

BVGer C-2805/2008 vom 28. Oktober 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2805_2008

FR: TAF C-2805/2008 du 28 octobre 2010

IT: TAF C-2805/2008 del 28 ottobre 2010

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause

E. 1.2

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. 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

Le recourant 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 (art. 80a de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, 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. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71).

E. 2.2

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). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que 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 (cf. notamment nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI [4ème révision], entrée en vigueur le 1er janvier 2004) et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application du nouveau droit en vigueur à partir du 1er janvier 2008 n'aurait en l'espèce aucune incidence sur l'issue de la cause (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_972/2009 du 27 mai 2010, en particulier le consid. 5.6.1, concernant la non-application de l'art. 31 LAI dans les cas où le salaire avec invalidité se réfère aux données statistiques de l'enquête portant sur la structure des salaires suisses et non sur un salaire effectivement réalisé; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions de la LAI citées dans le présent arrêt sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 3.1

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 art. 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. 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).

E. 3.2

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 (art. 28 al. 1 LAI). Il est le lieu de préciser que, avant l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 662/3% au moins, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

E. 3.3

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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). 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).

E. 4.1

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 283 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, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 4.2

Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. 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 les références citées).

E. 5

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 6

En l'espèce, l'administration, faisant suite au changement législatif introduit par la 4ème révision de la LAI (cf. supra consid. 3.2), a, d'une part, remplacé la demi-rente de l'assuré versée jusqu'alors par $\frac{3}{4}$ de rente pour la période courant du 1er janvier 2004 au 31 mai 2008 et, d'autre part, supprimé cette prestation à partir du 1er juin 2008 par voie de révision. Le premier point n'étant pas contesté, le litige porte uniquement sur la suppression de la rente du recourant.

E. 7.1

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA (v. aussi l'ancien art. 41 LAI; arrêt du Tribunal fédéral I 561/05 du 31 mars 2006), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision (BGE 125 V 368 E. 2). Le droit à la rente peut par conséquent être modifié non seulement en cas de changement sensible de l'état de santé mais aussi pour d'autres raisons telle qu'une modification de la capacité de travail médico-théorique dans le cadre d'un état de santé resté identique, une modification significative des revenus de valide ou d'invalides ou un changement de la répartition des tâches lors d'un taux d'invalidité calculé sur la base de la méthode mixte (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit.).

E. 7.2

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où a été rendue la décision

qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente par décision du 27 novembre 1997 et aucune décision examinant matériellement le droit à la rente n'a été rendue jusqu'au prononcé de la décision entreprise. Par conséquent, la question de savoir si le degré d'invalidité a subi une modification significative doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient le 27 novembre 1997 et le 26 mars 2008, date de la décision attaquée.

E. 8

L'assuré estime que son état de santé ne s'est aucunement amélioré depuis l'octroi d'une demi-rente en 1997. Bien plutôt la situation se serait aggravée avec l'apparition de diabète fin 2005 et la nécessité de procéder à deux angioplasties en juin 2008. L'autorité inférieure ne partage pas cet avis en mettant en avant qu'une détérioration de l'état de santé de l'assuré subséquente au prononcé de la décision attaquée n'est pas déterminante pour la résolution de la présente affaire. Pour le reste, elle se base essentiellement sur les conclusions de l'expertise du Dr J. _____ datée du 30 novembre 2007 (doc 139 relatif à un examen de l'assuré en date du 8 mai 2007) et sur les prises de position de son service médical. Ainsi, l'expert susmentionné pose les diagnostics de maladie coronarienne (angioplastie avec pose de Stent en 1995 et angioplastie en 2000), de diabète type II découvert en 2004, insulino-traité depuis janvier 2006 et d'hypercholestérolémie traitée. Il relève que l'assuré fait part de peu de plaintes spontanées et dit se sentir bien. Il conclut que, dès le 1er mai 2007, l'assuré était apte à travailler dans un métier léger adapté, ne comportant pas le port de charges lourdes et qu'il était préférable qu'il renonce à la conduite de véhicules de transport professionnels. Pour sa part le Dr F. _____, du SMR, se rallie à l'évaluation de l'expert. Il retient notamment que l'intéressé ne présente plus de limitations fonctionnelles notables après le traitement au coeur et suite à l'examen cardiaque rassurant effectué en mars 2005. Il s'ensuit que, depuis 2007 au moins, une activité à temps complet était exigible de sa part tandis que, en 1966 (recte: 1996), l'atteinte cardiaque expliquait le taux de 50% retenu alors (cf. notamment prise de position du 9 janvier 2008 [doc 141] et 30 septembre 2008 [pce TAF 17 p. 5]).

