

# **BVGer C-2924/2006 vom 6. März 2008**

Bundesverwaltungsgericht, 2008-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2924\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2924_2006)

FR: TAF C-2924/2006 du 6 mars 2008

IT: TAF C-2924/2006 del 6 marzo 2008

## **Regeste**

Assurance-invalidité (divers)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1er janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent (art. 53 al. 2 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]).

#### **E. 1.1**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-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**

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la LPGA 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 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 ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

#### **E. 1.3**

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004 la présente procédure, quant au droit matériel, est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4ème révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Cependant, la procédure est soumise aux

normes en vigueur au moment de l'examen du recours (art. 53 al. 2 LTAF). Les modifications intervenues suite à l'entrée en vigueur au 1er janvier 2008 de la 5ème révision de la loi ne trouvent donc pas application ici, pas plus que celles de la LPGA faisant suite à cette cinquième révision de la LAI et qui sont également entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

#### **E. 1.4**

La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à sa modification (art. 48 al. 1 PA; cf. art. 59 LPGA). Partant, elle est légitimée à recourir. Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 50 et 52 PA; cf. art. 60 LPGA), il est entré en matière sur le fond du recours.

#### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. En date du 18 novembre 2003, la recourante a présenté une demande de prestations AI. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré(e) présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, l'autorité de céans peut se limiter à examiner si la recourante avait droit aux prestations le 18 novembre 2002 (douze mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit aux prestations est né entre cette date et le 14 août 2006, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 356 consid. 1, 121 V 362 consid. 1b).

#### **E. 3**

Conformément aux normes en vigueur à la date de la décision entreprise, le droit à une rente AI est conditionné cumulativement par l'existence d'une invalidité au sens de la LPGA/AI et par le versement des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). La seconde condition est remplie en l'espèce. Reste à examiner si la recourante est invalide.

#### **E. 4.1**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, 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. 4.2**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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. Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, 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 (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; Thomas Locher, Die Schadenminde-rungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invaliden-versicherung, in Mélanges pour le 75e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi Alfred Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungs-recht, vol. II p. 377, Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeits-grundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131).

#### **E. 4.3**

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%, 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). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle 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 en Suisse (art. 13 LPGa) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est citoyen suisse ou ressortissant de l'UE et réside dans un Etat membre dans le sens de l'ALCP (ATF 130 V 253 consid. 3.1).

#### **E. 4.4**

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 et non la maladie en tant que telle.

#### **E. 4.5**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou dès laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

#### **E. 5.1**

En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a occupé, comme dernier emploi, le poste d'aide-infirmière à Z.\_\_\_\_\_, à plein temps (42.50 heures par semaine), dès le 1er février 1999. Du 30 mai 2001 au 10 juin 2001, elle fut en incapacité totale de travailler; en novembre 2001, elle fit une demande de congé sans solde. Selon ses indications, elle fut en incapacité totale de travailler dès le 13 septembre 2002 suite au mobbing exercé sur elle; en outre, le 11 décembre 2002, elle fut victime d'un accident de la circulation, de sorte qu'elle n'a plus repris son activité depuis septembre 2002. A l'issue de la période de protection de 90 jours, il fut mis fin à son contrat de travail, le 31 mai 2003. La recourante indique encore avoir été victime d'un traumatisme cervical en février 2000 (perte d'équilibre en cherchant à retenir une patiente au travail).

#### **E. 5.2**

La décision attaquée indique que l'expertise E. \_\_\_\_\_ du 21 février 2005 a retenu, à titre de diagnostics, principalement un syndrome douloureux somatoforme et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré. L'expertise précitée donnait le diagnostic suivant, selon la classification ICD-10: A titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient mentionnés: a) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), qui aurait été déclenché par un premier accident de travail au cours de l'année 2000, alors que le second accident (de circulation, cette fois), aurait accentué sa symptomatologie algique; b) un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1), présent depuis l'âge de 27 ans (soit depuis 1992); c) un trouble panique (F41.0), présent depuis 6 ans (soit depuis 1998-1999). Selon les conclusions de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, du 22 juillet 2005, dont il doit être tenu compte ici, vu sa date antérieure à la décision sur opposition, l'assurée est atteinte de l'affection n° 23 de la liste française des maladies fixées par décret du 31 décembre 1986, soit celle "correspondant à des "troubles graves de la personnalité" chez une femme présentant une association: pathologie borderline - névrose invalidante à dominante hystérique - troubles somatoformes - syndrome dépressif majeur, lui aussi invalidant". Le caractère labile, c'est à dire susceptible d'évoluer vers une amélioration ou une aggravation, de ces atteintes, à tout le moins d'une partie d'entre elles, ressort suffisamment du dossier; seule peut donc entrer en considération ici la lettre b de l'art. 29 al. 1 LAI, qui prévoit une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

