

BVGer C-3063/2011 vom 28. August 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-08-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3063_2011

FR: TAF C-3063/2011 du 28 août 2013

IT: TAF C-3063/2011 del 28 agosto 2013

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), 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

Conformément à 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. Conformément à 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 dans les formes requises par la loi (TAF pces 1 et 2) et l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 5 et 6).

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 130 V 503, 125 V 413).

E. 3.1

En l'espèce, le recourant, ressortissant espagnol, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), 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 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009) sont applicables (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

E. 3.2

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). Etant donné que la présente procédure de révision a été entamée en août 2010, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en fonction de la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de ladite loi en vigueur dès le 1er janvier 2012.

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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une jurisprudence constante, 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 4.2

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).

E. 5.1

Le litige porte sur la question de savoir si l'OAIE était fondé, par sa décision du 18 avril 2011 (pces 133 s.), à réduire le droit à une rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant depuis le 1er février 2005 (prononcé du 21 septembre 2006; pce 89), au motif que son état de santé s'est nettement amélioré, considérant la rémission de son cancer du rectum depuis septembre 2004.

E. 5.2

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. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (ATF 125 V 368 consid. 2).

E. 5.3

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]). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 6

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 fut 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. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4). Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi

une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale, soit le 21 septembre 2006 et ceux qui ont existé jusqu'au 18 avril 2011, date de la décision querellée.

E. 7.1

En l'espèce, une rente entière d'invalidité a été octroyée à A. _____ dès le 1er février 2005 par prononcé du 21 septembre 2006 (pce 89) en raison d'un cancer du rectum diagnostiqué en février 2004. Les médecins mentionnent un adénocarcinome du colon avec infiltration séreuse et lymphatique de stade C réséqué le 12 février 2004 et traité par radiothérapie et chimiothérapie jusqu'en septembre 2004 (cf. le rapport de sortie du Dr C. _____ du 27 février 2004 [pce 74], le rapport médical du Dr D. _____ [pce 77] et celui du 23 juin 2004 de la Dresse E. _____ [pce 76]). Il ressort en outre du formulaire E 213 du 9 mars 2005 que l'assuré est totalement incapable de travailler et présente une atteinte significative à la santé en raison d'un cancer du rectum de stade C traité jusqu'en septembre 2004 et de troubles associés tels que douleurs abdominales, trouble du rythme intestinal et syndrome prostatique (pce 81). L'OAIE se base alors sur l'appréciation de son service médical (pces 86 et 87), qui, rejoignant en partie les conclusions du formulaire E 213 du 9 mars 2005 (pce 81), retient que l'assuré présente une incapacité de travail de 80% dès le 12 février 2004 en raison des diagnostics évoqués. Par ailleurs, l'assuré souffre d'hypertension traitée (pce 66) et a présenté en février 2000 des douleurs thoraciques ayant nécessité une courte hospitalisation. Une ischémie myocardique a toutefois été écartée par les médecins à cette époque (cf. le rapport médical du Dr B. _____ [pces 67 et 84]). A ce propos, le médecin de l'OAIE relève, dans sa prise de position du 14 mai 2006, d'une part que la maladie coronarienne n'est pas établie et d'autre part que les douleurs thoraciques n'ont pas entraîné d'incapacité durable de travail (pce 87).

E. 7.2

Lors de la procédure de révision d'office initiée en août 2010, il ressort du formulaire E 213 du 26 octobre 2010 établi par le Dr I. _____ (pces 118 s.) que l'assuré est en rémission, celui-ci n'ayant pas présenté de récurrence de son cancer du rectum ni de douleurs abdominales. Se basant sur les prises de position de son service médical des 22 novembre 2010, 18 janvier 2011 et 11 avril 2011 (pces 122, 125 et 131), l'OAIE retient que l'assuré a retrouvé dès le 26 octobre 2010 une capacité de travail dans des activités légères adaptées, l'incontinence fécale intermittente et l'état dépressif réactionnel modéré dont souffre celui-ci justifiant toutefois de retenir une incapacité de travail de 50%; l'autorité inférieure retient en outre que l'assuré présente comme par le passé une incapacité de travail de 80% dans son activité habituelle.

