

BVGer C-2704/2011 vom 9. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2704_2011

FR: TAF C-2704/2011 du 9 novembre 2012

IT: TAF C-2704/2011 del 9 novembre 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

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

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

En l'espèce, le recourant, ressortissant portugais, est domicilié dans un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), 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), 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) sont applicables (art. 80a LAI).

E. 3.2

Le recourant a déposé sa demande de prestations le 24 août 2007 (pce 1). Le droit applicable étant déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. 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. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Eu égard à l'art. 48 al. 2 LAI, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 24 août 2006 ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 22 mars 2011, 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. 3.3

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, doit cumulativement être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total. Or, le recourant ayant versé des cotisations AVS/AI en suisse de 1988 à avril 2007 (pce 62), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisation. Par conséquent, il reste à examiner s'il peut être qualifié d'invalide au sens de la LAI.

E. 4.1

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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle, n'est pas assurée. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], chiffre 1021).

E. 4.2

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. 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]).

E. 4.3

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; méthode générale). 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

Dans la présente occurrence, il est établi que le recourant souffre, d'une part d'un trouble dépressif récurrent présent depuis 1980, s'étant aggravé en 2005 à la suite du décès d'un proche, d'autre part, de cervico-brachialgies, de lombalgies, d'une discrète protrusion en L3-L4 et L4-L5, avec prédominance à gauche et d'un rétrécissement en C5-C6, ainsi que de gonarthrose naissante, de coxarthrose naissante et de séquelles d'une rupture du tendon d'Achille (novembre 2009) (pces 5 à 7, 41, 36, 43, 56). Reste litigieuse dans le cas d'espèce, premièrement, la question de la gravité du trouble dépressif du recourant et de son influence sur sa capacité de travail, et, deuxièmement, la question de l'existence d'atteinte neurologique (dénervation des myotomes en C5-C6, L4-L5), ainsi que de l'influence des troubles radiologiques naissants ou modérés de l'assuré sur sa capacité de travail dans son activité habituelle de concierge ou dans des activités de substitution.

E. 6.1

Concernant le trouble dépressif du recourant, récurrent depuis 1980, le Tribunal remarque que l'intéressé a déjà subi en 1995 un épisode plus marqué, ainsi qu'en 2005 suite au décès d'un proche. A cet égard, il ressort du rapport médical du 23 mars 2007 du Dr B. _____ que le trouble dépressif de l'assuré était alors stabilisé et traité par antidépresseurs (pce 40), puis que l'assuré ne souffrait plus que de tristesse en juin 2008 (cf. formulaire E 213 du 27 juin 2008; pce 9). Toutefois, au vu du rapport médical du 6 février 2010 de la Dresse I. _____, le recourant semble traverser un épisode dépressif marqué, toujours lié au décès de sa fille, avec déficit cognitif entraînant une incapacité de travail totale à ce titre (pce 42), avis corroboré par le formulaire E 213 du 22 avril 2010 (pce 43). Dès lors, au vu des différences d'appréciations concernant l'évolution et la gravité de la dépression du recourant, apparemment évolutive (marquée en 2005, stabilisée en 2007, absente en 2008, puis à nouveau marquée en 2010), il était justifié d'ordonner une expertise psychiatrique.

E. 6.2

A ce propos, le Tribunal remarque que le service médical de l'OAIE se fonde sur une expertise pluridisciplinaire - rhumatologique, psychiatrique et neurologique - de 18 pages, prenant en compte les antécédents de l'assuré, reposant sur une étude complète et circonstanciée de sa situation médicale, ne contenant pas d'incohérence et aboutissant à des conclusions claires et motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Il n'y a,

partant, aucune raison de ne pas y accorder foi. En effet, selon la jurisprudence, le juge des assurances ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.). Ce d'autant que les certificats médicaux produits par le recourant en procédure d'opposition (cf. pces 27 et 42), bien que confirmés par le formulaire E 213 du 22 avril 2010 (pce 43) et le rapport médical du 6 février 2010 de la Dresse I._____, (pce 42), soit ne font pas état du degré de gravité du trouble dépressif du recourant, soit ne mentionnent pas clairement le début des épisodes dépressifs aggravés de celui-ci ou encore ne se prononcent pas sur l'évolution ou la durée de ce trouble, ni sur les traitements entrepris et leur effets. De plus, le Tribunal de céans souligne que les rapports médicaux produits en procédure de recours par le recourant, soit n'évoquent pas de trouble psychique (cf. le rapport médical du 1er septembre 2011 du Dr O._____), soit ne se prononcent pas sur la gravité du trouble dépressif du recourant (cf. le rapport médical du 29 août 2011 de la Dresse P._____; TAF pce 7).

