

BVGer C-2764/2011 vom 22. Dezember 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2764_2011

FR: TAF C-2764/2011 du 22 décembre 2011

IT: TAF C-2764/2011 del 22 dicembre 2011

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. 3.1. 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). En l'espèce, dès lors que le requérant fait valoir être victime d'une atteinte incapacitante à partir du 6 novembre 2008 (pce 10 p. 2 n° 4) et que la demande y afférente a été déposée le 6 juin 2010 (pce 1 p. 7), le droit à des prestations doit donc être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2010 du 1er juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5552/2008 du 30 août 2010 consid. 3.5). 3.2. 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 6 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. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le requérant avait droit à une rente le 9 décembre 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 4 avril 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. 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, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5

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. 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

E. 6

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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. 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, 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). 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

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. 9

En l'espèce, il est admis que le recourant souffre de lombalgies mécaniques et de gonalgies à droite. Le litige porte sur les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail, singulièrement sur le point de savoir si l'assuré présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. 10.1. Dans un rapport médical E 213 du 12 juillet 2010, faisant suite à un examen du recourant en date du 23 juin 2010, la Dresse C. _____ pose les diagnostics de hernie discale L3-L4 avec épisodes de lombosciatalgies à droite sans radiculopathie, de méniscectomie droite en 1987, de déchirure du ménisque interne en 2008 et d'arthropathie dégénérative (pce 17 p. 8 n° 7). Elle fait état d'un patient sans trouble cognitif (doc 17 p. 3 n° 4.1) avec une mobilité complète au niveau de la colonne vertébrale et sans limitation fonctionnelle au niveau des membres supérieurs et inférieurs (pce 17 p. 5 n° 4.8). Elle précise toutefois la présence chez l'assuré de lombalgies mécaniques et de gonalgies à droite avec une bonne fonctionnalité et relève que le patient est limité médicalement pour ce qui est de courir, de se déplacer sur des terrains irréguliers ou pour des activités requérant une surcharge lombaire intense en période d'accentuation des douleurs (pce 17 p. 8 n° 8). Elle conclut que l'intéressé est en mesure d'exercer une activité mi-lourde à temps complet et que les restrictions fonctionnelles retenues ne font pas obstacle à ce qu'il continue d'exercer sa profession habituelle de maçon à 100% ou tout autre travail adapté. Par la suite, cette évaluation est corroborée par la prise de position du 8 janvier 2001 établie par le Dr D. _____, de l'OAIE, qui exclut une incapacité de travail significative de l'intéressé dans l'activité maçon (pce 20). 10.2. Cela étant, force est de constater que les autres rapports médicaux versés au dossier - par ailleurs tous antérieurs au rapport E 213 précité et étant pour la plupart trop anciens (cf. supra let. B) - ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré et ne contiennent aucun élément suffisamment pertinent pour remettre en cause les avis retenus par les Drs C. _____ et D. _____ qui satisfont aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 8). Dans ce contexte convient d'apporter les précisions qui suivent. 10.2.1. Sur le plan somatique, la Dresse E. _____, dans un rapport du 29 décembre 2008 (pce 14 établie suite à la réalisation d'un électromyogramme [ci-après EMG]), retient une radiculopathie chronique L3 et L4 droite de degré sévère avec signes modérés de réactivation. Ce constat est repris, en tant qu'un diagnostic parmi d'autres, dans un rapport médical succinct du 14 mai 2010 (pce 16), dans lequel la Dresse F. _____ se réfère expressément à l'EMG précité

du 29 décembre 2008. Ces indications médicales ont amené la Dresse C. _____, suite à l'examen personnel de l'assuré le 23 juin 2010, à procéder à des investigations complémentaires en mettant en oeuvre la réalisation d'un nouvel EMG en date du 30 juin 2010 (pce 17 p. 7). Celui-ci a mis en évidence une radiculopathie chronique de type moteur au niveau L4 droit d'intensité légère sans signe de déambulation (pce 17 p. 6 n° 5.6 et p. 13) et sans signe clinique actuel (pce 17 p. 5 n° 4.8.3). Compte tenu de ce résultat rassurant, le Tribunal de céans ne voit pas de motif suffisamment probant pour conclure que, dans la période déterminante courant du 9 décembre 2010 au 4 avril 2011 (cf. supra consid. 3.2), la radiculopathie aurait eu une incidence significative sur la capacité de travail de l'intéressé, d'autant que les constats cliniques retenus par la Dresse C. _____ dans le rapport médical E 213 du 12 juillet 2010 dont la pertinence n'est par ailleurs nullement contestée par l'assuré ne font part ni de limitations fonctionnelles au niveau de l'appareil locomoteur, ni de déficits neurologiques (pce 17 p. 5 n° 4.8), qu'il est expressément indiqué dans ce document qu'actuellement le recourant ne suit aucun traitement médical (pce 17 p. 2 n° 3.3) et que l'assuré lui-même, dans son mémoire du 4 mai 2011, relève qu'il ne souffre pas de radiculopathie (pce TAF 1 p. 3 n° IV). Il en va de même des gonalgies à droite, la Dresse C. _____ constatant une mobilité conservée sans déficit fonctionnel dans les membres inférieurs (pce 17 p. 5 n° 4.8.3).

