

# **BVGer C-5671/2017 vom 27. August 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5671\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5671_2017)

FR: TAF C-5671/2017 du 27 août 2019

IT: TAF C-5671/2017 del 27 agosto 2019

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

### **E. 1.3**

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où le recourant est un ressortissant portugais, domicilié au Portugal, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1er avril 2012, l'ALCP fait référence 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 (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), 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 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012

(RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4 et I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

## **E. 2.2**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 5 septembre 2017. Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 septembre 2017 (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit).

## **E. 3**

Le litige porte sur la suppression, à partir du 1er novembre 2017, du droit du recourant à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

## **E. 4.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2). L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 réadaptations exigibles (art. 7 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 (art. 16 LPGA).

## **E. 4.2**

En vertu de 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. Dès lors qu'il ressort clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA

(notamment : TF 9C\_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). 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 p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

#### **E. 4.3**

Afin de pouvoir évaluer le taux d'invalidité ou établir un motif de révision, l'administration et, en cas de recours, le Tribunal, a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités). En matière de révision, il revient en particulier au médecin d'expliquer en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié par rapport à une situation initiale et en quoi cette modification déploie des effets sur la capacité de travail. Faute d'aborder expressément ces aspects, un rapport médical ne se rapportera pas suffisamment à l'objet de la preuve et sera écartée (TF 9C\_4718/2010 du 29 août 2011, consid. 4.2).

#### **E. 4.4**

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

#### **E. 4.5**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction

que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

## **E. 5**

En l'occurrence, pour supprimer la rente d'invalidité allouée à l'assuré, l'autorité précédente s'est fondée essentiellement sur les conclusions de l'expertise fournie le 23 septembre 2016 par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que sur les observations de ses médecin-conseils les Drs I.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ des 26 octobre 2016 et 26 janvier 2017 (AI pces 215, 224 et 229). Elle en a déduit que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le prononcé du 11 août 2011, en ce sens que sa capacité de travail dans une activité adaptée est désormais complète et non plus de 70 % seulement.

### **E. 5.1**

Cette position ne convainc pas. Contrairement à l'opinion de l'autorité précédente, il n'apparaît en particulier pas évident que la communication du 11 août 2011 constitue la base de comparaison déterminante dans le temps pour examiner l'existence d'un motif de révision. En effet, la procédure de révision initiée en décembre 2010 n'a pas donné lieu à une instruction particulière, mais a consisté seulement à recueillir les renseignements usuels auprès de quelques médecins consultés au Portugal (AI pces 140 à 167). Ainsi, c'est sur la base essentiellement du rapport-médical E213 et d'un rapport psychiatrique succinct que le médecin-conseil a exclu dans un avis sommaire toute modification de l'état de santé de l'assuré (AI pces 153, 161 et 166). Au reste, la communication du 11 août 2011 se borne à constater « que le degré d'invalidité n'a pas changé de manière à influencer le droit à la rente » (AI pce 167). Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que l'autorité précédente ait à l'époque procédé à une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Or, un tel examen matériel du droit à la rente aurait été nécessaire pour accorder à la communication du 11 août 2011 la valeur de décision sujette à révision. Par conséquent, le point de départ pour la comparaison des faits pertinents sous l'angle de l'art. 17 LPGA correspond au jugement de la Commission fédérale du 28 septembre 2001 (cf. notamment : TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

### **E. 5.2**

Cela étant, on doit douter également que les pièces médicales à disposition établissent l'existence d'une modification de l'état de santé de l'assuré propre à influencer notablement son taux d'invalidité. En particulier, l'expertise du Bureau d'expertises médicales J.\_\_\_\_\_ ne remplit pas les exigences susmentionnées en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision (consid. 4.4 ci-avant). Bien que mandatés spécifiquement pour déterminer si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière à influencer son degré d'invalidité (mandat d'expertise, ch. VII.2 ; AI pce 203), les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ se sont en effet bornés à « évaluer le diagnostic et les limitations fonctionnelles qui en découlent afin d'établir l'exigibilité dans l'ancien poste de travail ou dans un éventuel poste adapté » (p. 4 du rapport d'expertise, AI pce 215). Ainsi, après avoir résumé les documents à leur disposition (p. 4 à 13 de l'expertise, AI pce 215), établi l'anamnèse, consigné les plaintes de l'assuré et dressé son status clinique (p. 13

