



Cour III
C-27/2012

Arrêt du 28 juin 2013

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig, Daniel Stufetti, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représenté par Maître Laurent Gilliard,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 18 novembre 2011).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant du Kosovo, né le (...) 1960, a travaillé en Suisse comme peintre auxiliaire de 1985 à 1990 et cotisé à l'AVS/AI. Le 15 juin 1990 il a été victime d'un accident de la circulation routière et n'exerce plus d'activité lucrative depuis cette date.

B.

Le 12 mai 1992, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI pce 2). Selon le rapport de l'Office régional AI du Canton de Genève du 7 décembre 1992, A._____ présentait les diagnostics suivants: cervico-brachialgies déficitaires sur fracture pédiculaire de C5 à droite, lésion médullaire ayant laissé une hémispasticité droite et des troubles localisés multiples (AI pce 5). L'assuré a été soumis à une observation professionnelle du 26 mai au 23 juin 1993. Selon le rapport de synthèse COPAI du 15 juillet 1993, il a été considéré incapable de reprendre une activité dans le circuit économique normal, en raison principalement de problèmes physiques, les lésions neurologiques étant fixées et sans évolution. Aucune activité même légère mettant en jeu l'emploi du membre supérieur droit ne pouvait être envisagée. De plus l'assuré était perturbé sur le plan psychologique par le sentiment de perte totale, de difficultés de fonctionnement, d'atteinte globale et irréversible de son intégrité (AI pce 11).

C.

Par décision du 18 mars 1994, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a reconnu à l'assuré une incapacité de gain de 66,66 % dès le 1^{er} octobre 1993 (dossier SUVA).

D.

Suite à un prononcé de la Commission AI du 22 avril 1994, par décision du 23 septembre 1994 (AI pce 21), l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 1991 sur la base d'un degré d'invalidité de 67 % (AI pce 24).

E.

En 1995, l'assuré est retourné s'installer dans son pays d'origine. L'OAI-GE a donc transmis le dossier pour compétence à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) qui a versé la rente dès le 1^{er} juillet 1995 (AI pce 33).

F.

Lors d'une première révision de la rente en 1997, l'OAIE a confirmé la rente entière d'invalidité par communication du 14 avril 1998 (AI pce 63).

G.

En 1998, l'assuré est revenu en Suisse avec sa famille et a déposé une demande d'asile qui a été refusée. Renvoyé de Suisse, il est retourné au Kosovo en avril 2000.

H.

Lors d'une deuxième révision de la rente en 2002, l'OAIE a confirmé la rente entière d'invalidité par communication du 3 décembre 2002 (AI pce 83). Ce qui a été également le cas lors de la troisième révision de la rente en 2004 (cf. communication du 15 juin 2004, AI pce 97).

I.

En juin 2009, l'OAIE a introduit une nouvelle révision de la rente (AI pce 101). Dans leur rapport du 23 décembre 2009, les médecins kosovares ont considéré que l'ancienne activité ou toute autre activité n'était plus exigible parce que l'assuré se plaignait d'engourdissement du côté droit du corps depuis un accident de la route en 1990 ainsi que de maux de tête et de vertiges et suivait un traitement avec anxiolytiques, antidépresseurs, myorelaxants et analgésiques (AI pces 134 et 152).

Le 12 février 2010, le Dr B._____ de l'OAIE a relevé que la nouvelle documentation médicale ne contenait aucun indice d'une maladie cardiovasculaire et ne mentionnait plus de troubles moteur, mais seulement des vertiges. Afin d'éclaircir l'état de santé effectif et le degré d'incapacité de travail, ce médecin a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire (cardiologique, neurologique et psychiatrique) en Suisse était nécessaire (AI pce 155). Celle-ci a eu lieu le 23 novembre 2010 auprès du Centre C._____ à D._____. Selon le rapport d'expertise du 9 février 2011 (AI pce 192), l'assuré a déclaré souffrir des mêmes symptômes que trois semaines après l'accident de la circulation de 1990, à savoir douleurs de la nuque, faiblesse et paralysie de la jambe droite et du bras droit ainsi que vertiges. Il a estimé pouvoir marcher au plus pendant 15 à 20 minutes, rester assis pendant 30 minutes et rester debout pendant 10 minutes. Les experts ont constaté une discrédance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives ainsi que des inconsistances dans le comportement de l'assuré, qui leur est apparu autolimitatif et démonstratif. Ils ont retenu comme seuls diagnostics limitant la capacité de travail un léger spasme post-traumatique après myélopathie cervicale traumatique avec