E. 7.3

De son côté, A. _____ fait valoir que son état de santé ne s'est nullement amélioré, étant donné qu'il présente encore plusieurs séquelles dues au traitement de son cancer, à savoir des troubles intestinaux, des ténésmes (spasmes) rectaux, des douleurs sus-pubiennes occasionnelles, de l'ostéoporose, ainsi qu'un trouble dépressif réactionnel (cf. le rapport médical du 7 octobre 2010 de la Dresse H. _____ [pce 117] et le rapport oncologique du 16 février 2011 de la Dresse L. _____ [pce 129]). Par ailleurs, l'intéressé se prévaut du fait qu'il ne saurait retrouver un travail en raison des séquelles de son cancer, de la crise économique européenne et de son âge avancé (pce 128). Lors de la procédure de recours, le recourant indique en outre avoir subi une courte hospitalisation en avril 2011 pour des

douleurs thoraciques liées à une cardiopathie ischémique. Il verse en cause un rapport du 26 avril 2011 du complexe hospitalier universitaire X._____ diagnostiquant une atteinte significative de deux vaisseaux coronariens ayant nécessité une intervention par revascularisation et pose d'un stent (TAF pces 1 et 2; pces 136 à 139). S'agissant des troubles cardiaques de l'assuré, l'OAIE relève qu'ils sont postérieurs à la décision entreprise et, sur la base d'une prise de position du 1er novembre 2011 de son service médical (pce 144), retient que cette atteinte à la santé n'entraîne pas d'incapacité de travail supplémentaire, l'intervention s'étant bien déroulée.

E. 8.1

En l'occurrence, le Tribunal souligne, à l'instar du service médical de l'OAIE (pces 125, 131 et 144), qu'il ressort clairement des pièces médicales produites en procédure de révision que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré du point de vue oncologique, notamment si l'on compare les diagnostics retenus dans le formulaire E 213 du 9 mars 2005 et ceux ressortant du formulaire E 213 du 26 octobre 2010 (pces 81 et 118 s.). Dans le cadre de la présente procédure de révision, tant le Dr I._____ (formulaire E 213 du 26 octobre 2010; pces 118 s. p. 3) que la Dresse L._____ (pce 129) décrivent l'absence de récurrence, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Celui-ci invoque uniquement souffrir de séquelles invalidantes dues à son traitement oncologique, ainsi que de trouble dépressif et d'ostéoporose. Le recourant se réfère à ce propos au rapport du 7 octobre 2010 de son médecin traitant la Dresse H._____ (pce 117) et au rapport du 16 février 2011 de la Dresse L._____ (pce 129). Le Tribunal constate que le premier médecin fait effectivement état de symptômes tels que des troubles intestinaux consécutifs au traitement oncologique, d'ostéoporose généralisée restant à confirmer, et d'un trouble dépressif réactionnel. Le second reprend l'historique médical du recourant et relève que le recourant a présenté en fin de traitement des spasmes et des douleurs au niveau rectal. Par contre, au moment de l'examen, l'assuré présentait uniquement des douleurs des membres inférieurs restant encore à évaluer. Ces troubles sont confirmés par le Dr I._____, médecin de l'INSS, qui relate une incontinence fécale occasionnelle sans hospitalisation récente, ainsi que des douleurs osseuses (arthralgies) et une symptomatologie dépressive traitée (cf. formulaire E 213 du 26 octobre 2010; pces 118 s.).

E. 9.1

Reste ainsi à déterminer si les troubles invoqués, consécutifs au traitement oncologique de l'assuré, sont invalidants et ont une influence sur la capacité de travail de celui-ci. En l'espèce, d'une part le médecin de l'INSS indique que l'assuré ne peut plus effectuer aucune activité professionnelle, d'autre part plusieurs médecins internes à l'administration, dont un spécialiste en oncologie, estiment que l'assuré, étant en rémission et stable depuis cinq ans, a retrouvé une capacité de travail de 50% dans des activités légères compte tenu des autres troubles associés diagnostiqués. A cet égard, la Dresse K._____ souligne que l'assuré ne se plaint plus de douleurs abdominales chroniques et que les symptômes de la sphère digestive se limitent à des pertes de selles occasionnelles. L'oncologue déclare en guise de conclusion que les problèmes médicaux de l'assuré sont tout à fait compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle allégée à 50%, si l'on considère l'absence de fracture secondaire à l'ostéoporose et le caractère modéré du trouble dépressif de l'assuré traité par des doses modérées de benzodiazépines (pces 122, 125 et 131).