### **E. 5.3**

L'expertise E. \_\_\_\_\_, outre ce que mentionné ci-dessus, retient qu'il est hautement probable que le trouble somatoforme de l'assurée se soit développé sur le terrain d'une pathologie thymique, qui l'entretient. Une évaluation à distance d'un trouble de la personnalité est jugé pertinente. Quant à l'influence des troubles psychiques sur la capacité de travail, leurs répercussions sont importantes et ils peuvent diminuer cette capacité. L'incapacité d'exercer l'activité professionnelle passée est totale en raison de la symptomatologie dépressive et douloureuse de l'assurée, au premier plan; dans un environnement professionnel normal, les capacités d'adaptation de l'expertisée sont limitées pour le moyen et long terme. Des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables; mais il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail occupé antérieurement; d'autres activités peuvent être exigées, dans un premier temps à 50% si possible, taux augmenté ensuite. L'expertise H. \_\_\_\_\_ fait notamment état, sur le plan somatique, d'un syndrome aroséxique et, surtout, de troubles somatoformes pouvant être qualifiés de majeurs; sur le plan psychiatrique, l'expertisée est décrite comme évoluant dans un registre névrotique majeur et présentant un syndrome dépressif dont l'évolution a été récurrente depuis l'adolescence; ce dernier syndrome est actuellement de type asthénique, anhédonique, aboulie et comporte une aroséxie; de plus, l'assurée présente une personnalité borderline marquée du seau de l'abandon. Pour l'expert, il est dès lors évident que l'assurée a des "troubles graves de la personnalité, troubles invalidants, évoluant depuis l'enfance, son adolescence, comportant une structure borderline, une pathologie névrotique anxio-phobique mais également et surtout hystérique, un syndrome dépressif franc réduisant totalement son champ d'action". En conclusion, l'expert note notamment que le syndrome dépressif majeur est "lui aussi invalidant".

### **E. 5.4**

Au vu du dossier, il semble que si les médecins et les parties s'accordent sur nombre de points (cf. avis médical du SMR, du 5 décembre 2006), ils divergent cependant s'agissant de l'importance et de l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante. Il en va en particulier ainsi du syndrome dépressif de la recourante. Les deux expertises constatent l'existence d'un trouble dépressif récurrent (E. \_\_\_\_\_: "trouble dépressif récurrent"; H. \_\_\_\_\_: "syndrome dépressif dont l'évolution a été récurrente"); cependant, alors que l'expertise E. \_\_\_\_\_ précise l'intensité de ce syndrome ("épisode actuel moyen"), le Dr H. \_\_\_\_\_ ne le fait pas, tout en soulignant toutefois que le syndrome est "franc", qu'il "réduit totalement son champ d'action" et que ce trouble "majeur" est "invalidant". Dans son avis médical du 5 décembre 2006, le Dr Ph. F. \_\_\_\_\_, du SMR, relevait que l'expert H. \_\_\_\_\_ n'avait pas qualifié le syndrome dépressif majeur (léger, moyen ou sévère) ni chiffré la capacité de travail, "ce qui ne faisait pas partie de son mandat". Dans sa détermination du 29 août 2007, le Dr Ph. F. \_\_\_\_\_ explique que les expressions susmentionnées proviennent de deux classifications internationales différentes, celle ICD-10 et celle DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), que le terme "majeur" employé par le Dr H. \_\_\_\_\_ provient de la seconde, et qu'il "prête donc à confusion", l'expert n'en ayant pas précisé en sus la gravité (léger, moyen ou sévère). De plus, pour le Dr Ph. F. \_\_\_\_\_ (avis médical 5 décembre 2006), alors que le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu un trouble de la personnalité à dominante hystérique, l'expertise E. \_\_\_\_\_ a fait mention de plusieurs traits de personnalité pathologiques mais n'a pas, à juste titre, retenu le diagnostic de trouble de la personnalité, les critères de l'ICD-10 n'étant pas remplis; un tel trouble apparaît "par définition" dès la fin de l'enfance ou de l'adolescence et n'avait donc pu survenir dans les cinq mois séparant les deux expertises. Dans son avis médical du 29 août 2007, il indique que les conditions mises par l'ICD-10 sous F60 pour retenir des troubles spécifiques de la personnalité ne sont pas remplies chez la recourante, selon ce qui ressort des deux expertises; et quand bien même le trouble de la personnalité serait-il admis, on ne pourrait le considérer comme invalidant, puisque "s'il existe, il est présent depuis l'adolescence (par définition)" et que le passé psychiatrique de l'assurée remonte à 1992 (27 ans) et qu'elle a pu travailler jusqu'en 2003 (38 ans).