E. 9

Selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_736/2009 du 26 janvier 2010 consid. 2.1 et les références; 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 4.4 s.; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2169/2008 du 9 août 2010 consid. 3.3). Or, dans la présente affaire, il appert que le Dr C. _____, cardiologue traitant de l'assuré, a retenu de façon conséquente que ce dernier souffrait d'une maladie coronarienne depuis 1995 entraînant une incapacité de travail de 40-60% dans toute profession (rapports des 7 novembre 2002 [doc 69 p. 1-2], 2 septembre 2005 [doc 98-100], 16 novembre 2006 [doc 118 p. 1-2]; voire également le rapport du 7 mars 2005 établi par le Dr D. _____ [doc 94 p. 3]). Or, face à ces prises de position constantes émanant d'un spécialiste, force est de constater que l'administration ne peut se fonder sur aucune appréciation contraire émanant d'un cardiologue et prenant position sur la capacité de

travail de l'assuré. Ainsi, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne auquel la mise en oeuvre d'une expertise a été confiée, ne disposait d'aucune spécialisation dans le domaine concerné et n'a pas demandé les services d'un cardiologue pour compléter les examens objectifs. Par ailleurs, il appert que l'expertise du 30 novembre 2007 ne remplit manifestement pas les exigences jurisprudentielles en la matière. En effet, d'une part, comme le relève à juste titre le recourant, le Dr J. _____ n'a pas procédé à des investigations approfondies relatives à son atteinte au coeur (cf. doc 139 p. 3 n° 4 où l'expert indique avoir avant tout pris le pouls et la tension du patient). Ceci ne saurait être suffisant dans la présente affaire, dès lors que l'expert ne disposait pas de résultats d'examens cardiologiques récents et se basait essentiellement sur des investigations effectuées en mars 2005 (doc 139 p. 1). Dans ce contexte, on note que le Dr F. _____, dans une prise de position du SMR datée du 12 mars 2007 (doc 128), estimait que les pièces versées aux actes de la cause n'étaient pas suffisantes pour se déterminer. On ne peut ainsi comprendre pour quelles raisons l'expert s'est contenté d'un examen superficiel de l'assuré. D'autre part, on relève que l'expertise reste très succincte et ne contient quasiment pas de discussion du cas. En particulier, le Dr J. _____ n'expose pas de façon concluante, et à l'appui d'éléments objectifs concrets, pour quelles raisons il estime que, dès mai 2007 (date de l'examen de l'assuré par l'expert), l'état de santé du recourant se serait notablement amélioré par rapport à la situation existant lors de l'octroi de la rente en 1997. La seule prise de position de ce médecin sur ce point est la suivante : "En septembre 2005, le cardiologue traitant, le Dr C. _____, maintient une capacité de travail de 40% (soit 3 à 4 heures par jour en tant que chauffeur de taxi) et une appréciation qui semble basée sur les déclarations du patient". En l'état du dossier, cette formulation réservée et pour le moins peu précise ne saurait en aucun cas convaincre Tribunal de céans que l'état de santé du recourant a connu une amélioration significative, d'autant plus que les médecins traitant de l'assuré n'ont jamais fait part d'une amélioration de l'état de santé mais d'un état stationnaire voire même péjoré par rapport à la situation antérieure (cf. notamment rapports des 7 novembre 2002 [doc 69 p. 1-2, du Dr C. _____], 7 mars 2005 [doc 94 p. 3, du Dr D. _____] et 16 novembre 2006 [doc 117 p. 1, du Dr G. _____]), que peu après le prononcé de la décision attaquée, le recourant a dû être soumis à deux angioplasties suite à une dégradation significative de son état de santé depuis avril 2008 (cf. supra let. H.a) et que, avec l'apparition d'un diabète devenu insulino dépendant en 2006, une nouvelle affection s'est ajoutée au tableau clinique de l'assuré - forçant par ailleurs ce dernier à interrompre son activité de chauffeur de taxi pendant un long laps de temps - (cf. à ce sujets rapports du Dr G. _____ des 16 novembre 2006 [doc 117 p. 1-2] et 3 juin 2008 [pce TAF 5 p. 4 s.]; voire également certificats du Dr H. _____ des 24 janvier 2006 [doc 126 p. 1], 6 septembre 2006 [doc 126 p. 3], 8 février 2007 [doc 126 p. 4-5]). Dans ce contexte, on rappelle que, selon la jurisprudence, un motif de révision doit ressortir clairement du dossier. Eu égard à ce qui précède, tel n'est pas le cas en l'espèce. Bien plutôt, un doute important subsiste sur le point de savoir si les Drs. J. _____ et F. _____ ne procèdent pas à une nouvelle appréciation du cas malgré des circonstances demeurées inchangées, ce qui ne saurait être admis dans le cadre d'une révision (cf. supra consid. 7.1). A titre superfétatoire, on relève aussi que le Dr J. _____ a remis à l'administration l'expertise requise plus de 6 mois après avoir ausculté l'assuré, ce qui apparaît particulièrement long au vu des examens sommaires effectués par l'expert et compte tenu du fait que le document concerné ne comprend pas plus de 4 pages. Cette circonstance est aussi de nature à semer le doute sur le bien-fondé des conclusions de l'expertise. Eu égard à tout ce qui précède, et notamment compte tenu de

l'absence d'examens cardiologiques approfondis et actualisés (en principe pour le moins un électrocardiogramme, un test d'effort et une échocardiographie), il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale avec le concours d'un cardiologue. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps (notamment sur le plan endocrinologique), l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective du recourant dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 10

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé à titre d'avance de frais par le recourant lui est restitué.

E. 11

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif à la page suivante)

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