

BVGer C-7093/2017 vom 12. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7093_2017

FR: TAF C-7093/2017 du 12 février 2020

IT: TAF C-7093/2017 del 12 febbraio 2020

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 des recours des 14 décembre 2017 et 27 mai 2019, ceux-ci étant dirigés contre des décisions de l'OAIE (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Ces recours ayant pour objet le même rapport juridique - soit le droit de l'assuré à une rente d'invalidité - il y a lieu d'en admettre la connexité et de joindre les causes C-7093/2017 et C-2698/2019 sous la seule référence C-7093/2017 (art. 24 PCF, applicable par renvoi de l'art. 4 PA ; arrêt du TAF B-4920/2015 du 2 février 2017 consid. 2).

E. 1.3

Pour le surplus, le recourant est directement touché par les décisions attaquées et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elles soient annulées ou modifiées (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 les avances sur les frais de procédure ayant été dûment acquittées (art. 64 al. 3 PA ; TAF pces 3 et 4), les recours sont ainsi recevables.

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 ; 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 8 novembre 2017, respectivement le 9 mai 2019.

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 8 novembre 2017, respectivement le 9 mai 2019 (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 (TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

E. 3

En tant qu'il est circonscrit par la décision du 8 novembre 2017, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 8 novembre 2017. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, dans le contexte de l'art. 17 LPGA, la juridiction cantonale était en droit de nier une péjoration de l'état de santé de l'assuré par rapport à celui existant au moment de la décision du 12 mars 2014, qui constitue le dernier prononcé reposant sur un examen médical du droit aux prestations (OAIE pce 229). Quant à la décision du 9 mai 2019, quand bien même elle se borne à recalculer le montant de la rente en raison de circonstances nouvelles, elle a également pour objet le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, à compter toutefois du 1er octobre 2018 (Meyer/Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 441).

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 LPGGA) 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 LPGGA) 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 LPGGA 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 LPGGA). 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 LPGGA).

E. 4.2

En vertu de l'art. 17 LPGGA, 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA (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 LPGGA (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 également 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_418/2010 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).

E. 4.5

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). De jurisprudence, l'appréciation des preuves est néanmoins soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme en l'espèce, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts » ; entre autres: TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015).

E. 4.6

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 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, à suivre l'OAIE, l'état de santé de l'assuré n'a pas, depuis la décision de mars 2014, évolué de façon à modifier le droit aux prestations. Le recourant soutient au contraire que ses atteintes n'ont cessé de s'aggraver au cours des dernières années, comme en attestent ses médecins traitants lorsqu'ils font état de limitations incompatibles avec l'exercice de toute activité lucrative. Toujours selon le recourant, l'apparition en 2015 de

troubles d'ordre cardiologique démontre quoiqu'il en soit clairement une péjoration de son état de santé.

