

BVGer C-2545/2012 vom 15. August 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2545_2012

FR: TAF C-2545/2012 du 15 août 2013

IT: TAF C-2545/2012 del 15 agosto 2013

Regeste

Droit à la rente

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), 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'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 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) et le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais requise par le Tribunal dans le délai imparti, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit définir les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 130 V 503, 125 V 413).

E. 3.1

Après la dislocation de la République fédérative de Yougoslavie, 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) est restée applicable pour toutes les régions de l'ex- Yougoslavie (ATF 126 V 198 consid. 2b, ATF 122 V 381 consid. 1). Par la suite, la Suisse a conclu avec plusieurs Etats issus de l'ex-Yougoslavie de nouveaux accords de sécurité sociale, comme en l'espèce avec la République de la Macédoine. Or, A. _____ étant ressortissant macédonien et résidant dans son pays d'origine (pce 7), la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Macédoine du 9 décembre 1999 (RS 0.831.109.520.1) trouve application dans le cas d'espèce. Selon l'art. 4 par. 1 de cette convention, lorsque celle-ci n'en dispose pas autrement, les ressortissants de l'un des Etats contractants, les membres de leur famille et leurs survivants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre Etat contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet Etat, les membres de leur famille et leurs survivants. L'accord ne comprenant aucune exception au principe d'égalité de traitement quant aux exigences à remplir pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité en Suisse et quant aux règles de procédure applicables, il convient donc de se référer exclusivement au droit suisse pour statuer sur la présente demande de prestations.

E. 3.2

Le requérant a déposé sa demande de prestations le 8 octobre 2009 (pce 6); celle-ci a été transmise à l'OAIE le 20 juin 2011 par le fond de l'assurance vieillesse et invalidité de la République de Macédoine dans un courrier daté du 22 février 2011. Or, la lenteur des autorités macédoniennes ne saurait en l'espèce préteriter les droits de l'assuré et il convient de prendre comme date de référence pour le dépôt de la requête celle du 8 octobre 2009 (arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5284/2009 du 10 février 2012 consid. 2.4 et C-2658/2010 du 20 avril 2011 consid. 4.2).

E. 3.3

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, soit en l'espèce le 11 avril 2012 (pro rata temporis; ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. Toutefois, au vu du dépôt de la demande datée du 8 octobre 2009, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive que les dispositions citées ci-après sont également celles en vigueur jusqu'à cette date.

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: être invalide au sens de la LPG et de la LAI (art. 8 LPG; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Or, en l'espèce, le requérant a versé

des cotisations à l'AVS/AI de janvier 1989 à avril 1997 (pce 5 et TAF pce 7) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

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. 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. Selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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, sous réserve de dispositions contraires d'une Convention interétatique (ATF 130 V 253). Or, en l'espèce, la réserve ressortant de l'art. 29 al. 4 LAI est confirmée par l'art. 5 par. 2 de la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République de Macédoine du 9 décembre 1999 qui stipule que les rentes ordinaires de l'assurance-invalidité suisse accordées aux assurés dont le degré d'invalidité est inférieur à 50% ainsi que les rentes extraordinaires et les allocations pour impotent de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse ne sont versées qu'aux personnes domiciliées en Suisse.

E. 5.3

La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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. 5.4

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 8 avril 2010 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 11 avril 2012, 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. 2.1 avec les réf).

E. 6.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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. 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 réf.).

E. 6.2

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

E. 7.1

En l'espèce, il est admis que A._____ souffre de cardiopathie ischémique chronique et d'hypertension artérielle; il ressort des documents médicaux que celui-ci a subi le 18 juillet 2006 un infarctus aigu du myocarde (IMA) traité par angioplastie et pose de stents (pces 9, 18, 22 et 23). De plus, l'assuré a présenté plusieurs arrêts de travail entre juin 2009 et avril 2010 (pces 13, 22 et 23) notamment en raison d'un accident du travail indéterminé, avant de cesser sa dernière activité de chauffeur poids lourd en septembre 2010 en raison de maladie cardiaque. L'assuré, se plaignant de douleurs poitrinaires et de fatigue (pce 18), a ainsi subi le 30 mai 2011 une coronographie et une nouvelle angioplastie de la coronaire droite (pces 15, 24, 26 et 31).

