



Cour III
C-4567/2017

Arrêt du 8 mai 2019

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Vito Valenti, Christoph Rohrer, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne)
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, révision de la rente (décision du
10 avril 2017).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé, le recourant), né en 1960, domicilié en Espagne et de nationalité espagnole, a travaillé durant plus de 13 ans en Suisse en qualité d'employé agricole (AI, pces 2 et 42, p 3 et 5). Au mois de décembre 2013, par l'entremise de l'Institut nationale de la sécurité sociale espagnole (ci-après : INSS), il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une insuffisance rénale chronique de stade 5 (AI, pces 1 et 6). Le 10 mars 2014, il a subi une transplantation rénale, qui a été compliquée par des épisodes de rejet et d'infection urinaire (AI, pces 21, 22, 23, 30, 31 et 32).

Dans une appréciation du 16 février 2015, le Service médical de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, l'autorité inférieure, l'assureur-invalidité) a reconnu l'assuré incapable de travailler à raison de 70 % dans toute activité, ce à compter du 26 mars 2013 (AI, pce 36). Aussi, par décision du 28 août 2015, l'assureur-invalidité lui a octroyé une rente entière dès le 1^{er} juin 2014 (AI, pce 42).

B.

Dans le contexte d'une procédure de révision initiée en 2016, le Service médical de l'OAIE a observé chez l'assuré une claire amélioration de l'état de santé. Ainsi, selon un rapport néphrologique de l'Hôpital régional universitaire de (...) du 30 mai 2016, l'intéressé est dans un bon état général et n'a pas présenté d'épisodes récents d'infection urinaire. Sur cette base, dans une appréciation du 20 décembre 2016, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale, a reconnu A. _____ capable de travailler à plein temps dans une activité exercée en position assise et n'exigeant pas le port de charges supérieures à 5 kg (AI, pces 49, 56, 57 et 61).

Partant de là, l'OAIE a évalué la perte de gain de l'assuré à 33 % sur la base d'un revenu sans invalidité de 5'830 fr. et d'un revenu d'invalidité de 3'890 fr. 88 (AI, pce 62). Aussi, dans un projet de décision du 25 janvier 2017, l'assureur-invalidité a-t-il exclu le droit à une rente d'invalidité (AI, pce 63). Par décision du 10 avril 2017, la rente a été supprimée à partir du 1^{er} juin 2017 (AI, pce 65).

C.

Par écriture du 3 mai 2017 (timbre postal), l'intéressé interjette recours contre la décision de l'OAIE du 10 avril 2017, concluant implicitement à son annulation (TAF, pce 1). A cet appui, il produit différentes pièces médicales, soit des rapports de l'Hôpital universitaire régional de (...) des 27 janvier, 29 mai et 20 juin 2017. Il en ressort que l'assuré a subi du 23 au 27 janvier 2017 une cure d'éventration, dont l'évolution a été compliquée par une infection urinaire ainsi que par la persistance d'un petit sérome au niveau du flanc droit (TAF, pce 8).

Dans sa réponse au recours, l'autorité inférieure indique avoir soumis ces documents médicaux nouveaux à son médecin-conseil. Aussi, par appréciation du 22 décembre 2017, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne, a expliqué que les pièces au dossier documentent une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré dès le mois de mai 2016. Cela étant, en raison de complications infectieuses sévères, en raison d'épisodes de rejets et en raison des complications consécutives à la cure d'éventration, une incapacité de travail de 30 % subsiste dans une activité adaptée, ce dès le 30 mai 2016. Partant de là, l'autorité inférieure évalue à 52 % l'invalidité de l'assuré et conclut à ce que le dossier lui soit retourné afin qu'elle alloue au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017 (TAF, pce 11).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} 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 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par un administré directement touché par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant espagnol, vivant en Espagne – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a été assuré en Suisse une grande partie de sa carrière (AI, pce 42 p. 3). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1)

ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C_54/2012 du 2 avril 2012).

2.2 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.3 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 28 août 2015, date de la première décision (AI, pce 42), et 10 avril 2017, date de la décision attaquée (AI, pce 65), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

3.

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé du recourant, jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 10 avril 2017. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne doivent, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé du recourant antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

4.

Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} juin 2017. Les conclusions de l'autorité inférieure tendant à l'octroi au recourant d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017 sont sans effet sur cet objet, mais doivent être appréciées comme une simple proposition de partie (ATF 130 V 138 consid. 4.2).

5.

5.1 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 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 art. 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 réadaptations 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).

5.2 Selon l'art. 17 al. 1 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.

L'art. 88a al. 1 RAI ajoute 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.

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 (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

6.

En l'occurrence, le recourant estime ne plus être en mesure de travailler en raison de ses atteintes au niveau des reins. Quant à l'autorité inférieure, elle considère que l'état de santé de l'assuré s'est considérablement amélioré depuis sa décision de rente du 28 août 2015, où elle l'avait reconnu incapable de travailler à 70 % dans toute activité. Ainsi, à suivre les conclusions du Dr B. _____ du 20 décembre 2016, complétées le 22 décembre 2017 par le Dr C. _____, l'intéressé présente désormais une incapacité de travail de tout au plus 30 % dans une activité de substitution légère.