E. 5.1

Contrairement à l'opinion de l'assuré, les rapports des médecins consultés en Espagne ne permettent pas de conclure à une aggravation de son état de santé justifiant une augmentation de la rente litigieuse. Certes, dans ses prises de position des 17 janvier 2017, 16 avril 2018 et 17 juin 2019, le Dr C. _____ attribue aux troubles psychiques des répercussions sur la capacité de travail plus importantes que celles admises à la base de la décision de demi-rente d'invalidité (OAIE pce 307 et TAF pce 10). Pour autant, ce spécialiste n'évoque pas d'aggravation du status clinique de l'assuré, suggérant au contraire que celui-ci est stationnaire depuis de nombreuses années («paciente con anamnesis de 20 años e evolución, diagnosticado de t depresivo crónico[...] »), rapport du 17 janvier 2017, OAIE pce 307). En cela, lorsqu'il rapporte une incapacité de travail allant jusqu'à 50 % au trouble dépressif de l'assuré, le Dr C. _____ semble bel et bien procéder à une appréciation différente d'un état de fait resté inchangé. D'ailleurs, le Dr B. _____ retient également que ces troubles n'ont pas connu de modification notable au cours des dernières années (OAIE pces 232, 254, 308 et 309). Quant aux atteintes néphrologiques, il ne ressort pas non plus du dossier qu'elles aient évolué de manière à influencer le droit à la rente. Bien plutôt, on déduit des rapports des Drs D. _____ et E. _____ que les troubles au niveau des reins et, notamment, leurs conséquences au plan digestif, n'ont pas présenté d'évolution particulière durant ces dernières années (OAIE pces 233, 265 et 299, 300 et 328). Il en va de même des atteintes aux hanches, qui font l'objet d'un suivi régulier et sans particularité depuis 2010 (OAIE pce 306). Pour autant, l'instruction menée par l'autorité précédente ne permet pas de trancher, selon le degré de preuve requis, l'existence au cas d'espèce d'un motif de révision. On cherche en effet en vain dans le dossier un document médical abordant de façon circonstanciée, d'une part, la capacité médico-théorique de l'assuré au moment de la décision attaquée du 8 novembre 2017 et, d'autre part, la manière dont cette capacité de travail a évolué depuis de la décision de l'OAIE du 12 mars 2014. Ainsi, plutôt que de fournir un tableau précis des limitations de l'assuré, les rapports dont se prévaut l'autorité précédente - soit ceux de ses médecins-conseils - écartent sporadiquement la pertinence des pièces médicales produites par le recourant. Or, depuis la dernière décision de rente, ce dernier a été victime en 2015 d'une cardiopathie ischémique puis d'une syncope en novembre 2017, qui ont chacune donné lieu à hospitalisation. De là, l'autorité précédente ne pouvait raisonnablement s'abstenir de réexaminer la capacité de travail de l'assuré eu égard à l'ensemble de ses atteintes. Certes, le Dr F. _____ ne fait pas - dans son rapport du 1er juin 2015 - correspondre de limitations durables aux affections cardiaques de l'assuré, puis décrit en mars 2016 un état asymptomatique (OAIE pces 303 et 304). En présence de deux hospitalisations depuis la dernière décision sur le droit à la rente, les prises de position succinctes des Drs G. _____, L. _____ et Q. _____ - dont aucun n'est spécialisé en cardiologie - ne sauraient toutefois suffire à exclure à ce niveau toute répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (OAIE pce 325 ; TAF pces 7 et 14). Il y a d'autant moins de raison de se fier aux conclusions des médecins-conseils que dans son rapport du 13 septembre 2017, le Dr K. _____ recommandait d'investiguer la nature des atteintes cardiaques de l'assuré au moyen d'une IRM cérébrale ; or, l'autorité n'a pas mis en oeuvre cet examen, ni n'a exclu sa pertinence pour évaluer les faits médicaux au cas d'espèce pertinents (TAF pces 1 et 2).

E. 5.2

En définitive, l'instruction médicale est en l'état trop lacunaire pour évaluer si l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière à influencer le droit à la rente. Du moins, il subsiste des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'autorité précédente, qui ne sauraient dès lors se voir reconnaître une valeur probante suffisante (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3).

E. 6

Dans ces conditions, le dossier doit être complété afin de déterminer si l'on est en présence d'un motif de révision et, le cas échéant, pour évaluer à nouveau l'invalidité du recourant (ATF 141 V 9, consid. 2.3). A cette fin, le dossier sera renvoyé à l'autorité précédente, qui a constaté les faits médicaux à la base de la décision attaquée de façon excessivement sommaire en sollicitant simplement des prises de position documentaires de ses médecins-conseils, qui ne disposent au demeurant pas des spécialisations au cas d'espèce requises (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE de mettre en oeuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI ainsi que de la jurisprudence en matière d'affections psychiques (notamment : ATF 141 V 281 et 143 V 409), une expertise pluridisciplinaire pour déterminer si depuis la décision du 12 mars 2014, l'état de santé du recourant s'est péjoré de manière à modifier le droit à la rente. Vu les atteintes en présence, cette expertise comprendra à tout le moins les volets néphrologique, neurologique, rhumatologique, cardiologique et psychiatrique.

E. 7

Cela étant, le recours contre la décision du 8 novembre 2017 est fondé et doit être admis. Par conséquent, la décision du mai 2019 doit être également annulée, dans la mesure où elle reprend implicitement cette première décision s'agissant du degré d'invalidité à la base de la rente de l'assuré. 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, 1ère phrase, PA). Partant, les avances de frais versées par le recourant à hauteur totale de Fr. 1'600.- (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui seront restituées dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 8

Selon l'art. 14 FITAF, les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (al. 1). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phrase). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, à défaut de décompte, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.