E. 7.2

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, les médecins traitants de l'assuré ne se prononcent pas sur l'influence de ses troubles cardiaques à cet égard, à l'exception du Dr J._____ dans un rapport médical non daté (pce 31, pp. 3 et 4), qui indique de manière vague que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré. D'autre part, il ressort du formulaire E 213 du 21 janvier 2011 établi par la commission pour l'évaluation de l'aptitude au travail du fond de l'assurance vieillesse et invalidité macédonienne que l'assuré présente une légère réduction de la fonction systolique globale du ventricule gauche. L'assuré se plaint de douleurs poitrinaires et de fatigue. Dès lors, les médecins concluent à une incapacité entière de travail dans sa dernière activité dans la construction, mais

l'estiment toutefois capable d'effectuer "les autres travaux correspondants au temps de travail complet n'exigeant pas un pénible travail de force, le soulèvement et le transport des fardeaux lourds" en raison d'une maladie depuis le 21 janvier 2011. De manière contradictoire, ces mêmes médecins relèvent en fin de rapport que "l'aptitude au travail du nommé est diminuée en mesure de 50%" (pce 9).

E. 7.3

A. _____ invoque être totalement incapable de travailler et conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'à l'octroi de prestations d'invalidité en raison de ses atteintes cardiologiques et ophtalmologiques (pces 30 à 32; TAF pces 1 et 16). Outre, plusieurs brefs rapports de ses médecins traitants et deux rapports hospitaliers (pces 15 et 24) faisant état d'intervention par angioplastie en juillet 2006 et mai 2011, le recourant invoque en procédure de recours souffrir également de troubles ophtalmologiques suite à une plaie perforante cornéenne à l'oeil gauche avec rupture du cristallin en mai 1996. Il verse en cause plusieurs rapports médicaux des 7, 10 et 14 mai 1996, ainsi que du 23 avril 1997 (TAF pces 1 et 3), dont il ressort que les interventions se sont déroulées sans complications et que l'assuré présente une vision de l'oeil gauche sans correction à 0.25 améliorable à 0.4. Il ressort d'un bref certificat du 25 janvier 2013 du Dr J. _____ que le recourant présente une perte de vue de 55% en raison d'une pseudophakie l'empêchant de travailler et notamment comme chauffeur (TAF pce 16).

E. 7.4

De son côté, l'OAIE retient (pces 29 et 34; TAF pces 7 et 18), sur la base de plusieurs prises de position de son service médical (pces 28 et 33; TAF pces 7 et 18), que l'assuré présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle de chauffeur poids lourd et toute autre activité sans travaux lourds ni port de charges de plus de 20 kg en raison d'une fonction systolique légèrement diminuée, eu égard au fait qu'il ne présente pas d'insuffisance cardiaque suite à l'angioplastie de la coronaire droite subie le 30 mai 2011 et son état étant stabilisé. S'agissant de l'atteinte ophtalmologique, le médecin de l'OAIE relève que celle-ci remonte à 1996 et n'a pas empêché l'intéressé de travailler jusqu'en 2010 ni n'a entraîné de problème de vision, l'assuré pouvant avec une vision de l'oeil gauche de 0.4 lire le journal malgré son implant cristallin (pseudophakie).

E. 8.1

En l'espèce, le Tribunal relève que les pièces médicales au dossier concernant l'atteinte cardiaque de l'assuré, notamment les suites de l'opération subie le 30 mai 2011 sont peu précises et lacunaires, souvent non datées ou illisibles. D'une part, il ressort des pièces au dossier que l'assuré a été mis en arrêt de travail plusieurs fois entre juin 2009 et avril 2010 suite à un accident du travail indéterminé, sans qu'il soit possible de déduire ce qui a justifié un arrêt de travail (pces 13, 22 et 23). Ensuite, les rapports des médecins traitants sont extrêmement brefs et se contentent de mentionner les diagnostics et status post opérations cardiaques sans aucunes autres indications temporelles ou concernant les conséquences de ses opérations sur la santé de l'assuré et sur sa capacité de travail. Les rapports hospitaliers faisant part de la dernière opération par angioplastie de l'assuré le 30 mai 2011 (pces 15 et 24), s'ils donnent quelques indications sur l'opération subie et reprennent les diagnostics de l'assuré, ne donnent pas d'informations sur l'évolution de la maladie cardiaque de l'assuré ni sur sa capacité à reprendre une activité professionnelle.