6.1 Contrairement à l'opinion de l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que le dossier suffise à établir la capacité de travail médico-théorique de l'assuré et, partant, à évaluer son invalidité.

De jurisprudence en effet, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports

(ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux ne résultant pas de l'examen personnel de l'assuré présupposent que le dossier qui a servi de base à leur rédaction permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel). Il doit ainsi s'être essentiellement agi d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté. Cela implique l'existence d'un état de santé médicalement stabilisé et établi par des spécialistes, de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.3).

En l'espèce, pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'autorité inférieure s'est principalement fondée sur les conclusions de ses médecins-conseils les Drs B._____ et C._____ (rapports des 20 décembre 2016 et 22 décembre 2017, AI pce 61 et TAF 11). Ainsi, alors même que les questions médicales pertinentes relèvent ici essentiellement de la néphrologie et de l'infectiologie, les médecins consultés par l'autorité inférieure sont spécialisés respectivement en médecine interne générale et en médecine interne. Or, les Drs B._____ et C._____ - qui n'ont au demeurant pas examiné personnellement l'assuré - ne peuvent fonder leurs observations sur aucune pièce de spécialiste examinant de manière convaincante l'incidence des atteintes de l'assuré sur son état de santé. Certes, la documentation de l'Hôpital universitaire régional de (...) des 30 mai 2016, 27 janvier, 29 mai et 20 juin 2017 émane de services spécialisés en infectiologie, en néphrologie et en maladies digestives (TAF, pce 8 ; AI, pce 57). Ces rapports de consultations ne fournissent toutefois pas une vue d'ensemble des symptômes et signes cliniques de l'assuré. Ils n'examinent en outre pas les symptômes de celui-ci au regard de sa capacité de travail, ni ne dressent de manière exhaustive ses limitations fonctionnelles (TAF, pce 8). Quant au rapport médical détaillé E 213 rempli le 8 novembre 2016 par le Dr D._____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, il ne décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré que de manière succincte et sans motivation (AI, pce 56).

Cela étant, le dossier est en l'état trop lacunaire pour évaluer de manière fiable et crédible la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Les avis des Drs B._____ et C._____ ne saurait partant se voir reconnaître une valeur probante suffisante. Il y a d'autant moins de raison de suivre ces

médecins qu'ils évaluent la capacité de travail de l'assuré de manière excessivement péremptoire. Ainsi, dans son rapport du 22 décembre 2017, le Dr C. _____ conclut à la subsistance chez l'assuré d'une incapacité de travail de 30 % même dans une activité adaptée. Pour autant, il ne motive sa position d'aucune manière et n'invoque à son appui aucun élément objectif. Or, en admettant une diminution de la capacité de travail de l'assuré, le Dr C. _____ s'écarte de l'avis de son confrère le Dr B. _____, qui reconnaissait quant à lui la pleine capacité de travail à l'assuré. Certes, l'assuré a subi dans l'intervalle une intervention chirurgicale compliquée par la recrudescence de diverses infections. Toutefois, le Dr C. _____ ne tire pas argument de ces circonstances nouvelles. Il retient au contraire cette diminution de la capacité de travail à compter du 30 mai 2016 et la rapporte essentiellement aux traitements médicamenteux et aux mesures de surveillance dont l'assuré fait l'objet depuis la transplantation rénale. Ainsi, les Drs B. _____ et C. _____ ne fournissent pas au lecteur les motifs retenus à la base de leurs conclusions. Trop succinctement motivées, leurs appréciations des 20 décembre 2016 et 22 décembre 2017 laissent dès lors subsister le doute quant à leur bien-fondé.

6.2 En définitive, les rapports des médecins-conseils retenus à la base de la décision attaquée ne répondent pas aux exigences relatives à la force probante de tels documents. L'instruction médicale est en effet trop lacunaire pour évaluer de manière convaincante et cohérente la capacité résiduelle de travail de l'assuré et, partant, pour déterminer son invalidité. Trop succinctement motivées, les appréciations des médecins-conseils ne permettent par ailleurs pas une bonne compréhension de l'état de santé du recourant.

7.

Il suit de là que le dossier doit être complété de manière à ce que la capacité résiduelle de travail de l'assuré puisse être évaluée en connaissance de cause. A ce propos, il convient pour l'essentiel d'établir les limitations fonctionnelles du recourant au regard de son status consécutif à l'intervention chirurgicale dont il a fait l'objet en janvier 2017. S'agissant là d'un aspect n'ayant pas été instruit par l'autorité inférieure, ou du moins de manière parfaitement sommaire, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire (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).

Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressé ainsi que de sa capacité de travail. Pour ce faire, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine néphrologique et infectiologique, ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Il s'agira notamment pour les experts (i) d'examiner si l'état de santé du recourant a subi une modification notable depuis la décision de l'OAIE du 28 août 2015, (ii) d'établir ses limitations fonctionnelles et (iii) d'évaluer de façon précise et cohérente sa capacité de travail dans son ancienne activité et dans des activités adaptées. Dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que l'intéressé ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, dite expertise devra être faite en Suisse. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

8.

Vu ce qui précède, le recours apparaît fondé.

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^{ère} phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800 fr. (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

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 [FI-TAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 10 avril 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800 sera remboursée au recourant avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :