

BVGer C-748/2012 vom 15. November 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-748_2012

FR: TAF C-748/2012 du 15 novembre 2013

IT: TAF C-748/2012 del 15 novembre 2013

Regeste

Droit à 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), 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 prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure requise ayant été effectuée, le recours est recevable.

E. 2

L'objet de la décision attaquée du 5 janvier 2012 concerne le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité - dont bénéficiait le recourant depuis le 1er août 2008 - rétroactivement au 1er février 2011, au motif d'une amélioration de l'état de santé et d'une reprise d'activité lucrative au 1er juillet 2010.

E. 3.1

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références), 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). En cas de certificats et rapports médicaux établis et produits après la décision attaquée, ceux-ci ne sont pris en compte que dans la mesure où ils permettent de mieux comprendre et clarifier l'état de santé de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours.

E. 3.2

Les modifications consécutives à la 6ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2012, trouvent application, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à l'évaluation de l'invalidité dont il convient de procéder in casu.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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. Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI) sous réserve depuis le 1er juin 2002 de l'incidence de l'application du droit communautaire permettant le versement aux ressortissants suisses et des Etats membres de l'UE des quarts de rentes en cas de résidence dans un Etat membre de l'UE.

E. 5.1

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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3054 ss, 3065).

E. 5.2

Selon une jurisprudence constante, une amélioration de la capacité de travail attestée médicalement conduit en principe, eu égard au devoir de se réadapter par soi-même, à une amélioration correspondante de la capacité de gain. Une appréciation contraire ne peut s'ensuivre qu'à titre exceptionnel, c'est-à-dire lorsque, nonobstant les conclusions médicales, il appert du dossier que l'assuré ne pourra pas surmonter par lui-même et sans l'application de mesures préalables ses empêchements compte tenu de la longue durée du versement de la rente et des exigences du marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Comme l'a jugé le Tribunal fédéral, on ne saurait ainsi notamment supprimer une rente sans avoir au préalable examiné les possibilités de réadaptation dans le cas d'un assuré qui a touché cette rente durant de très nombreuses années et qui ne dispose plus de l'expérience professionnelle lui permettant de se réadapter par lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4). Il en va différemment si la durée de l'octroi de la rente a été relativement courte et si des mesures de réadaptation ne s'imposent pas au regard de l'activité exercée par l'assuré ou qu'il pourrait exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_950/2009 du 25 septembre 2010 consid. 4; Valterio, op. cit., n° 3060).

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]).

E. 5.4

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5.5.1

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2).

E. 5.5.2

L'art. 88a al. 1 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une suppression de rente avec effet immédiat, soit à

la fin du mois où l'amélioration de santé est constatée, ne peut intervenir qu'exceptionnellement en cas d'état de santé durablement stabilisé (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 569/06 du 20 novembre 2006 consid. 3.3; Valterio, op. cit., n° 3085).

E. 5.5.3

L'art. 88bis al. 2 let. a RAI dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La règle indique les effets temporels de la révision sur le plan du droit à la rente (ATF 135 V 306 consid. 7.2). Toutefois, en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet rétroactivement à la date où elle a cessé, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI. Selon cette disposition l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Cette obligation d'avis obligatoire figure sur les décisions d'octroi de rente, telle a été le cas de la décision du 14 novembre 2008 d'octroi de rente (cf. pce 45).

E. 5.5.4

En application des art. 55 al. 1 LPGA et 56 PA l'administration peut prendre toutes mesures provisionnelles d'office pour sauvegarder ses intérêts. Une suspension de rente à titre de mesure provisionnelle peut avoir lieu lorsqu'un office AI apprend de quelque manière que son octroi n'est plus justifié. Si par la suite la procédure de révision indique que la rente ne devait pas être suspendue, elle doit être versée, intérêts compris (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_867/2012 du 17 avril 2013 consid. 2 avec les réf.; Valterio, op. cit., n° 3061). In casu, c'est à juste titre que l'intéressé, reconnu invalide à 100%, ayant à l'occasion de la révision du droit à la rente communiqué dans un acte du 12 janvier 2011 une reprise de travail à raison de 2h./j. depuis le 1er juillet 2010, a fait l'objet d'une suspension de rente avec effet immédiat au 1er février 2011, jusqu'à droit connu sur la révision, au motif d'une violation de son devoir d'avis. La décision du 25 février 2011 suspendant la rente est entrée en force.

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui

sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

E. 6.2

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 7.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Les services médicaux régionaux de l'AI, cas échéant le service médical de l'OAIE, évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (art. 49 al. 1 RAI). La valeur probante d'une prise de position du service médical de l'OAIE n'est pas altérée du simple fait que le médecin de l'office AI n'a pas examiné personnellement l'assuré; l'art. 49 al. 2 RAI énonce expressément que les services médicaux procèdent au besoin eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les réf.), ce qui signifie que l'examen s'effectue de base sur dossier et compte tenu de la documentation jugée complète par le service médical.