fracture bien consolidée de la cinquième vertèbre cervicale en 1990 et un léger syndrome cervical avec spondylose cervicale et uncarthrose. La myélopathie, présente en 1990, contrairement aux pronostics pessimistes de l'époque, s'est, selon les experts, nettement améliorée ces 20 dernières années. Du point de vue objectif, les fonctions moteur peuvent être considérées comme bonnes. La capacité de travail n'est limitée que dans le sens que l'assuré doit éviter les activités pénibles pour la colonne cervicale, les expositions au froid et aux courants d'air, aux vibrations ainsi que les travaux en position forcée ou en-dessus de la tête de manière prolongée. Pour cette raison, la dernière activité de peintre n'est plus exigible, par contre toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées est exigible à 100 % depuis la date de l'expertise (AI pce 192 page 18). Selon l'expert psychiatre, l'assuré ne présente plus aucun diagnostic psychiatrique, en particulier les critères qui permettraient d'attester un trouble somatoforme persistant n'étaient pas ou plus remplis lors de l'expertise en novembre 2010. Les experts du Centre C._____ ont conclu que, du point de vue psychiatrique, la dernière activité exercée ou toute autre activité était exigible à 100 % (AI pce 192 page 35).

J.

Dans sa prise de position du 21 février 2011, le Dr B._____ a estimé que l'expertise pluridisciplinaire du Centre C._____ prenait en compte tous les rapports précédents et l'anamnèse était complète, clairement motivée et sans contradiction. Cette expertise répondant à tous les critères posés par la jurisprudence, il fallait retenir ses conclusions et considérer que l'assuré, grâce à une nette amélioration de son état de santé, avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (AI pce 195). Lors de l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale, l'OAIE a retenu un salaire sans invalidité de 5'399.60 francs et un salaire d'invalidité, après un abattement de 15 %, de 4'065.35, d'où un degré d'invalidité de 25 % (AI pce 198).

K.

Par projet de décision du 23 mai 2011 (AI pce 200), l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait supprimer la rente entière d'invalidité parce que l'état de santé s'était amélioré. Par courrier du 22 juin 2011 (AI pce 209), l'assuré a argué que l'expertise du Centre C._____ était en contradiction manifeste avec les conclusions du Dr E._____ et qu'une simple différence d'appréciation ne justifiait pas la révision de la rente. Le 11 juillet 2011, le Dr B._____ a constaté que le court rapport du Dr E._____ n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'examen neurologique détaillé et irréprochable effectué par le Centre C._____.

le rapport du Dr E._____ ne contenant aucun élément nouveau, ne mentionnant plus la pathologie cardiologique et ne se prononçant pas sur la corne aux mains et aux pieds ainsi que sur la musculature symétriquement bien développée (AI pce 211). Par décision du 18 novembre 2011 (AI pce 216), l'OAIE a supprimé la rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2012 parce qu'il n'existent plus de déficits psychiques ni moteur dès novembre 2010.

L.

Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral le 3 janvier 2012, concluant pour l'essentiel à l'annulation de celle-ci, au maintien de la rente également après le 31 décembre 2011 et à la restitution de l'effet suspensif. Il a argué que les conclusions du Dr E._____ étaient en totale contradiction avec celles de l'expertise du Centre C._____ (TAF pce 1).

M.

L'OAIE a resoumis le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 11 mai 2012, le Dr B._____ a précisé que les douleurs et les troubles de la sensibilité mentionnés dans le rapport du 27 février 2012 du Dr E._____ étaient de nature purement subjective, les résultats du nouvel examen par résonance magnétique étaient dans les normes comme ceux du même examen déjà effectué en 2009, les experts du Centre C._____ avaient constaté une nette amélioration de l'état de santé puisque le trouble moteur avait pratiquement disparu et l'assuré présentait une musculature bien développée des deux côtés et une couche de corne aux pieds et aux mains qui démontraient qu'il était en état d'exercer une activité adaptée à 100 % (AI pce 225).