10.2.2. Sur le plan psychique, on observe que la Dresse F. _____, dans le rapport précité du 14 mai 2010 (pce 16) retient aussi un trouble de l'adaptation, actuellement sans traitement. Or, rien au dossier ne permet de retenir un caractère incapacitant de cette atteinte, d'autant que le diagnostic en question n'est pas repris dans le rapport E 213 (cf. pce 17 p. 3 n° 4.1 et p. 8 n° 7) et que l'assuré qui lui-même ne fait pas valoir une telle affection (pce TAF 1 p. 3-4) ne suit aucun traitement psychiatrique (pce 17 p. 2 n° 3.3).

10.3. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal administratif fédéral ne peut que se rallier à l'avis des Drs C. _____ et D. _____ qui ont procédé à un examen circonstancié de l'assuré et retiennent de façon convaincante une capacité de travail entière de ce dernier autant dans son activité habituelle que dans un travail adapté.

10.4. Le recourant se prévaut également du fait que les autorités de sécurité sociale espagnoles lui auraient reconnu une incapacité permanente totale dans sa profession de maçon par décision du 14 juillet 2010 (mémoire de recours du 12 mai 2011 [pce TAF 1 p. 3 n° IV]) et semble en inférer le droit à une rente d'invalidité à ce titre. Cette argumentation ne lui est également d'aucun secours. En effet, d'une part, il ne produit aucun moyen de preuve y relatif de nature tant administrative que médicale pour étayer ses dires, quand bien même la nature du litige aurait dû l'inciter à procéder de la sorte. Dans ce contexte, on rappellera que le principe inquisitoire valable en droit des assurances sociales est limité par le devoir des parties de collaborer à l'administration des preuves dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, faute de quoi elles risquent de supporter les conséquences de l'absence de preuve (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3), étant précisé que les simples allégations d'un assuré n'ont pas valeur probante lorsque celles-ci ne sont pas étayées par de la documentation médicale concordante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_568/2011 du 11 novembre 2011). D'autre part, il sied de souligner que, conformément aux dispositions topiques et à la jurisprudence, les constatations d'une administration étrangère quant à l'invalidité d'un assuré ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V

253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant relevé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72). Or, comme on l'a vu (cf. supra consid. 10.1 s.), aucun élément suffisamment probant sur le plan médical ne permet de douter des avis des Drs C. _____ et D. _____ quant à l'exigibilité de la profession de maçon de la part de l'assuré, d'autant que le dernier employeur de l'intéressé a confirmé que celui-ci était en mesure d'effectuer sa profession habituelle malgré ses atteintes à la santé et limitations (cf. questionnaire à l'employeur du 22 octobre 2010 [doc 11 p. 2 n° 7 et 8]). Quoiqu'il en soit, on précisera que même si l'on retenait à titre hypothétique que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer la profession de maçon dans la période déterminante, ce point ne serait pas déterminant pour l'issue de la cause. En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et 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. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1). Or, en l'occurrence, rien au dossier ne permet de penser que, pour le moins, l'assuré ne serait plus à même d'accomplir de façon régulière une activité légère (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 392/06 du 13 mars 2007 consid. 5 concernant un assuré souffrant de radiculopathie d'intensité moyenne à sévère). Il conviendrait ainsi de procéder à une comparaison des revenus (cf. à ce sujet supra consid. 6) et il apparaîtrait que l'assuré ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. En effet, il se justifierait en l'espèce de déterminer les revenus avec et sans invalidité sur la base des données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; sur la jurisprudence y relative cf. parmi d'autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6814/2009 du 9 mai 2011 consid. 10.5.2 et les références citées) en 2010 (moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt [cf. supra consid. 3.2]). Le revenu de valide le plus favorable au recourant serait le salaire moyen d'un employé travaillant dans la catégorie "construction", niveau de qualification 3 (requérant des connaissances spécialisées), à savoir Fr. 5'944.- pour 40 h./sem. et Fr. 6'226.34 pour 41.9 h./sem. (temps de travail usuel dans la branche selon l'ESS), étant précisé que, compte tenu de l'absence de formation professionnelle de l'assuré (cf. pce 10 p. 1 n° 2), il conviendrait en principe de se référer au niveau de qualification 4 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_993/2010 du 2 décembre 2011 consid. 4.4.1). Le revenu d'invalidité correspondrait à celui du niveau 4, toute profession confondue, soit Fr. 4'901.- pour 40 h./sem. et Fr. 5'084.79 pour 41.5 h./sem (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_938/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5.2). Or, même avec ces paramètres tout à l'avantage de l'assuré, il apparaîtrait que celui-ci n'atteint pas un degré d'invalidité suffisant pour avoir droit à une rente ($(\{6'226.34 - 5'084.79\} \times 100) : 6'226.34 = 18.33\%$).

E. 11

Eu égard à ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté. Celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85bis de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

E. 12

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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