E. 7.2

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2013 consid. 4.1 du 22 juillet 2013; Valterio, op. cit., n° 2891). Il ne faut cependant recourir à une expertise que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux, renseignements), ou encore en présence de controverses médicales sur le cas concret (Stéphane Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg, 1999, p. 142). L'administration peut procéder à une appréciation anticipée des preuves pour

juger de la non nécessité d'une expertise médicale si le dossier est complet (cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3).

E. 7.3

Le tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 7.4

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi les arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8.1

Dans le cadre de l'octroi de la rente, par décision du 14 novembre 2008, le Dr C. _____ du SMR retint dans son rapport du 11 juin 2008 une polyarthrose sévère avec destruction coxofémorale à gauche et atteinte des genoux, des épaules et des chevilles, ainsi que la pathologie associée du ressort de l'AI de cervico-lombalgies sur troubles dégénératifs, atteintes permettant une capacité de travail dans les activités habituelles et adaptées de 30% depuis janvier 2007 et de 0% depuis le 25 avril 2008 [date d'hospitalisation; cf. pce 24 ch. 1.3]. Le Dr C. _____ nota des limitations fonctionnelles pour toutes les activités physiques et les travaux nécessitant des déplacements autres que sur de courtes distances et occasionnels. Il y a lieu de souligner, d'une part, qu'il précisa un status non stabilisé et la nécessité d'un réexamen dans une année, et d'autre part, qu'il indiqua que l'assuré avait la formation et l'expérience professionnelle pour faire valoir sa capacité de travail résiduelle au mieux en tant que journaliste indépendant, ce qui incluait dans tous les cas l'activité de rédacteur publicitaire à domicile sans déplacement par des travaux sur ordinateur. Le rapport du Dr C. _____ du 11 juin 2008 a été antérieur à la prothèse totale de la hanche gauche et du genou gauche des 25 et 31 juillet 2008, à la prothèse totale du genou droit du 20 novembre 2008 et à l'arthroscopie du 3 mars 2010. Dans son rapport le Dr C. _____ ne fit pas état d'arthrose au niveau des mains évoquée par la Dresse B. _____ dans son rapport du 15 avril 2008. Il sied de relever, à titre indicatif, que dans un rapport du 24 avril 2008, indiquant une dernière consultation le 29 janvier 2007, le Prof. K. _____, chef de service de rhumatologie au CHUV, fit état de la polyarthrose de l'intéressé (genoux, épaules, hanches) sans mention des mains (cf. pce 25). Compte tenu du fait que l'intéressé allait subir plusieurs interventions chirurgicales, le projet d'acceptation de rente du 10 juillet 2008 à la base de la décision d'octroi de rente du 14 novembre 2008 était justifié mais la révision du droit à la rente qui devait s'ensuivre d'un nouvel examen médical dans l'année suivant la prise de position du Dr C. _____ n'a pas eu lieu.

E. 8.2

Dans le cadre de la révision du droit à la rente initiée par l'OAIE le 5 janvier 2010, l'assuré produisit de par sa démarche personnelle, en ayant requis lui-même un rapport médical auprès d'un médecin spécialiste de son choix, le rapport du Dr D. _____, daté du 17 septembre 2010. Ce rapport est postérieur à celui du Dr C. _____ de quelque une année et demie après toutes les opérations des genoux et de la hanche gauche. Il est également postérieur de 5 mois à l'infarctus du myocarde aigu dont a été victime l'assuré le 12 avril 2010. Enfin il y a lieu de relever qu'il est postérieur au certificat médical de la Dresse B. _____ du 10 mai 2010, n'indiquant pas la date de sa dernière consultation, produit par l'assuré avec son recours le 9 février 2012. Dans ce rapport le Dr D. _____ note une bonne amplitude de mouvement sans limitation fonctionnelle de la colonne, des épaules présentant des pincements articulaires bilatéraux, une amplitude normale des coudes, une amplitude normale de mouvement des poignets et des doigts des deux mains, une limitation supérieure médiane de l'articulation coxofemorale droite avec signe d'arthrose, une prothèse de la hanche à gauche, une articulation des genoux avec prothèses sans signe de blocage, une articulation des chevilles limitée en raison d'arthrose bilatérale, concluant à une polyarthrose idiopathique généralisée affectant de multiples articulations entraînant des limitations fonctionnelles et restrictions pour des activités qui nécessitent des efforts soutenus ou des activités qui nécessitent des efforts répétés, entraînant des douleurs et atteintes dégénératives et progressives chez un patient relativement jeune. Le rapport en question ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail de l'assuré si ce n'est qu'il indique clairement que celui-ci ne peut effectuer des travaux nécessitant des efforts répétés.