Dans sa réponse au recours du 6 juin 2012, l'OAIE a renvoyé à l'avis de son médecin et conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée (TAF pce 7). Par réplique du 11 juillet 2012, l'assuré a contesté la présence d'une amélioration de son état de santé, le service médical de l'OAIE reconnaissant lui-même que les images de la résonance magnétique du 24 octobre 2009 attestaient des modifications polysegmentales jusqu'à une asténose du canal spinal et une spondylarthrose C5-C7 (TAF pce 9).

L'OAIE a soumis une nouvelle fois le dossier à son service médical. Dans sa prise de position du 10 août 2012, le Dr B._____ a cité les passages de l'expertise du Centre C._____ où les experts ont exposé en quoi l'état de santé s'était amélioré, en particulier qu'une neurocompression

n'était actuellement plus présente malgré les modifications polysegmentales. Le médecin de l'OAIE a précisé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux et qu'il fallait donc se baser sur l'expertise du Centre C._____ (AI pce 227). Dans sa duplique du 15 août 2012, l'OAIE a renvoyé à l'avis de son service médical et conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée (TAF pce 11).

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de procédure de 400 francs le 4 septembre 2012 (TAF pce 14) et a présenté des observations le 21 septembre 2012, réitérant ses conclusions (TAF pce 15).

N.

En février 2012, l'assuré et son épouse avaient présenté une nouvelle demande d'asile. En avril 2013, le Tribunal administratif fédéral a refusé la demande et ordonné le renvoi du recourant au Kosovo (arrêt du TAF D-3732/2012 du 17 avril 2013).

O.

Par décision du 12 janvier 2012, la SUVA a réduit la rente d'invalidité de l'assuré de 66,66 % à 25 % à partir du 1^{er} janvier 2012. L'assuré a formé opposition contre cette décision. Le 13 février 2012, la SUVA a, conformément à la requête du représentant de l'assuré demandant la suspension de la procédure jusqu'à ce que le litige concernant l'assurance-invalidité soit tranché, suspendu la procédure d'opposition contre sa décision du 12 janvier 2012. Une opposition est donc toujours pendante.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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 à la LPGA.

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n. 677).

3.

Dans l'assurance-invalidité, des rentes ne sont octroyées à des assurés étrangers résidant à l'étranger que si cela est prévu dans un traité avec le pays concerné. En l'occurrence, le recourant est ressortissant du Kosovo et y a aujourd'hui son domicile. La Suisse a conclu de nouveaux traités de sécurité sociales avec divers Etats successeurs de l'ex-Yougoslavie, mais pas avec le Kosovo. Dans la présente procédure, selon la jurisprudence, la convention du 8 juin 1962 entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie relative aux assurances sociales (RS 0.831.109.818.1) ainsi que l'arrangement administratif du 5 juillet 1963 concernant les modalités d'application de la convention relative aux assurances sociales entre la Confédération suisse et la République populaire fédérative de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.12) restent applicables (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4828/2010 du 7 mars 2011; ATF 126 V 198 consid. 2b, ATF 122 V 381 consid. 1 et ATF 119 V 98 consid. 3; cf. aussi art. 17 al. 2 lit. a de la convention).

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sauf mention contraire. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

5.

5.1 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 me-

sures 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 LPGGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 2 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 degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 4 LAI).

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

6.2 Selon une jurisprudence constante, 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.3 Le juge des assurances sociales 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 les références).

6.4 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 précité 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 précité 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. Toutefois le simple fait qu'un certificat 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 précité 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, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi 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 divergeant – 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).

6.5 L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-

accidents (arrêt du Tribunal fédéral I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 5 = Pratique VSI 2004 p. 188; cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a, pour sa part, admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée, dans la mesure d'une complète motivation fondant une divergence (ATF 126 V 288), par l'évaluation de l'invalidité en application des critères de l'assurance-accidents, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité, fondées sur des critères différents car l'assurance-accident prend en compte le rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'invalidité alors que ce critère n'est pas déterminant pour l'assurance-invalidité, sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2053 s.). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents (cf. ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

7.

7.1 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.

7.2 L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) 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. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification.

7.3 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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, ATF 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 287 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

7.4 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. 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 degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

8.

En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 1991 selon la décision du 23 septembre 1994 de l'OAI-GE (AI pces 23 et 24). Lors des révisions de rente en 1997, 2002 et 2004, l'OAIE n'a pas procédé à un examen matériel approfondi de l'état de santé, mais s'est fié aux indications de l'assuré et des médecins traitant pour confirmer les mêmes prestations que jusqu'alors par communications des 14 avril 1998, 3 décembre 2002 et 15 juin 2004 (AI pces 63, 83 et 97). La question de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification doit par conséquent être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 23 septembre 1994 et ceux qui ont existé à la date de la décision litigieuse du 18 novembre 2011.

