

BVGer C-2633/2013 vom 20. November 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2633_2013

FR: TAF C-2633/2013 du 20 novembre 2013

IT: TAF C-2633/2013 del 20 novembre 2013

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues par l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, 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 prises par l'OAIE.

E. 1.1

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.2

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. 1.3

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 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). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit

pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis; ATF 130 V 445, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 3

L'intéressé est un ressortissant suisse et canadien domicilié au Canada.

E. 3.1

La Suisse et le Canada ont conclu le 24 février 1994 une convention de sécurité sociale (Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Canada du 24 février 1994, ci-après: la Convention, RS 0.831.109.232.1). Selon l'art. 4 al. 1 de la Convention, les ressortissants canadiens sont soumis aux obligations et admis au bénéfice de la législation suisse dans les mêmes conditions que les ressortissants suisses. Selon l'art. 6 de la Convention, toute personne qui exerce une activité lucrative salariée sur le territoire de l'un ou des deux Etats est soumise, en ce qui concerne cette activité, uniquement à la législation concernant l'assurance obligatoire de l'Etat où elle exerce son activité.

E. 3.2

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. Inversement, les rentes supérieures à ce taux peuvent être versées aux assurés domiciliés à l'étranger.

E. 3.3

Aussi bien selon la Convention que selon le droit interne suisse, l'intéressé remplit les conditions d'octroi d'une rente. Dans un cas comme dans l'autre, le droit suisse régit au surplus l'octroi de la rente en ce qui concerne tant l'évaluation de l'invalidité que le moment de la naissance du droit à la rente.

E. 3.4

Pour ce qui est du droit interne, les modifications consécutives à la 6ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2012, trouvent également application en l'espèce, étant précisé que les nouvelles normes n'ont pas apporté de changements par rapport à l'ancien droit quant à la question de la naissance du droit à la rente qui est litigieuse en l'espèce.

E. 4.1

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 LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

E. 4.2

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (not. pces 50 et 101) et remplit donc la condition de durée minimale de cotisation. Il reste à examiner s'il est invalide.

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.

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% 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 5.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. 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. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

E. 6.1

Le recourant a travaillé et cotisé aux assurances sociales suisses à ce titre, de 1975 à 1977 et de 1980 à 2008 (not. pces 50 et 101). Dès le mois de septembre 2008, il n'a plus travaillé à cause de ses diverses pathologies.

E. 6.2

La notion d'invalidité telle qu'elle résulte de l'art. 8 LPGGA et de l'art. 4 LAI est de nature économique et juridique, et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Autrement dit, l'assurance-invalidité couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non l'atteinte à la santé en tant que telle. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est ainsi fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGGA aux termes duquel 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. 6.3

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).

E. 7

L'autorité inférieure a retenu une incapacité de travail totale dès la première intervention (en lien avec les atteintes oncologiques) et jusqu'à six mois après la seconde opération (en lien avec les problèmes cardiologiques). Par la suite, dès le 1er janvier 2011, une capacité de travail diminuée à 50% a été reconnue, en évitant le port de charges et une cadence trop soutenue. Le recourant ne conteste pas cette appréciation de son incapacité de travail et de son taux d'invalidité, de sorte que l'autorité de recours n'a aucune raison de discuter ce point plus avant.

E. 8.1

Seule demeure la question de la naissance du droit à la rente. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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. Le législateur a prévu ce dispositif afin d'encourager les assurés à déposer leur demande de prestations le plus tôt possible. Il s'agissait ainsi d'inciter les assurés à préserver leur droit à la rente et de permettre aux offices de l'assurance-invalidité d'intervenir à un stade précoce pour mettre en oeuvre des mesures de réadaptation (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI], FF 2005 p. 4215 ss, spéc. p. 4290). Si un assuré dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son arrêt de travail, il s'agit d'une demande tardive; il perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard.

E. 8.2

Selon le chiffre 2028 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, si l'assuré ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou s'il a été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure (par exemple lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'il présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où il a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement. Dans ce cas, les prestations sont accordées à l'assuré dès le moment où toutes les conditions sont objectivement réalisées pour le droit à la rente.

E. 8.3

En l'espèce, le recourant s'est vu diagnostiquer un adénocarcinome du colon en septembre 2008 et a subi une résection aortique en juin 2010 (pce 83). Il a déposé sa demande au plus tôt le 4 octobre 2011 (pce 1). Son droit à une rente a donc pris naissance le 1er avril 2012. Sans remettre en cause la gravité des atteintes que le recourant a connues, rien ne saurait justifier objectivement un tel retard dans le dépôt de sa demande. Le recourant invoque un état psychologique qui l'aurait empêché d'agir, mais il ne produit aucune pièce, ni aucune argumentation, susceptible de démontrer que cet état était tel qu'il le mettait hors d'état de sauvegarder ses droits. De plus, sa demande date de bien plus de six mois après son premier diagnostic oncologique (septembre 2008), et même plus de six mois après son retour à une

capacité de travail de 50%. Le recourant ne remplit ainsi aucune des exceptions admises. Sa demande était tardive et il perd son droit à la rente pour la période allant de septembre 2008 au 31 mars 2012. La décision querellée doit donc être confirmée et le recours rejeté.

E. 9.1

Le recours, manifestement infondé, peut être rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 69 al. 2 LAI qui renvoie à l'art. 85bis al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

E. 9.2

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 400 francs, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais de 446 francs dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. Le solde de 46 francs lui est reversé sur le compte bancaire qu'il aura indiqué, une fois le présent arrêt entré en force.

E. 9.3

Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]). (Le dispositif figure à la page suivante.)

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