A sa lecture, et de l'interprétation qui en découle objectivement, le rapport exprime la possibilité d'une activité douce sédentaire entièrement compatible avec une activité de nature essentiellement intellectuelle, telle celle d'un rédacteur publicitaire. La vitesse de frappe n'est en effet pas déterminante dans le cadre d'un tel travail. S'il est patent qu'un rédacteur publicitaire peut être contraint de travailler à brève échéance, les atteintes à la santé de l'intéressé ne sont pas de nature à l'empêcher d'offrir ses services en temps utile. Par ailleurs, rien au dossier ne permet d'envisager que l'intéressé n'a pas été dans cette constellation depuis le 1er juillet 2010, bien que non sans douleurs, date indiquée lui-même dans le questionnaire à l'assuré pour la révision de la rente daté du 12 janvier 2011.

E. 8.3

Dans sa prise de position du 10 mars 2011 le Dr E. _____ releva, outre le statut orthopédique évoqué ci-dessus qu'il confirma, un status post infarctus aigu du myocarde en avril 2010 satisfaisant. Il indiqua qu'aucun document ne faisait état d'un angor résiduel ou d'une autre symptomatologie résiduelle. Il indiqua une incapacité de travail sur le plan cardiaque d'avril à fin mai 2010 et un status sans interférence pour la suite dans une activité adaptée aux problèmes orthopédiques. Pour le Dr E. _____, la capacité de travail de l'intéressé a été totale depuis le 20 mars 2009 hormis la période d'avril à mai 2010. Le bon status cardiaque de l'assuré a d'ailleurs été confirmé par la documentation médicale établie en avril 2011. Dans une prise de position du 16 août 2011, à la suite de l'appréciation personnelle de l'intéressé sur sa capacité de travail du 18 mai 2011, le Dr E. _____ indiqua qu'aucun médecin n'avait signalé d'arthrose ou une pathologie significative au niveau des mains et qu'une crispation des mains ne s'expliquait pas sur le plan somatique ni des douleurs remontant le long du membre supérieur jusqu' à la nuque. Cette affirmation n'est pas exacte en ce sens que la Dresse B. _____ avait évoqué dans son rapport du 15 avril 2008 au niveau des deux mains une arthrose trapézoscaphoïdienne et une atteinte trapézométacarpienne prédominante à gauche mais de degré encore moindre. Ce diagnostic n'a cependant pas été établi par le Prof. L. _____ dans un rapport du 24 avril 2008. Dans son rapport du 17 décembre 2010 le Dr D. _____ n'a pas fait état d'arthrose des mains et il n'apparaît pas au dossier une prise en charge spécifique pour l'arthrose des mains depuis le rapport du Dr D. _____ jusqu'à la décision du 5 janvier 2012.

E. 8.4

Dans les nouveaux rapports médicaux établis après la décision dont est recours, qui ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils éclairent un état de santé antérieur (cf. consid. 3.1 ci-dessus), il n'apparaît pas d'élément, comme l'a indiqué le Dr E. _____ dans ses rapports du 31 mars et du 17 décembre 2012, permettant de mettre en doute l'appréciation du service médical de l'OAIE selon lequel l'intéressé pourrait exercer son activité de rédacteur publicitaire si ce n'est à 100% au moins à un taux proche. L'intéressé invoque certes de la fatigue et des douleurs mais dans le cadre de son activité la fatigue et les douleurs invoquées ne peuvent être tenues comme propres à restreindre la capacité de travail de l'intéressé dans une mesure déterminante selon la LAI. S'agissant des derniers documents médicaux fournis, dont notamment ceux du Dr J. _____ non datés préconisant de cesser toute activité professionnelle, il y a lieu de relever que, établis apparemment largement après la date de la décision attaquée, ils ne peuvent être pris en compte dans le cadre de la présente révision.

E. 8.5

Il s'ensuit de ce qui précède qu'il doit être retenu une amélioration de l'état de santé de l'assuré entre la date d'octroi de la rente, le 14 novembre 2008, selon le projet d'acceptation du 10 juillet 2008, et la date de la décision attaquée du 5 janvier 2012, en ce sens que l'intéressé s'étant remis de ses opérations de l'année 2008 a pu reprendre à plein temps une activité de type sédentaire intellectuelle au plus tard le 20 mars 2009 avec une interruption d'avril à mai 2010 en raison d'un infarctus du myocarde.

E. 9.1

Selon l'art. 16 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique. Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles de l'Enquête suisse sur la structure des salaires.

E. 9.2

En l'espèce il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison car l'intéressé peut exercer son activité antérieure de rédacteur publicitaire de toute manière à un pourcentage excluant le versement d'une rente. La rente peut être supprimée avec effet au 1er février 2011 en application de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI. Vu ce qui précède le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

E. 9.3

Dans le cadre de cette révision de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

E. 10.1

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

E. 10.2

Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario et 3 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.