

BVGer C-2244/2008 vom 22. Juli 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2244_2008

FR: TAF C-2244/2008 du 22 juillet 2009

IT: TAF C-2244/2008 del 22 luglio 2009

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, 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'assurance-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), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2.1

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. 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. 2.2

Le requérant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

E. 2.3

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans le délai imparti (cf. pce 8 TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 3

Le requérant est ressortissant d'une région de l'ex-Yougoslavie. Conformément à l'art. 2 de la Convention du 8 juin 1962 entre la Suisse et la République populaire de Yougoslavie relative aux assurances sociales, qui reste applicable dans toutes les régions de l'ancienne Yougoslavie, les ressortissants suisses et ceux de l'ex-Yougoslavie jouissent, sous réserve des dispositions de la Convention et de son Protocole final, de l'égalité de traitement quant aux droits et obligations résultant des dispositions des législations énumérées à l'article premier (RS 0.831.109.818.1).

E. 4

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser qu'à partir du 1er janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), 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). Par conséquent, le droit à la rente s'examine pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des nouvelles.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

E. 5.2

Un 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI [art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008]). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 28 al. 1ter LAI [art. 29 al. 4 LAI à partir du 1er janvier 2008]).

E. 6.1

Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, 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. 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 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 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 (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ou de l'actuel art. 17 LPG) doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF 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).

E. 6.2

L'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI, il dispose que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, dès le mois pour lequel la révision d'office était prévue.

E. 7.1

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 LPG, 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. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 7.2

En l'occurrence, le recourant a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er décembre 1998 et de trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004, ensuite de l'entrée en vigueur de la 4e révision de la loi sur l'assurance-invalidité. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 28 septembre 2004, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente (cf. pce 140), et ceux qui ont existé jusqu'au 4 février 2008, date de la décision litigieuse (pce 182).

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 juridique/économique et non pas 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16

LPGA). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin 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 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 8.2

L'art. 69 RAI 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 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 9.1

En l'espèce, en janvier 2000, le droit à la demi-rente a été reconnu au recourant en raison d'un syndrome cervico-brachial douloureux avec spondylarthrose, d'un syndrome lombaire douloureux, de tabagisme chronique avec bronchite chronique, d'obésité, ainsi que de troubles somatoformes douloureux. L'Office a en effet retenu une incapacité de travail de 50% et une perte de gain de 63%. Par décision du 12 mai 2003, au terme d'une première procédure de révision d'office, l'OAIE a confirmé le droit du recourant à cette prestation.

E. 9.2

Lors de la seconde procédure de révision initiée en février 2004, le certificat du 19 juin 2003 de la Dresse Labus, qui estime que le recourant est incapable de travailler en raison d'une hernie du disque L4-L5 et L5-S1, de cervicalgies et d'un trouble anxio-dépressif, a notamment été versé en cause. L'OAIE a, ensuite, octroyé au recourant trois-quarts de rente d'invalidité, en raison de l'entrée en vigueur de la 4e révision AI. La Commission fédérale de recours a toutefois estimé que le dossier n'avait pas été instruit à satisfaction, a annulé la décision sur opposition litigieuse et renvoyé la cause à l'Office afin qu'il effectue un nouvel examen orthopédique, psychique, neurologique et cardiologique. Celui-ci n'est jamais parvenu à obtenir les documents médicaux nécessaires de l'organisme de liaison de Belgrade. Le recourant lui-même a toutefois déposé au dossier les rapports des Drs Stojanovic, Madazarevic, Krstic, Djordjevic, Zivkovic et Jovanovic. Se fondant sur ces actes, l'OAIE a estimé que la capacité de travail de l'assuré est restée inchangée et qu'il présente toujours une invalidité de 63%. Au mois de janvier 2008, le rapport du Dr Labus-Randjelovic a encore été produit. L'Office, par décision du 4 février 2008, a confirmé le droit du recourant aux trois-quarts de rente. Le recourant a, pour sa part, avancé que l'OAIE a manqué à son devoir d'instruction et que la décision entreprise est dépourvue de motivation. Il a ainsi conclu à l'annulation de la décision attaquée.

E. 9.3

En l'espèce, l'autorité inférieure n'a pas obtenu la documentation médicale qu'elle avait sollicitée de l'organisme de liaison en Serbie. Il s'agit dès lors de savoir si les documents fournis par le recourant permettent, comme le soutient l'OAIE, de se forger une opinion d'une vraisemblance suffisante. Or, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, l'administration et le juge des assurances sociales s'assureront 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.). L'autorité de céans estime que la documentation médicale déposée au dossier par le recourant après le jugement de la Commission fédérale de recours est extrêmement succincte, qu'elle ne comporte en particulier pas d'anamnèse, que le contexte médical de l'assuré n'y est que peu décrit et que les appréciations médicales fournies des médecins sollicités sont ténues et très peu motivées. Seule l'attestation du 22 décembre 2006 du Dr Djordjevic est plus complète, mais celui-ci a expressément refusé de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré (cf. pces 263 ss). Il convient de relever, au demeurant, que certains médecins ont explicitement retenu le diagnostic de hernie discale, contrairement à l'opinion soutenue par le service médical de l'OAIE (cf. pces 260 s., 274, 284 s.). Ce dernier ne s'est, par ailleurs, déterminé que laconiquement sur le certificat du Dr Labus-Randjelovic, qui a pourtant conclu à une incapacité de travail de 80% du recourant. La documentation médicale sur laquelle s'est fondé l'OAIE est donc non seulement succincte mais aussi contradictoire. Au vu de ce qui précède, force est pour l'autorité de céans de constater qu'en l'état du dossier il ne saurait être valablement statué sur la situation clinique du recourant et l'incapacité de travail qui en découle.

E. 9.4

Le recours doit, partant, être partiellement admis, la décision du 4 février 2008 annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure diligentera, en particulier, une expertise orthopédique, neurologique, cardiologique et psychiatrique, qui pourra, en tant que de besoin, être effectuée en Suisse. Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire d'examiner le grief du recourant concernant la motivation de la décision attaquée, qui, à son avis, serait insuffisante.

E. 10.1

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est donc pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et l'avance de frais versée par le recourant lui est remboursée.

E. 10.2

L'art. 7 al. 1er du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. La mandataire du recourant conclut, en cas d'admission du recours, à l'allocation d'une indemnité de dépens de Fr. 3'000.- Il ne produit toutefois pas de note d'honoraires. Le Tribunal de céans peut dès lors statuer sur la base de son appréciation. En l'espèce, eu égard au travail accompli par le mandataire du recourant - qui a principalement consisté dans un recours de 9 pages -, l'autorité de céans alloue à la partie recourante une indemnité de Fr. 2'000.-, à la charge de l'autorité inférieure.