E. 9.2

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

E. 9.3

Dans le cas d'espèce, force est au Tribunal de constater que le médecin de l'INSS décrit le trouble dépressif du recourant comme stable et en traitement, qu'il ne fait pas mention de fractures, de troubles spécifiques de l'appareil locomoteur ou de la colonne vertébrale. Il diagnostique un adénocarcinome du rectum sans évidence de récurrence. Ces constatations rejoignent celles de l'oncologue consultée par l'OAIE. Celle-ci, en tant que spécialiste, considère que ces troubles secondaires n'empêchent pas le recourant de reprendre une activité professionnelle de substitution à 50%, confirmant qu'il y a eu dans le cas d'espèce une amélioration globale de l'état de santé du recourant. Le médecin de l'INSS se contente pour sa part de se référer au fait qu'une incapacité permanente absolue de travail a été reconnue à l'assuré en Espagne depuis le mois de mars 2005. Or, les prestations d'invalidité ne sont pas octroyées selon les mêmes critères en Suisse et en Espagne. Ainsi, le recourant ne peut tirer argument du fait qu'il a été reconnu invalide dans son pays d'origine. En effet, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). De plus, le Tribunal remarque que, s'agissant des troubles associés (altérations intestinales, arthralgies et trouble dépressif réactionnel), le médecin de l'INSS ne donne pas d'indications concernant les déficits fonctionnels y relatifs et n'amène aucuns éléments permettant de suivre le raisonnement qui l'a conduit à retenir une incapacité permanente et absolue (IPA) de travail chez l'assuré.

E. 9.4

C'est le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette

appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zürich 2009, art. 42 n°19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Ainsi, au vu de ce qui précède, il apparaît que l'appréciation du service médical de l'OAIE peut être suivie, celle-ci emportant la conviction du Tribunal. En effet, il n'y a aucune raison de ne pas accorder foi à leurs conclusions qui s'avèrent convaincantes et étayées, au contraire du formulaire E 213, qui, s'il permet d'établir les diagnostics, ne livre pas de conclusions cohérentes quant à la capacité de travail du recourant. L'ensemble de ces éléments est ainsi de nature à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a retrouvé une capacité de travail de 50% dans des activités légères à moyennement lourdes. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'opinion de l'administration, étant précisé que les données médicales présentes au dossier sont suffisantes pour se forger une conviction quant à l'issue de la présente affaire.

E. 9.5

Par ailleurs, il ressort d'un rapport cardiologique du 26 avril 2011 que l'assuré souffre nouvellement de cardiopathie ischémique, ayant nécessité une hospitalisation du 24 au 26 avril 2011 et une intervention par revascularisation et pose d'un stent (TAF pces 1 et 2). A cet égard, le Tribunal remarque, à l'instar de l'OAIE, que, d'une part, le médecin n'indique pas que ce trouble soit incapacitant, faisant au contraire état d'une opération sans complications et d'une bonne fonction cardiaque retrouvée, et d'autre part, que cette affection est apparue postérieurement à la décision entreprise. Or, de jurisprudence constante, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Ceux-ci ne peuvent être pris en compte pour des motifs d'économie de procédure qu'à la condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et s'ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce; en effet, aucun trouble cardiaque n'a été évoqué par les médecins lors de la présente procédure et il appartiendra à l'intéressé, le cas échéant, de déposer une demande de révision de ses prestations d'invalidité.

