

BVGer C-2019/2008 vom 10. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2019_2008

FR: TAF C-2019/2008 du 10 mars 2010

IT: TAF C-2019/2008 del 10 marzo 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 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 rente 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).

E. 1.2

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 LPGA est applicable. 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), le recours est recevable.

E. 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).

E. 3.1

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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 3.3

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 Tribunal fédéral des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 4

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser que le 1er janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la modification du 6 octobre 2006 (5ème révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). 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 consid. 1.2), si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. Selon une

jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts mentionnés). En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations AI le 2 février 2007 et la décision litigieuse a été prononcée le 27 février 2008. Les dispositions de la 5ème révision de la LAI et de la LPGA entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont donc applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes.

E. 5

Le recourant a présenté sa demande de rente le 2 février 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal de céans peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 2 février 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 27 février 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 6

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse : être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé de cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total, dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus d'une année et plus de trois années au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

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). De plus, il n'y a incapacité de gain que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 7.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), 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. 28 al. 1^{ter} LAI, art. 29 al. 4 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008).

Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 7.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 1. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI); 2. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI); 3. au terme de cette année il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

E. 8.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPG 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 LPG).

E. 8.2

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).

E. 8.3

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI 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. 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. 8.4

Après son départ de Suisse, A._____ a repris, après une période de chômage, une activité lucrative en tant que soudeur, occupation qu'il a interrompue le 8 novembre 2005 pour raison de maladie et suite à laquelle il a été licencié le 24 juin 2007. Depuis cette date, il n'a pas repris d'activité lucrative et il convient dès lors de se référer, à l'instar de l'autorité intimée, à l'appréciation des médecins.

E. 9

Il ressort des pièces médicales versées au dossier de la cause pendant l'instruction de la demande que le diagnostic suivant a été posé en relation à la capacité de travail de l'assuré: lombalgies, diabète, HTA et état dépressif. En ce qui concerne la période antérieure au 1er janvier 2008, l'art. 29 al. 1 let. a LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, est dès lors inapplicable, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé. Seule peut donc entrer en considération pour cette période l'art 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur d'avant le 1er janvier 2008, qui prévoyait une période d'attente d'une année à partir du moment où l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40% sans interruption notable.

E. 10

Dans la décision entreprise et les écrits produits pendant la procédure de recours, l'OAIE a estimé que A._____ ne présentait pas une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à une rente, dans la mesure où l'incapacité de gain qui en résultait ne dépassait pas 40%. Le recourant avance ne plus pouvoir exercer aucune activité lucrative et estime avoir droit à une rente d'invalidité.

E. 11

Selon sa prise de position du 4 décembre 2007, le médecin du Service médical de l'OAIE a estimé que A._____ était incapable, en raison de l'atteinte lombaire en L5-S1, d'exercer son activité habituelle, mais qu'il ne pouvait se prévaloir d'une incapacité de travail dans une activité de substitution adaptée à son état de santé. En ce qui concerne l'état dépressif constaté par le Dr B._____ de la Sécurité Sociale française, le Dr E._____ l'a écarté des éléments pouvant avoir une influence sur la capacité de travail de l'assuré au motif qu'aucun symptôme relevant de la CIM (classification internationale des maladies) n'avait été évoqué et qu'aucune thérapie n'était en cours à cette époque. Se fondant sur cette appréciation et sur l'évaluation de la perte de gain qui en découlait, l'OAIE a conclu qu'il n'existait ni d'invalidité au sens des dispositions de la LAI ni, partant, de droit à une rente. Ce point est fondamentalement contesté par le recourant qui allègue subir une incapacité

