la seule question posée par l'autorité inférieure aux expertes concernant "l'exigibilité" dans une activité adaptée (question n° 3 p. 560). L'autorité inférieure a vu le manque de clarté de l'expertise sur ce point et a sollicité ses auteurs afin qu'ils complètent leur rapport (p. 580). Ce faisant, elle s'est elle-même trompée dans la mesure où elle avance, à cette occasion, que l'expertise indiquerait que le recourant bénéficierait d'une "rente entière d'invalidité à 75%" (sic) ce que l'expertise n'affirmait pas. Elle s'est également trompée en faisant référence à un "trois quarts de rente à 60%" (p. 580) alors que ce taux correspond au taux d'invalidité calculé en 2008 (p. 376) et non à l'incapacité de travail qu'il s'agissait justement de préciser par cette démarche. En réponse à l'autorité inférieure, les experts affirment qu'il n'y avait, selon eux, aucune aggravation de la situation médicale depuis la décision d'octroi de la rente AI et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du "taux d'incapacité" retenu lors de la décision AI du 28 janvier 2008 (p. 581). En se référant ainsi et à nouveau abstraitement à la situation lors de l'octroi des trois quarts de rente sans chiffrer la capacité résiduelle de travail au moment de l'expertise du 14 décembre 2009, l'expertise convainc encore moins quand elle retient un état de santé du recourant inchangé depuis la première expertise. Quoi qu'il en soit, le seul fait que l'autorité inférieure s'est basée dans la décision du 18 avril 2013 sur l'expertise du 15 décembre 2009 justifie déjà d'annuler la décision et de renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 11

Cela étant, il appert que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur la question de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le moment de l'octroi de la rente jusqu'au moment du rejet de l'augmentation de la rente (décision du 18 avril 2013) avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. En résumé, l'expertise du 14 décembre 2009 ne s'est pas penchée sur la question de l'évolution de la fréquence des blocages lombaires ni sur celle de l'évolution du traitement médicamenteux y relatif, elle présente des contradictions à propos des facteurs comportementaux et elle est confuse quant à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. De plus, le Tribunal de céans relève que l'expertise du 14 décembre 2009 datait de plus de trois ans au moment de la décision attaquée, le 18 avril 2013, de sorte que l'autorité inférieure ne pouvait pas se baser sur cette expertise pour maintenir implicitement un état de santé inchangé. En raison aussi de la tendance connue des problèmes lombaires à s'aggraver (aussi p. 559, expertise p. 10 pronostic médical), cette expertise aurait dû au moins être actualisée. Au vu du droit exposé plus haut (cf. consid. 6.3), cette expertise n'avait pas la valeur probante suffisante pour servir de base à la décision attaquée. Devant de telles lacunes, il incombait à l'autorité inférieure de requérir un complément d'instruction pour établir valablement l'état de santé du recourant notamment au niveau lombaire, de même que les répercussions objectives et claires de celui-ci sur sa capacité résiduelle de travail. En rendant une décision en l'état, l'autorité inférieure a violé le principe inquisitoire. Il se justifie dans de telles circonstances (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, le recourant pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. En l'espèce, il conviendra de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire rhumatologique/orthopédique, neurologique et angiologique. Le volet rhumatologique/orthopédique permettra de définir avec précision la fréquence, la durée, l'intensité des blocages lombaires, leurs répercussions sur la capacité de travail, ainsi que l'évolution dans le temps de ces phénomènes et de leur traitement médical, de manière à disposer d'une base médicale claire pour déterminer et dater l'éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant entraînant une détérioration de sa capacité de travail. Ce complément d'instruction sera l'occasion de clarifier les problèmes angiologiques (et, le cas échéant, cardiologiques; p 553) et neurologiques du recourant. Le rapport du Dr K. _____ parle d'un contrôle par écho-doppler en décembre 2012, notamment de la sténose au niveau de l'artère carotide gauche (p. 693). Or le résultat de cet examen n'a pas été versé au dossier. Le recourant semble également présenter de graves souffrances musculaires de type neurologique au niveau L5 droit consistant en une hyposthénie des membres inférieurs, selon le rapport du 6 mai 2013 (pce TAF 1 annexe). L'autorité inférieure ordonnera, le cas échéant, toutes les mesures d'instruction utiles et nécessaires pour établir valablement dans la procédure de révision la capacité de travail résiduelle du recourant. A ce titre, il sied de relever que, si le complément d'instruction devait conclure médicalement à une détérioration de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, il conviendra alors d'examiner la question de l'"âge avancé" à la date où cette détérioration aura été attestée par l'expertise à réaliser (ATF 138 V 457 consid. 3; cf. consid. 8.2). Enfin, l'autorité inférieure rendra une nouvelle décision.

E. 12.1

Le requérant ayant eu gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs lui est remboursée.

E. 12.2

Le requérant ayant agi en étant représenté, il a droit à une indemnité de dépens à charge de l'autorité inférieure pour les frais nécessaires causés par le litige (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Par acte du 22 octobre 2013 le représentant du requérant a fait connaître à l'autorité de recours sa note d'honoraires par 1735.50 francs, TVA (8%) comprise, dont 6.90 heures de travail (pce TAF 12). La présente cause a nécessité, outre la consultation d'une importante documentation médicale, la rédaction d'un mémoire de 11 pages et différents courriers. Le représentant a pu tirer parti de travaux liés à un précédent recours. Partant, le montant de la note d'honoraires correspond à la difficulté de la cause et au travail effectué par l'avocat. La TVA n'étant toutefois pas due sur des prestations d'avocat fournies à un assuré résidant à l'étranger (cf. les art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20]), la note d'honoraires est ramenée à 1607 francs. (Le dispositif figure à la page suivante.)

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