E. 9.6

Compte tenu de tout ce qui précède, force est au Tribunal de se rallier à l'appréciation de l'administration et de conclure que, par rapport à la situation ayant existé le 21 septembre 2006, date de la décision d'octroi de rente, l'état de santé de l'assuré s'est amélioré de façon significative sur le plan oncologique dès le 26 octobre 2010, ce qui en soi autorisait l'administration à procéder à un examen complet de la situation tant au niveau des faits que du droit (cf. arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6759/2009 du 3 mai 2011 consid. 10; C-7146/2009 du 4 octobre 2010 consid. 10). Par ailleurs, il apparaît que les autres troubles de l'assuré lui permettent de reprendre à 50% une activité légère adaptée à son état de santé.

E. 10.1

Dans le cadre du recours, le recourant invoque que son âge avancé et son manque de formation ne lui permettent pas de retrouver une place de travail sur un marché équilibré, tout comme l'isolement de son lieu de résidence et la crise économique (TAF pces 1 et 2; pce 128).

E. 10.2

Tout d'abord, il s'agit de rappeler, selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt du TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et les références).

E. 10.3

Lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

E. 10.4

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle

exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'il apparaît d'emblée que la personne assurée n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation, ou tout au plus d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI), il peut être procédé immédiatement au calcul du taux d'invalidité, sans qu'il soit nécessaire de surseoir à statuer (arrêts du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.1.1, 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1).

E. 10.5

Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPG), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

E. 10.6

Dans le cas particulier, un examen de la question de savoir si le recourant était en mesure de réintégrer le marché de travail et d'utiliser sa capacité de travail résiduelle s'imposait. Le recourant, né en mai 1952, était âgé de plus de 58 ans au moment où il a été constaté que l'exercice partiel d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457; prise de position du service médical de l'OAIE du 22 novembre 2010 [pce 122]), il semble donc faire partie de la catégorie des assurés dont on ne peut exiger en principe qu'ils entreprennent de leur propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail médicalement documentée. Au regard de l'âge du recourant et de l'impossibilité attestée de reprendre l'activité d'indépendant dans le commerce automobile qui était la sienne auparavant, il apparaît que celui-ci ne peut pas faire appel à son expérience passée pour retrouver une nouvelle activité professionnelle. De plus, il se trouve selon les médecins dans l'impossibilité d'exercer des activités lourdes, notamment dans le domaine industriel, et présente une atteinte à la santé justifiant encore la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% (pce 122); aucun médecin ne s'est par ailleurs prononcé sur la capacité de réadaptation de l'assuré sur le marché du travail; dès lors, les chances de l'intéressé de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail paraissent à première vue aléatoires, même si les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE ne nécessitent aucune formation particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_368/2010 du 31 janvier 2011, consid. 5.4).

E. 10.7

L'art. 61 al. 1 PA autorise, bien qu'exceptionnellement, à renvoyer la cause à l'autorité inférieure avec des instructions impératives, notamment lorsqu'elle n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En l'espèce, il convient de renvoyer la cause à l'Office AI afin qu'il examine dans quelle mesure le recourant peut tirer profit de sa capacité de travail résiduelle avant de

statuer définitivement sur la révision de la rente, le Tribunal ne disposant pas d'éléments lui permettant de conclure d'emblée que la personne assurée n'a besoin d'aucune mesure de réadaptation pour se réintégrer sur un marché du travail équilibré. Au vu de cette situation, il convient de renvoyer la cause à l'OAIE afin qu'il examine - sur la base d'un stage d'observation professionnel - dans quelle mesure le recourant peut tirer profit de sa capacité de travail résiduelle estimée à 50% par les médecins dans des activités légères à moyennement lourdes. Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'autorité inférieure pourra statuer définitivement sur la révision de la rente. Au vu de la nécessité de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, le Tribunal relève qu'il n'est pas opportun d'examiner le calcul fait par celle-ci lors de l'évaluation de l'invalidité du recourant le 24 décembre 2010 (pce 123).

E. 11

Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.--, déjà versée par le recourant le 17 juin 2011 (TAF pces 3 à 6), lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Le recourant n'étant par ailleurs pas représenté et n'ayant pas fait valoir de frais de défense particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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