à 35 de l'expertise), les experts ont expliqué que celui-ci ne présente pas, au niveau de sa cheville, davantage de limitations que celles établies par l'OAIE en 1993. S'agissant par ailleurs du dos, les symptômes observés chez l'assuré permettent également d'exclure d'autres limitations que celles déjà connues de l'autorité précédente. De là, au plan somatique, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ reconnaissent à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles « retenues dans le Jugement [...] du 28 septembre 2001 ». Au plan psychique, les spécialistes du Bureau d'expertises médicales J.\_\_\_\_\_ se bornent à admettre la pleine capacité de travail de l'assuré, sans préciser les circonstances dans lesquelles il a récupéré des troubles de la personnalité initialement diagnostiqués (p. 36 à 51 de l'expertise, AI pce 215). Ainsi, à aucun moment les experts ne comparent les atteintes actuelles de l'assuré avec celles qui ont justifié l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Ils n'expliquent pas davantage en quoi l'état de santé de ce dernier s'est amélioré au point qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Tout au plus, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ retiennent une évolution favorable depuis 2011, « tel que l'évoque le bilan orthopédique de 2015, et le présent examen avec confrontation radio-clinique par des clichés actuels de la colonne lombaire » (p. 39 de l'expertise, AI pce 215). Dans la mesure où les experts ne disent rien quant aux répercussions d'une telle évolution sur la capacité de travail de l'assuré, cette simple observation ne saurait toutefois fonder à elle seule un motif de révision.

### **E. 5.3**

En définitive, l'expertise du Bureau d'expertises médicales J.\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, dans la mesure où elle ne contient pas d'explications suffisantes sur les raisons pour lesquelles « l'évolution favorable » évoquée depuis 2011 conduit à une appréciation différente de la capacité résiduelle de l'assuré (TF précités 9C\_195/2017 et 9C\_418/2010 ; cf. également TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013, consid. 6.1.2 et TAF C-540/2018 du 10 avril 2019, consid. 5.2). Cette circonstance ne semble d'ailleurs pas avoir échappé à l'autorité précédente, qui a interpellé le Dr I.\_\_\_\_\_ afin qu'il détermine précisément en quoi a consisté la modification de l'état de santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'avis fourni le 26 octobre 2016 par ce dernier médecin n'établit toutefois pas non plus l'existence d'un motif justifiant la suppression de la prestation litigieuse. En effet, le Dr I.\_\_\_\_\_ a simplement expliqué que l'assuré présentait en 2011 des symptômes qui ne sont plus mentionnés en 2015, soit des paresthésies résiduelles dans le territoire S1 gauche ainsi qu'une hypertrophie de la prostate et une maladie de Peyronie opérée en 2010 (AI pce 224). De là, le médecin-conseil évoque une amélioration « modérée » de l'état de santé de l'intéressé, « qui doit être considéré comme normal pour une personne de son âge », et qui « lui permet d'avoir des activités physiques suffisamment intenses pour développer des callosités aux mains qui n'étaient pas décrites [en] 2011 » (AI pce 224). Or, quoiqu'en dise l'autorité précédente, le fait pour l'assuré de présenter un état de santé normal au vu de son âge est sans pertinence pour juger de la modification de son état de santé. Dans la mesure par ailleurs où l'assuré dispose depuis de nombreuses années d'une capacité résiduelle de travail, le constat qu'il a développé une callosité aux mains ne renseigne pas davantage sur l'existence d'un motif de révision. Pour le reste, évoquant une amélioration « modérée » de l'état de santé de l'assuré, le Dr I.\_\_\_\_\_ ne soutient pas que l'assuré a recouvré un taux d'activité complet en raison de la disparition des quelques symptômes cliniques susmentionnés. Il ne précise du reste pas l'incidence qu'ont pu avoir ces symptômes sur la capacité de travail du recourant. Or, les troubles considérés par le Dr I.\_\_\_\_\_ comme ayant disparu ne semblent pas avoir été