9.

Alors que l'OAIE base la suppression de la rente entière versée depuis le 1^{er} juin 1991 sur une amélioration de l'état de santé depuis novembre 2010, le recourant argue que sa santé est restée la même depuis l'accident de la circulation qu'il a subi en 1990.

9.1 Un peu plus de deux ans après l'accident de la circulation où l'assuré avait subi une fracture pédiculaire de la vertèbre C5, l'Office régional AI avait relevé dans son rapport du 7 décembre 1992 la présence de cervico-brachialgies déficitaires ainsi que d'une lésion médullaire ayant laissé une hémispasticité droite et de troubles localisés multiples, les médecins de l'OAI-GE ayant constaté un manque de force, des tremblements incontrôlés (spasticité) de la jambe droite et du bras droit ainsi qu'un blocage partiel du côté droit (AI pce 5). Une observation professionnelle du 26 mai au 23 juin 1993 avait laissé apparaître, outre les limites physiques importantes, des perturbations sur le plan psychologique par le sentiment de perte totale, de difficultés de fonctionnement, d'atteinte globale et irréversible de son intégrité (AI pce 11).

9.2 Selon le rapport d'expertise du Centre C._____ du 9 février 2011 (AI pce 192), l'assuré a déclaré souffrir des mêmes symptômes que trois semaines après l'accident de la circulation de 1990, à savoir douleurs de la nuque, faiblesse et paralysie de la jambe droite et du bras droit ainsi que vertiges. Il a estimé pouvoir marcher au plus pendant 15 à 20 minutes, rester assis pendant 30 minutes et rester debout pendant 10 minutes. Les experts ont constaté une discrédence entre les plaintes subjectives et les constatations objectives ainsi que des inconsistances dans le comportement de l'assuré, qui leur est apparu autolimitatif et démonstratif. Le recourant réagit plus violemment à la palpation au niveau de la colonne

cervico-thoracique qu'au niveau de la colonne cervicale moyenne et haute, alors qu'il présente les plus grandes anomalies aux niveaux plus élevés. Il se plaint aussi de régions de la colonne plus basse alors que celles-ci n'ont pas été blessées dans l'accident de 1990. Les experts n'ont pas constaté de paralysies. Le tonus musculaire est symétrique aussi bien en position assise, couchée ou debout. Le recourant n'a boité lors de l'expertise que lorsqu'il se sentait observé. Les plaintes du recourant n'ont pas pu être expliquées par des raisons médicales. Les experts ont conclu qu'il s'agissait de persévération et de simulation. Les images de résonance magnétique du 24 octobre 2009 ne documentent pas une délimitation claire d'une myélopathie et une neurocompression n'était plus présente au moment de l'examen. Quand l'assuré ne se sentait pas observé, les médecins ont remarqué que l'assuré utilisait sa main droite sans restriction, ils ont constaté que la musculature et la corne, symétriques à toutes les extrémités, étaient en contradiction avec les indications de l'assuré qui prétendait qu'il devait se ménager dans la vie de tous les jours. Les experts du Centre C._____ ont retenu comme seuls diagnostics limitant la capacité de travail un léger spasme post-traumatique après myélopathie cervicale traumatique avec fracture bien consolidée de la cinquième vertèbre cervicale en 1990 et un léger syndrome cervical avec spondylose cervicale et uncarthrose. La myélopathie, présente en 1990, contrairement aux pronostics pessimistes de l'époque, s'est, selon les experts du Centre C._____, nettement améliorée ces 20 dernières années. Du point de vue objectif, les fonctions moteur peuvent être considérées comme bonnes. La capacité de travail n'est limitée que dans le sens que l'assuré doit éviter les activités pénibles pour la colonne cervicale, les expositions au froid et aux courants d'air, aux vibrations ainsi que les travaux en position forcée ou en-dessus de la tête de manière prolongée. Pour cette raison, la dernière activité de peintre n'est plus exigible, par contre toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées est exigible à 100 % depuis la date de l'expertise (AI pce 192 page 18). Selon l'expert psychiatre du Centre C._____, l'assuré ne présente plus aucun diagnostic psychiatrique, en particulier les critères qui permettraient d'attester un trouble somatoforme persistant n'étaient pas ou plus remplis lors de l'expertise en novembre 2010. Donc, du point de vue psychiatrique, la dernière activité exercée ou toute autre activité était exigible à 100 % (AI pce 192 page 35).