E. 6.3

Dès lors, au vu du caractère labile et évolutif du trouble dépressif du recourant, fonctionnant par épisodes, ressortant des pièces médicales au dossier, les conclusions concernant le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire du 3 novembre 2010, ayant pleine valeur probante, indiquant un trouble dépressif récurrent, actuellement en épisode léger sans troubles cognitifs, n'entraînant pas d'incapacité de travail durable, apparaissent plausibles au Tribunal et ne sauraient être remises en cause par les autres rapports médicaux au dossier par trop succincts ou incomplets. Ainsi, au vu de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire des Dr K._____, L._____ et M._____, le Tribunal retient, à l'instar de l'autorité inférieure et de son service médical, que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail à ce titre. De plus, au vu des atteintes somatiques de l'intéressé, la capacité de travail de celui-ci doit être appréciée globalement et non uniquement d'un point de vue psychiatrique; or, seul l'expertise bidisciplinaire du 3 novembre 2010 permet une appréciation de la capacité de travail globale du recourant.

E. 7.1

S'agissant de l'existence d'atteintes neurologiques chez le recourant, il ressort premièrement d'un rapport neurophysiologique du 2 septembre 2008 (pce 13) que celui-ci souffrait alors de dénervation chronique des myotomes en L4 à gauche (accentuée) et en L5 à gauche (sévère), touchant les membres inférieurs; toutefois, selon les formulaires E 213 des 27 juin 2008 et 22 avril 2010 (pces 9 et 43), l'intéressé ne présentait pas de limitation de la mobilité de la colonne vertébrale ou des membres supérieurs et inférieurs. De plus, il ressort d'un nouvel examen (ENMG), effectué le 3 novembre 2010 dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire (pce 56), que le recourant ne présente pas de signes significatifs d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des muscles au niveau des deux membres supérieurs et inférieurs; dès lors, les experts ne relèvent pas d'atteinte neurologique objectivable expliquant les troubles sensitivomoteurs dont se plaint l'intéressé (p. 14) et, écartant les conclusions de l'examen similaire effectué au Portugal du 2 septembre 2008 (p. 15), ne retienne pas d'incapacité de travail à ce titre, notamment eu égard au fait qu'il n'ont pas relevé lors de l'examen clinique une limitation significative de la mobilité du rachis cervico-lombaire ou de limitation à la marche.

E. 7.2

Enfin, le Tribunal relève qu'il ne saurait préférer à une expertise globale pluridisciplinaire, fournie, claire et cohérente (cf. consid. 6.2) les certificats médicaux des médecins traitants du recourant produits dans le cadre de la présente procédure (cf. les certificats médicaux des Drs O. _____ et P. _____ des 29 août et 1er septembre 2011; [TAF pce 7]), ainsi que dans le cadre de la procédure d'opposition (cf. le certificat médical du Dr H. _____ du 26 juin 2009 [pce 27] et le formulaire E 213 du 22 avril 2010 [pce 43]); en effet, ceux-ci, sont soit extrêmement succincts (une page) ou ne contiennent qu'une liste de diagnostics, sans mention de limitations fonctionnelles et sans véritables explications quant au taux d'incapacité de travail retenu ou même, pour certains, sans appréciation de la capacité de travail (cf. le certificat médical de la Dresse P. _____ susmentionné). En particulier, on ne saurait déterminer sur quelle base (somatique ou psychiatrique) une incapacité de travail de respectivement 70% (cf. le certificat médical du 1er septembre 2011 du Dr O. _____ [TAF pce 7]) ou 100% (cf. le certificat médical du Dr H. _____ [pce 27] et le formulaire E 213 du 22 avril 2010 [pce 43]) est retenue par les différents médecins traitants. Ainsi, après examen, il ressort que les certificats médicaux versés en cause par le recourant ne remplissent nullement les conditions jurisprudentielles indispensables pour présenter une valeur probante suffisante (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.) et ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire effectuée dans le cadre de la procédure, justement afin d'apprécier globalement l'état de santé et la capacité de travail résiduelle du recourant.

E. 7.3

Concernant l'influence des atteintes radiologiques du recourant sur sa capacité de travail, il ressort de l'expertise qu'elles sont modérées (gonarthrose, coxarthrose arthrose naissante des doigts), ce qui est confirmé par le rapport médical de la Dresse P. _____ du 29 août 2011 et les résultats radiologiques au dossier (pce 5; TAF pce 7). De plus, le Tribunal relève que les experts ont pris en compte les troubles du rachis cervical et lombaire de l'assuré en retenant des limitations fonctionnelles en conséquence; dès lors au vu du caractère peu probant des certificats des médecins traitants (cf. consid. 7.2), le Tribunal ne saurait s'écarter des conclusions de l'expertise reprises par le service médical de l'OAIE.

E. 7.4

Dès lors, le Tribunal retient, à l'instar de l'autorité inférieure, que le recourant est apte à travailler à temps plein, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle de concierge, ou dans d'autres activités respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées. Ainsi, il ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse.

E. 8

Partant, le recours du 3 mai 2011 étant manifestement infondé, il doit être rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85bis al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

E. 9

Les frais de procédure par Fr. 400.-- 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 déjà fournie le 15 septembre 2011 (TAF pces 4 à 6). Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 1 et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais 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.