totale et absolue, conformément à la décision des autorités françaises compétentes et à l'appréciation du médecin conseil des assurances sociales françaises. Dans son rapport E 213, le Dr B. _____ n'a pas observé de déficit fonctionnel spécifique, mais a néanmoins conclu, en relation avec l'état de santé du recourant, à un empêchement à l'exercice d'une activité lucrative quelle qu'elle soit. Il n'a toutefois relevé ni symptômes psychotiques ni déficit de perception. Dans son anamnèse, ce médecin a observé des plaintes de lombalgies, de malaises lipothymiques, de labilité émotionnelle, de sensation de perte de capacité et de regard négatif de la part de son entourage. Dans son examen de l'appareil locomoteur, le Dr B. _____ a observé une raideur du rachis lombaire (distance main sol de 40 cm et un score de 15/9 au test de Schober) et des douleurs lombaires basses diffuses sans signe de sciatique. Le rapport d'imagerie médicale du 15 janvier 2007 a par ailleurs confirmé une discrète protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1. De l'avis du médecin de l'OAIE, ce dernier diagnostic est également le seul qui puisse avoir une influence considérable sur la capacité de travail de l'assuré, les autres diagnostics, à l'instar du diabète sans complications ou de la HTA, n'ayant aucune incidence invalidante ou, dans le cas de l'état dépressif, n'étant pas suffisamment documentés. En ce qui concerne plus spécifiquement les pathologies psychiatriques, le Tribunal de céans relève que le dernier certificat de la Drsse G. _____ décrit un état pouvant avoir une influence sur la capacité de travail. Même si ce document a été produit après le prononcé de la décision entreprise, le diagnostic d'état dépressif avait déjà été relevé au cours de l'instruction en première instance et on ne saurait exclure qu'il s'agit des premières manifestations des atteintes dont souffre le recourant aujourd'hui de ce point de vue. Le Tribunal administratif fédéral ne peut non plus exclure que des investigations plus avancées auraient pu conduire, à l'époque déjà, à des conclusions différentes de celles auxquelles a abouti le Dr E. _____. Cela étant, le Tribunal de céans observe qu'en l'occurrence la prise de position du Service médical de l'OAIE, dans laquelle il est conclu en premier lieu à une capacité de travail entière du recourant dans une activité de substitution adaptée, n'apparaît pas suffisamment circonstanciée et il en va de même des prises de positions subséquentes de ce service. L'éventuelle influence de l'état dépressif sur la capacité de travail a été écartée puisque non suffisamment documentée et, de plus, l'éventuelle évolution vers une aggravation de la pathologie psychiatrique que semblent attester les documents médicaux produits après le prononcé de la décision n'a été aucunement abordée. Or, le Tribunal ne peut exclure d'emblée que les atteintes documentées au 25 juin 2008 par la Drsse G. _____ soient la manifestation d'une condition préexistante dont l'évolution eût pu être entrevue suite à des examens médicaux plus spécifiques. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agirait là, selon cette praticienne, de troubles de source artériopathique ayant leur origine dans le déséquilibre du diabète et donc de complications secondaires de celui-ci. En l'état donc, l'ensemble des pièces de nature médicale au dossier ne remplit pas les exigences posées par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). De l'avis du Tribunal de céans, l'OAIE se devait de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique du requérant afin de clarifier l'influence de son état de santé sur sa capacité de travail. En effet, une atteinte telle que l'état dépressif ne peut être écartée au motif qu'elle n'est ni documentée ni soignée. Aussi le Tribunal administratif fédéral ne peut-il se prononcer et se doit-il, en application de l'art. 61 PA, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'assureur afin qu'il établisse par tous moyens utiles, notamment d'expertises psychiatrique, rhumatologique et cardiologique à effectuer auprès des médecins des assurances sociales françaises ou éventuellement en Suisse, les informations nécessaires

à une évaluation de l'incapacité de travail de l'intéressé.

E. 12

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA, art. 6 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais de CHF 300.-- versée par le recourant lui sera remboursée. En vertu de l'art. 64 PA - applicable en l'espèce au sens de l'art. 53 al. 2 LTAF - et de l'art. 7 FITAF, la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. L'indemnité pour honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer à la partie recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 800.-- à charge de l'OAIE. (dispositif à la page 18)

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