### **E. 5.5**

La question de "l'intensité" du trouble dépressif et celle de l'existence d'un trouble de la personnalité - et de son effet - constituent, entre autres, des points importants pour la résolution du présent litige, notamment en relation avec un trouble somatoforme et l'éventuelle existence d'une comorbidité psychiatrique importante, respectivement d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, permettraient de retenir que les atteintes à la santé de la recourante présentent un caractère invalidant. Or, ainsi que le relève le Dr Ph. F. \_\_\_\_\_, il existe ici une certaine confusion du fait du seul emploi, dans l'expertise H. \_\_\_\_\_, de l'adjectif majeur pour qualifier l'état dépressif récurrent dont souffrirait la recourante. De plus, le Tribunal retient que l'appréciation médicale quant à l'existence ou non de troubles de la personnalité chez la recourante est contradictoire ou apparaît à tout le moins divergente chez les experts. Il est relevé en outre que selon l'ICD-10, les troubles spécifiques de la personnalité (F60) apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et perdurent dans la vie adulte; cet adverbe indique qu'une apparition de ces troubles seulement dans la vie adulte n'est, en soi, pas toujours exclue (cf. également DSM-IV-TR). D'autres troubles de la personnalité, tels par exemple ceux relatifs à une modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale (ICD-10 F62), peuvent au demeurant apparaître dans la vie adulte seulement.

Enfin, le Tribunal souligne que le Dr H.\_\_\_\_\_ rattache précisément, à plusieurs reprises, les troubles de la personnalité qu'il voit chez la recourante à son enfance et à son adolescence, en mentionnant une évolution ultérieure de ces troubles (cf. expertise H.\_\_\_\_\_, p. 4s.).

#### **E. 5.6**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'est pas en mesure, en l'état, de se rallier sans autre aux conclusions matérielles de l'autorité intimée quant à l'inexistence d'un caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante et donc quant à rejet du droit de la recourante à des prestations, en particulier à des mesures professionnelles (cf. réplique). Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision.

#### **E. 5.7**

Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas, notamment eu égard à la jurisprudence citée par l'autorité intimée. Par conséquent, l'OAIE invitera le psychiatre en charge du suivi thérapeutique de la recourante, si un tel suivi existe actuellement, à rendre un rapport détaillé; ensuite, l'OAIE mettra en oeuvre une expertise médicale auprès d'un service psychiatrique universitaire en Suisse romande. Les experts se prononceront sur l'évolution et l'état actuel de la pathologie psychiatrique de l'assurée et décideront de l'opportunité de plus amples investigations dans d'autres domaines spécifiques, en rapport avec les pathologies présentes. Les examens complémentaires jugés utiles par les experts devront être programmés de sorte à pouvoir être effectués dans le cadre de l'expertise. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'autorité inférieure, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date à la visite, en tenant compte de toutes les limitations constatées tant dans la dernière activité exercée que dans des activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision; la question d'éventuelles mesures professionnelles devra en particulier être traitée. Ensuite, après la procédure d'audition, l'Office intimé rendra une nouvelle décision.

#### **E. 6**

Au vu de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 37 LTAF et 63 al. 2 et 3 PA). Les art. 64 PA et 7 du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer (art. 10 al. 1 FITAF). En tenant compte de ce qui précède, il se justifie en l'espèce d'allouer à l'assurée une indemnité à titre de dépens de Fr. 1'500.- (Fr. 1'000.- du fait de l'intervention de l'avocate Sordet, Fr. 500.- pour celle d'ASSUAS), à charge de l'autorité inférieure.