9.3 Dans sa prise de position du 21 février 2011, le Dr B._____ a estimé que l'expertise pluridisciplinaire du Centre C._____ prenait en compte tous les rapports précédents et l'anamnèse était complète, clairement motivée et sans contradiction. Cette expertise répondant à tous

les critères posés par la jurisprudence, il fallait retenir ses conclusions et considérer que l'assuré, grâce à une nette amélioration de son état de santé, avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (AI pce 195).

9.4 Le Tribunal de céans considère dès lors que, conformément à l'avis unanime des experts du Centre C._____ et du médecin de l'OAIE confirmé par les résultats des images de résonance magnétique effectuées en 2009 et en 2011, l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré depuis l'octroi de la rente en 1994 aussi bien sur la plan somatique que sur le plan psychique. Le Tribunal fait sienne l'évaluation de la capacité de travail des experts du Centre C._____ et considère que l'assuré présente, au moins depuis novembre 2010, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'expertise du Centre C._____ étant consistante, bien motivée et répondant à tous les critères posés par la jurisprudence.

10.

10.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance des problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales.

Dans le cas où le salaire d'invalide est déterminé d'après les données retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il doit être réduit afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La hauteur de la réduction relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5).

Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

10.2 L'office intimé a correctement déterminé le salaire avec invalidité d'après les données statistiques suisses et le niveau 4 concernant les activités corporelles légères que le recourant peut encore assumer avec un rendement de 100 % de la norme. Il a pris une moyenne des revenus selon l'ESS 2008, tableau TA1, niveau 4, secteur des services collectifs et personnels (avec un horaire usuel de 41,8 heures par semaine) ainsi que commerce de gros, intermédiaires du commerce (avec un horaire usuel de 41,9 heures par semaine) et retenu un salaire mensuel de 4'782.76 francs avant abattement. Eu égard au fait que le recourant ne peut plus exercer que des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, l'OAIE a pratiqué un abattement de 15 %. Une telle diminution apparaît justifiée. Le revenu avec invalidité à prendre en considération s'élève ainsi à 4'065.35 francs par mois.

Pour fixer le revenu sans invalidité, l'OAIE s'est basé sur les indications du dernier employeur selon les documents de la SUVA. Selon ces indications, le recourant aurait gagné 20.- francs par heure en 1995 comme peintre sans atteinte à la santé (dossier SUVA), ce qui, en tenant compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2008 (année de référence pour le salaire avec invalidité), correspond à un salaire sans invalidité en 2008 de 5'399.60 francs par mois.

La comparaison des revenus sans et avec invalidité fait apparaître une perte de gain de 24,71 % ($[(\text{Fr. } 5'399.60.- - \text{Fr. } 4'065.35.-)] \times 100 : \text{Fr. } 5'399.60$). Ce taux ne donne plus droit à une rente d'invalidité suisse, conformément à ce que l'OAIE a retenu dans sa décision attaquée.

11.

11.1 Selon une jurisprudence constante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011), lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il n'est pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne

permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPG), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

11.2 Le Tribunal considère qu'une réadaptation par soi-même pouvait être exigée lors de la suppression de la rente fin 2011. En effet, si on tient compte que l'assuré mène visiblement une vie active depuis plusieurs

années, vu sa musculature bien développée aussi bien à droite qu'à gauche et ses pieds et mains recouverts d'une couche de corne. Une phase d'aide transitoire ne paraît pas nécessaire et il est tout à fait possible au recourant de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré de l'emploi.

12.

Au vu de ce qui précède, il appert que la décision du 18 novembre 2011 doit être confirmée et le recours rejeté. Le présent arrêt rend sans objet la demande de restitution de l'effet suspensif (cf. entre autres arrêts du Tribunal fédéral 8C_254/2011 du 7 juillet 2011 consid. 2, 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2. et 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7 in fine).

13.

13.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à 400 francs, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.02]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant déjà versée.

13.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 400 francs, sont mis à la charge du recourant. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de 400 francs.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)
- à la SUVA (sinistre _____)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :