

BVGer C-6369/2017 vom 31. Juli 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6369_2017

FR: TAF C-6369/2017 du 31 juillet 2019

IT: TAF C-6369/2017 del 31 luglio 2019

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 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. 1.1

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. 1.2

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, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 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 espagnol, domicilié en Espagne, 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 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

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 10 octobre 2017.

E. 2.3

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 10 octobre 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). Les faits postérieurs doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du 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 décembre 2017, du droit du recourant à une rente entière 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 réadaptions 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. Pour autant qu'il ressort clairement du dossier, tout changement important des circonstances propre 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 ; Pierre Moor/ Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3ème 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

Selon l'OAIE, l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré depuis la décision de rente du 24 août 2012. A l'époque en effet, il présentait des atteintes d'ordre neurologique qui n'ont plus été observées lors de l'expertise du 30 septembre 2015. Or, ce sont essentiellement ces atteintes - soit une algodystrophie et un parkinsonisme - qui entravaient la reprise de toute activité professionnelle. Quant aux troubles persistants, ils restent compatibles avec l'exercice d'activités n'impliquant ni travaux lourds, ni le port répété de charges et n'exigeant pas de mouvements fréquents avec le membre supérieur droit. De son côté, le recourant critique ce point de vue, expliquant que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2012 et que sa capacité de travail reste nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

E. 5.1

En l'occurrence, tel qu'évoqué par plusieurs médecins consultés (AI pces 44, 66, 68, 71 et 72), on peut douter du bienfondé des conclusions des Drs C._____ et E._____ retenues à la base de la décision initiale de rente (AI pces 15, 19 et 21). Comme l'explique le Dr J._____, il apparaît en particulier singulier pour des médecins ne disposant pas de spécialisation en neurologie de retenir le diagnostic de parkinsonisme. Néanmoins, indépendamment de la discussion menée sur le plan médical par les Drs C._____ et E._____, leurs rapports respectifs sont précis et détaillés lorsqu'ils consignent les plaintes de l'assuré et dressent son status clinique. Ainsi, à bien comprendre l'avis du Dr E._____ du 6 mars 2012, l'incapacité de l'assuré à travailler s'explique essentiellement en raison d'une altération de la marche, ainsi que des tremblements, rigidité, difficultés à utiliser les membres supérieurs, sévères douleurs et amnésie dont il souffre. De même, le Dr C._____ rapporte l'incapacité de travail principalement à l'akinésie, à la bradyphrénie, à la rigidité, ainsi qu'aux tremblements mis en relation avec la maladie de Parkinson diagnostiquée par son confrère espagnol. Or, comme cela ressort de l'expertise réalisée auprès du CEMed, ces symptômes se sont en grande partie résorbés en 2015. Au status neurologique, la présence d'une bradykinésie est en particulier écartée, aucune akinésie n'étant en outre relevée, ni aucun tremblement constaté. Par ailleurs, à dire d'experts, les critères diagnostics ne sont plus remplis pour retenir la présence de l'algodystrophie documentée en 2010 et 2012. Quant à l'arthrite du genou dont souffrait l'assuré à l'époque de la décision de rente, elle a disparue dès 2013. Ainsi, nonobstant l'opinion des médecins consultés quant aux diagnostics à retenir et leur appréciation de l'état de fait médical, le rapport d'expertise du 30 septembre 2015 met incontestablement en évidence une amélioration de l'état de santé de l'assuré propre à influencer de manière notable son degré

d'invalidité (cf. également AI pces 68, 72 et 75). L'autorité précédente était dès lors fondée à admettre la présence d'un motif de révision sur la base du rapport CEMed du 30 septembre 2019. Certes, on peut regretter que l'expertise ne contienne pas de chapitre abordant spécifiquement la façon dont l'état de santé de l'assuré a évolué depuis la décision de rente du 24 août 2012. Cette évolution est néanmoins expressément abordée dans le corps même de l'expertise, qui répond ainsi de façon circonstanciée aux questions médicales pertinentes du cas d'espèce. Comme l'explique le Dr P._____, il est vrai par ailleurs que le volet psychiatrique de l'expertise n'expose pas précisément le déroulement d'une journée de l'assuré (AI pce 73). A elle seule, cette circonstance ne saurait toutefois invalider les conclusions des spécialistes du CEMed. Ceux-ci ont en effet retranscrit de façon détaillée l'anamnèse de l'assuré, décrivant notamment ses activités quotidiennes ainsi que le contexte personnel, familial et socioprofessionnel dans lequel il évolue (AI pce 66, p. 14 ss). Aussi doit-on admettre que les experts ont recueilli les données nécessaires pour évaluer l'état de santé psychique de l'assuré et désigner ses répercussions sur sa capacité de travail. D'ailleurs, la jurisprudence simplifie la preuve du caractère invalidant de troubles dépressifs de degré moyen lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante (ATF 143 V 409, consid. 4.5). Or en l'occurrence, il faut bien admettre que le rapport d'expertise du 30 septembre 2015 satisfait à tous les réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante de tels documents (ATF 125 V 351 consid. 3a). En effet, ce rapport repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale du recourant, ne contient pas d'incohérences et aboutit à des conclusions motivées et convaincantes. Du reste, les conclusions formulées au sujet de la capacité de travail de l'assuré dans une activité raisonnablement exigible ne sont infirmées par aucune des pièces médicales versées au dossier. A l'instar des autres médecins consultés depuis la réalisation de l'expertise CEMed, le Dr F._____ ne se prononce en particulier pas de façon convaincante sur la capacité de travail de l'assuré dans des activités adaptées. Bien qu'évoquant en 2016 encore une bradykinésie généralisée, ce médecin n'exprime ainsi pas que ce syndrome exclut toute capacité résiduelle de travail de l'assuré (AI pces 36 et 136 ; cf. également AI pces 68, 78ss, 235 et 237 ; TAF pces 19, 21 et 24). Quoiqu'il en soit, les médecins-conseil de l'OAIE ont expressément exclu que les prises de position succinctes du Dr F._____ et la documentation médicale postérieure à l'expertise remettent en cause les conclusions de l'expertise (AI pce 235 ; cf. également AI pces 237 et TAF 24). Enfin, contrairement à ce que semble exprimer le recourant, le fait que les autorités espagnoles lui reconnaissent une invalidité de 44 % n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts (notamment TAF pce 17 ; consid. 2.1 ci-avant).

