

# **BVGer C-2400/2008 vom 31. August 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2400\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2400_2008)

FR: TAF C-2400/2008 du 31 août 2010

IT: TAF C-2400/2008 del 31 agosto 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

### **E. 1.2**

En vertu de l'art. 3 let. dbis 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 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. 2.1**

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'accord, 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. 2.2**

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. 3.1**

Le recourant a déposé sa demande de prestations le 18 avril 2007. Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier au 27 février 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

## **E. 3.2**

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI 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 peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 18 avril 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 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

## **E. 4**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI dont l'état des faits à la base de cette disposition, à savoir la survenance de l'invalidité alléguée, s'est réalisé avant l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI le 1er janvier 2008). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (OAIE pce 1) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

### **E. 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 mesures de réadaptation exigibles.

### **E. 5.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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. 1ter LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

### **E. 5.3**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, in casu ressortissant de l'Union européenne, 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; voir 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).

### **E. 5.4**

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

### **E. 6.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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.

### **E. 6.2**

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

### **E. 7**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 8.1**

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).

### **E. 8.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice

afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 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 divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

### **E. 9.1**

En substance, l'administration, se fondant essentiellement sur l'avis de son service médical et les données contenues dans le rapport médical détaillé E 213 du 24 avril 2007 estime que l'assuré est inapte pour exercer une activité lourde, mais dispose par contre d'une capacité de travail dans une activité de substitution adaptée, ce qui exclut le droit à une rente. Le recourant estime pour sa part que l'ensemble des affections dont il est victime lui donne droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse.

### **E. 9.2**

Il est établi que le recourant présente une cardiopathie ischémique, - pour laquelle il a subi, le 30 avril 1996, un quadruple pontage coronarien -, ainsi qu'une double lésion aortique, une calcification de la valve aortique avec sténose et insuffisance. La situation est restée relativement stable depuis lors. L'intéressé a abandonné son travail de conducteur de pelles mécaniques dans la construction, mais a pu reprendre une activité professionnelle auprès de l'entreprise F.\_\_\_\_\_, S.L., à La Coruna, du 14 décembre 2000 au 23 septembre 2004 effectuant des travaux de pesage et de dosage à temps complet, soit 40 heures hebdomadaires, pour un salaire mensuel de EUR 1173.94.

### **E. 9.3**

Il ressort des pièces du dossier qu'aussi bien le médecin qui a rédigé le rapport médical détaillé E 213 (point B ci-dessus; OAIE pce 13) que les Drs Y.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE admettent que l'assuré n'est plus apte au travail physiquement lourd de conducteur d'engins de chantier et doit éviter la manipulation de charges. En effet, le médecin de l'institution sociale espagnole, dans son rapport E 213, a relevé que les

travaux lourds et dangereux, exposés aux températures froides, ainsi que ceux requérant l'emploi de rampes ou d'escaliers et les transports d'objets étaient à éviter; par contre, l'état de santé de l'assuré est compatible avec un travail administratif ou devant un écran, pouvant être effectué de manière autonome et à plein temps. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ note, dans sa prise de position médicale du 10 décembre 2007 comme diagnostic principal un status après pontage pour cardiomyopathie ischémique avec FE de 65% et comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail une valvulopathie mitro-aortique légère sans atteinte cardiaque fonctionnelle. Il conclut ainsi à une incapacité de travail de 70% dès le 11 avril 1996 dans l'activité habituelle et toute activité lourde et une capacité de travail totale dès le 11 juillet 1996 dans une activité de substitution adaptée (OAIE pce 17 et son annexe II). Dans sa prise de position du 24 juillet 2008, la Dresse K. \_\_\_\_\_ relève quant à elle que l'assuré présente une cardiopathie ischémique pour laquelle il a subi une intervention chirurgicale en 1996. La situation est restée stable depuis lors, sans autre événement cardiaque ni autre; il a pu reprendre une activité professionnelle qu'il a poursuivi pendant 4 ans, sans arrêt de travail prolongé. Actuellement, il est quasi asymptomatique, classe fonctionnelle NYHA I. Ce médecin relève qu'au vu des documents médicaux produits en cause, P. \_\_\_\_\_ est capable de poursuivre la dernière activité exercée, celle-ci étant de type administratif, et confirme la prise de position du 10 décembre 2007 du Dr Y. \_\_\_\_\_ (OAIE pce 22). En revanche, Les médecins ont unanimement admis une capacité de travail résiduelle significative (100%) dans la dernière activité effectuée ou tout autre activité adaptée, notamment de type administratif. Seul le Dr Z. \_\_\_\_\_ relève que l'assuré ne peut entreprendre une quelconque activité lucrative et conclut à une invalidité permanente entière. Cet avis ne peut toutefois être pris en compte; en effet, non seulement il provient du médecin traitant de l'intéressé, mais est en outre peu circonstancié et documenté - ne possédant ainsi pas une valeur probante suffisante selon les critères établis par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

#### **E. 9.4**

Dans le cas présent, l'autorité de céans n'a pas de motifs de s'écarter des conclusions concordantes du médecin inspecteur de la sécurité sociale espagnole et du service médical de l'autorité inférieure, fondées sur une analyse attentive des données médicales et résultats d'examens objectifs au dossier. Attendu qu'aucune péjoration de la pathologie existante ou la survenance de nouvelles atteintes n'ont été documentées jusqu'à la date de la décision litigieuse, ni même au cours de la procédure de recours devant l'autorité de céans, force est d'admettre en accord avec les médecins que les limitations fonctionnelles constatées sont tout à fait compatibles avec l'exercice d'une activité de substitution adaptée telle que proposées à temps complet. Le dossier médical est suffisant pour pouvoir statuer sur la période soumise à l'examen du Tribunal; une expertise complémentaire, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas. L'OAIE a procédé à l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale (OAIE pce 18). Comparant un salaire sans invalidité de Fr. 5'652.44 (salaire mensuel moyen en Suisse en 2006 d'un salarié de la construction avec des connaissances professionnelles spécialisées pour un horaire de 41.7 heures par semaine) à un salaire d'invalidité de Fr. 4'672.29 (moyenne des salaires mensuels moyens en Suisse en 2006 des salariés dans les branches de l'industrie manufacturière pour des activités simples et répétitives pour un horaire de 42 heures par semaine, abattues de 5% en raison des circonstances personnelles et professionnelles), l'assureur a calculé une perte de gain de 17.34%. L'OAIE a conclu que P. \_\_\_\_\_ subissait, du fait de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de gain de 17% dès le 11 juillet 1996. Ce calcul ne prête pas flanc

à la critique. Force est dès lors de constater que le taux d'invalidité de l'intéressé ne s'élève qu'à 17%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le fait que l'intéressé ait obtenu en Espagne une rente entière d'invalidité n'y change rien. Il est bon de préciser ici que, de jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas de l'appréciation de l'invalidité selon le droit suisse (RCC 1989 p. 330 consid. 2). Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que l'assuré n'ait pas mis en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). En effet, des facteurs tels que la formation professionnelle, l'âge ou un arrêt de travail prolongé, ne constituent pas de circonstances supplémentaires propres d'influencer l'étendue de l'invalidité (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et réf. cit.).

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

#### **E. 11**

Le recourant, qui succombe, devra payer l'émolument judiciaire relatif à la procédure fédérale et fixé à Fr. 400.-- (art. 63 al. 1 et al. 5 PA en relation avec l'art. 16 al. 1 let. a LTAF ainsi qu'avec les art. 1ss du règlement du 11 décembre 2006 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Cet émolument est compensé par l'avance de frais, d'un même montant. Quant à l'autorité inférieure, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

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