décisifs pour évaluer la capacité de travail médico-théorique admise en 2001 à la base de la prestation litigieuse (cf. notamment AI pces 66 et 103). En cela, l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016 n'établit pas à suffisance l'existence d'une modification des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité de l'assuré. Du moins, les considérations qui précèdent font douter de la fiabilité et de la pertinence des conclusions du médecin-conseil, qui doivent dès lors être écartées (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 125 V 351 consid. 3b/ee). Au plan psychique par ailleurs, l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 janvier 2017 ne supplée manifestement pas les lacunes de l'expertise du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_, le médecin-conseil s'étant borné à renvoyer aux conclusions de celle-ci (AI pce 229).

### **E. 6.1**

Dans ces conditions, l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA ne ressort pas clairement du dossier, ni n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). On ne saurait pour autant exclure que l'état de santé de l'assuré se soit modifié de manière à influencer notablement son invalidité. En effet, bien qu'insuffisante sur les questions pertinentes dans un contexte de révision, l'expertise du 23 septembre 2016 n'en demeure pas moins complète, claire et motivée. Or, à suivre les spécialistes du Bureau d'expertises médicales J. \_\_\_\_\_, la capacité de travail médico-théorique de l'assuré est aujourd'hui plus large qu'elle ne l'était lors du dernier examen du droit à la rente. Par conséquent, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle détermine si les conclusions de l'expertise expriment effectivement une modification des circonstances ou procèdent simplement d'une appréciation médicale différente d'une situation restée inchangée. Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE d'ordonner un complément d'expertise, soit d'inviter les experts à indiquer précisément si et en quoi l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis le jugement du 28 septembre 2001 et, cas échéant, en quoi ces modifications lui ont permis de recouvrer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid 3.2 et 3.3).

### **E. 6.2**

Un renvoi de la cause à l'autorité précédente se justifie d'autant plus que celle-ci n'a pas examiné à suffisance si l'assuré est en mesure de mettre pleinement en oeuvre sa capacité résiduelle de travail. Nonobstant l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, une rente qui, comme en l'espèce, a été servie durant plus de quinze années ne peut pourtant être supprimée sans qu'ait été concrètement établi la capacité du bénéficiaire à réintégrer la vie professionnelle sans assistance (TF 8C\_759/2018 du 13 juin 2019, consid. 9 et réf. cit.). Or, quoiqu'en pense l'OAIE, le simple constat que l'assuré « possède un riche réseau social » ne suffit pas encore à admettre qu'il est concrètement en mesure de l'exploiter (AI pce 224 ; cf. ég. AI pce 215 p. 48). Par ailleurs, le fait que l'assuré dispose depuis de nombreuses années d'une capacité résiduelle de travail ne permet pas non plus de retenir qu'il est pleinement en mesure d'utiliser par lui-même tout son potentiel médico-théorique (TF précité 8C\_759/2018, consid. 9.2.1 et réf. cit. ; ATF 141 V 5 ; cf. également TAF C-1422/2016 du 5 novembre 2018, consid. 7.2.2.2). Aussi, si tant est que l'instruction à intervenir confirme la pleine capacité du recourant à exercer une activité adaptée, il s'agira encore pour l'autorité précédente d'établir que l'intéressé est en mesure d'exploiter ses capacités par lui-même et sans besoin d'assistance. Ainsi, ce n'est qu'à la suite de l'examen des mesures nécessaires à la réintégration du recourant dans le circuit

économique que l'OAIE sera en mesure de statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. Dans l'intervalle - et contrairement à ce qui prévaut généralement dans les cas de révision -, la prestation litigieuse doit continuer à être versée, la mesure de retrait d'effet suspensif rattachée à la décision attaquée cessant de déployer ses effets par l'annulation de celle-ci (TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012, consid. 2.3 ; ATF 129 V 370 ; TAF C-1422/2016 précité, consid. 14).

#### **E. 7**

Vu ce qui précède, le recours est fondé et doit être admis. Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, PA). Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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