E. 5.2

Il suit de ce qui précède que l'OAIE s'est à bon droit fondé sur les conclusions du rapport du CEMed du 30 septembre 2015 pour conclure que l'état du recourant s'est amélioré depuis la décision de rente du 24 août 2012 (cf. ATF 141 V 9, consid. 2.3 ; TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2). Les conclusions des experts ayant pleine valeur probante (consid. 5.1 ci-avant), c'est à juste titre également que l'autorité précédente a considéré qu'en dépit de ses atteintes au niveau du membre supérieur droit et de ses cervicalgies et lombalgies chroniques, l'assuré présente désormais une pleine capacité de travail dans une activité n'impliquant pas de travaux lourds, le port répété de lourdes charges et les mouvements répétés avec le membre supérieur droit. Aussi les griefs de l'assuré doivent-ils être rejetés.

E. 6

Cela étant, même si le recourant ne le soulève pas expressément, la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'autorité précédente pour évaluer l'invalidité à 27 % est discutable à plusieurs titres. Ainsi, si le recours aux statistiques n'est pas critiquable en l'espèce (ATF 137 V 20, 110 V 273 ; TF 9C_311/2009 du 2 décembre 2009), on comprend mal pourquoi l'OAIE a renoncé à indexer le salaire tiré de l'ESS 2012 jusqu'à la décision de révision en 2016. Selon la jurisprudence en effet, doivent être prises en compte les modifications des revenus avec et sans invalidité susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222, 128 V 174). Par ailleurs, pour évaluer le revenu d'invalidé, il s'agit de se fonder sur la valeur médiane du tableau statistique considéré, à l'exclusion d'une valeur moyenne de plusieurs branches (TF 8C_192/2013 du 13 août 2013, consid. 7.2 ; TF 8C_370/2013 du 23 octobre 2013, consid. 4.2.2). Ces considérations restent toutefois sans incidence sur l'issue du litige. En effet, pour évaluer le revenu d'invalidé, il s'agit de retenir un revenu mensuel de 5'340 fr. fondé sur le tableau TA1_skill_level, niveau de compétences 1, des ESS 2016. Cette statistique recouvre en effet un large éventail d'activités variées et non qualifiées, dont un nombre significatif est adapté aux handicaps du recourant et accessible sans formation professionnelle autre qu'une mise au courant initiale (p. ex. arrêt 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Après avoir adapté le salaire statistique à la durée hebdomadaire normale de travail (41,7 heures ; cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs) et à l'évolution des salaires de 2016 à 2017 (0.4 % ; cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes), on obtient un salaire de 5'589 fr. 20, sur lequel il y a lieu de procéder à un abattement de 10 %, comme l'a retenu l'autorité précédente (TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016, consid. 3.4). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'030 fr. 30. Comparé au revenu sans invalidité de 6'132 fr. 70 (ESS 2016, TA1_skill_level, lignes 41-43, soit 5'911 fr. compte tenu d'un horaire hebdomadaire usuel de 41.5 et de l'évolution du salaire 2016-2017), il en résulte une invalidité de 19 % qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

E. 7

Il suit de ce qui précède que l'autorité précédente était fondée à supprimer la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1er décembre 2017 (art. 88 bis al. 2 RAI). Partant, le recours de l'assuré est mal fondé et doit être rejeté.

E. 8.1

En règle générale, les frais de procédure comprennent devant le Tribunal de céans l'émolument judiciaire et les débours, et sont mis dans le dispositif à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF ; art. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- et mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée par le recourant (cf. TAF pces 3 à 5).

E. 8.2

Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du FITAF, la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens au recourant. L'autorité inférieure n'a pas non plus droit à une indemnité de dépens en sa qualité d'autorité (art. 7 al. 3 FITAF).

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