E. 8.2

Dans le cas d'espèce, seul le rapport détaillé du 21 janvier 2011 établi par les médecins du fond d'assurance invalidité macédonien prend position sur la capacité de travail de l'assuré et sur l'évolution de son atteinte cardiaque (pce 9), lorsqu'ils relèvent une légère réduction de la fonction systolique globale du ventricule gauche et l'absence de dérèglements significatifs au niveau du dernier test-stress coronaire. Toutefois, le Tribunal souligne que ce rapport date du 2 février 2011, soit avant la dernière opération cardiaque de l'assuré en mai 2011 et que, de plus, les conclusions des médecins s'agissant de la capacité de travail de l'assuré sont contradictoires, ceux-ci indiquant d'une part que l'assuré "n'est pas capable d'effectuer le travail prévu par son dernier poste de travail ni au temps de travail complet ni au temps de travail incomplet" et lui reconnaissent une aptitude à "effectuer les autres travaux de forces correspondants au temps de travail complet n'exigeant pas un pénible travail de force, le soulèvement et le transport de fardeau lourds." Toutefois, ils indiquent également que "l'aptitude du nommé est diminuée en mesure de 50%" (pce 9, pp.2 et 3).

E. 8.3

D'une part, il apparaît que les troubles ophtalmologiques allégués par l'assuré remontent à 1996 et n'ont pas entravé sa capacité de travail jusqu'alors. Ainsi, il apparaît au Tribunal que l'avis du service médical de l'OAIE peut être suivi à cet égard, dès lors que l'assuré n'a pas amené un rapport médical d'un spécialiste, mais un très bref rapport de son médecin généraliste qui déclare que sa vision à gauche est entravée à 55% sans autres résultats d'examen venant contredire les appréciations faites en 1996 et 1997 dont il ressort que l'assuré ne présente pas de limitations particulières.

E. 8.4

D'autre part, le Tribunal de céans, constate que le dossier est clairement lacunaire au niveau de l'évolution de l'atteinte cardiaque de l'assuré, car se basant sur des pièces médicales ne présentant pas la valeur probante nécessaire (cf. jurisprudence du TAF sous consid. 6.1), eu égard à leur caractère succincts, imprécis et contradictoires. Force est ainsi au Tribunal de constater que les pièces médicales au dossier ne lui permettent pas de se prononcer sur l'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré. L'autorité inférieure, au vu notamment du E 213 contradictoire et ne prenant pas en compte les troubles cardiaques de l'assuré intervenus en mai 2011, aurait ainsi dû requérir des informations complémentaires dans le cadre de cette procédure, afin d'établir clairement pour quelles raisons l'assuré a été mis en arrêt de travail le 19 juin 2009 et quelles ont été les suites de l'opération par angioplastie subie par l'assuré le 30 mai 2011.

E. 8.5

Ainsi, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'autorité inférieure complètera l'instruction en ordonnant une expertise cardiologique sur la personne de l'assuré, ainsi que tout autre examen qu'elle estimera nécessaire. L'autorité inférieure établira précisément les diagnostics à retenir pour l'assuré au niveau cardiaque, ainsi que l'existence d'une éventuelle incapacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur poids lourd et dans des activités de substitution, en précisant pour quelles périodes. L'OAIE complètera l'instruction par tous les moyens nécessaires à l'établissement des faits, en

premier lieu en recherchant des informations supplémentaires auprès des médecins spécialistes traitants de l'assuré.

E. 9

A. _____ ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement. Le recourant, ayant agi sans être représenté et n'ayant pas fait valoir de frais de défense particuliers, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF; RS 173.320.2]).

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