

BVGer C-3034/2006 vom 27. Februar 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3034_2006

FR: TAF C-3034/2006 du 27 février 2009

IT: TAF C-3034/2006 del 27 febbraio 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu des art. 31 et 33 let. d 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 l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de prestations d'invalidité (art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

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. 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), 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

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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), 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). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité 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; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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 257 consid. 2.4).

E. 3.1

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), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 3.2

L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une révision du droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise 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 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables et il est fait référence dans le présent arrêt aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

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 (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. 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).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGGA 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. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

E. 5.2

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

E. 5.3

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 5.4

La procédure de révision initiée d'office par l'administration est distincte de la procédure de révision initiée par l'assuré. En application de l'art. 87 al. 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à

influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire d'office la cause (art. 43 LPGA et 69 RAI) et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2). Une procédure de révision initiée par l'administration implique aussi une application sans restriction du principe inquisitoire, une démarche inquisitoire étendue (v. aussi infra consid. 8).

E. 6.1

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 fut 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.

E. 6.2

Dans un arrêt récent le TF a considéré que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 114 consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2, 112 V 372 consid. 2). En l'espèce, les status fondant, d'une part, la décision du 12 février 2004, rendue suite à l'expertise psychiatrique complémentaire du Dr F. _____ requise par le jugement de la CR-AVS/AI du 16 mai 2003, et, d'autre part, le status de l'assuré ayant fondé la décision du 12 octobre 2006 dont est recours sont déterminants pour la discussion du cas. Il est cependant précisé que le rapport médical du Dr H. _____ du 6 août 2005 ne saurait être passé sous silence, bien que l'administration l'ait précédemment apprécié comme n'étant pas propre à démontrer une plausible modification notable de l'état de santé de l'assuré (cf. pces 107 et 111).

E. 7.1

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).

E. 7.2

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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

E. 8.1

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).

E. 8.2

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 éd., 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. 8.3

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. 9.1

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 351 consid. 3a et les références).

E. 9.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas

sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 290 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 10.1

Le 12 février 2004, l'OAIE a décidé de remplacer la rente entière qui était versée au recourant depuis le 1er août 1991 par une demi-rente à compter du 1er septembre 2002, relevant pour l'assuré la possibilité d'exercer une activité à 50% notamment de type sédentaire dans l'industrie légère. Cette décision s'est fondée sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire réalisée en mai 2001 (rapport du 31 octobre 2001) qui avait retenu le diagnostic, avec influence essentielle sur la capacité de travail, de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, de séquelles d'un syndrome des loges des membres supérieurs et inférieurs droits avec une neuropathie sensitivo-motrice, radiale, ulnaire, péronière et tibiale à droite. Les Drs C._____ et D._____ relevèrent qu'à la suite d'un cadre familial favorable depuis 1995 les troubles émotionnels s'étaient presque entièrement amendés, que les plaintes étaient mineures et se limitaient à quelques troubles moteurs de la main droite et du pied droit ainsi qu'à la crainte d'une décompensation d'une hépatite C chronique connue depuis 1993 asymptomatique. Ils notèrent à l'examen clinique une atteinte motrice modérément sévère du bras et de la main droite. Ils indiquèrent que l'assuré pouvait reprendre une activité légère adaptée à ses handicaps à raison de 50% ne comprenant pas d'activités de force ni de déplacements fréquents de longue durée et de préférence dans un cadre tolérant et valorisant compte tenu d'un équilibre psychologique fragile. Un examen psychiatrique complémentaire effectué par le Dr F._____ en octobre 2003 confirma un trouble de la personnalité de type borderline, d'intensité autrefois moyenne mais devenue légère et sans influence sur la capacité de travail, laquelle pouvait être évaluée à 50% comme estimée par la PMU de Lausanne (Rapport du 15 décembre 2003).

E. 10.2

Début 2006 l'OAI-GE initia une révision du droit à la rente. Sur le plan médical l'OAIE reçut un rapport du Dr H._____ daté du 6 avril 2006 qui indique le diagnostic, affectant sa capacité de travail, de nécrose musculaire avant bras droit, jambe droite avec paralysie du nerf sciatique poplité externe droite et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'hépatite C, relève un état stationnaire (par rapport à son certificat du 6 août 2005), sans amélioration envisagée par des mesures médicales, note au niveau des plaintes des douleurs à l'avant-bras droit importantes et au niveau des constatations objectives un blocage important au niveau du coude droit, d'importantes pertes musculaires à l'avant-bras droit, une amyotrophie externe jambe droite, un blocage en flexion dorso-lombaire gênant et des douleurs du dos importantes au moindre effort. L'OAIE reçut également un rapport médical

du Dr J. _____ daté de 21 septembre 2006 certifiant une modification de l'état de santé de l'intéressé par rapport à 2002 et un rapport radiologique du Dr K. _____ daté du 19 septembre 2006 faisant état d'une ébauche d'arthrose inter-apophysaire postérieure, de lésions de dorsarthrose médio-dorsales modérées, avec ostéophytose péri-somatique, sans tassement vertébral, ostéolyse ou ostéocondensation et d'une coxarthrose modérée. En août 2005, le Dr H. _____ avait déjà fait état d'une aggravation de l'état de santé consécutif à l'accident de 1990, des lombalgies récidivantes, d'une sciatique, d'un déséquilibre à la marche, de l'apparition de douleurs à la jambe gauche en raison de boiterie et perte d'équilibre, de la nécessité de rester à domicile plus fréquemment, d'un suivi de traitements sans résultat probant et d'un état dépressif. En procédure de recours l'intéressé fournit encore un rapport médical du Dr J. _____ daté du 24 octobre 2006 faisant état de lombalgies itératives avec sciatiques, difficultés importantes pour la marche, avec parfois déroboement de la jambe gauche, une mobilité du rachis lombaire un peu diminuée dans tous les sens, une mobilité de la hanche diminuée de façon bilatérale, une coxarthrose bilatérale. Enfin, le recourant porta à la connaissance de l'OAIE une attestation médicale de traitements pour des affections oto-rhino-laryngologiques, datée du 15 janvier 2008, que le Tribunal de céans peut ne pas retenir vu la date antérieure de la décision litigieuse.

E. 10.3

Il appert de la comparaison des status ainsi documentés entre 2004 (plus exactement 2001/2003) et 2006 que l'assuré a subi une aggravation de son état de santé. Les rapports médicaux des Drs H. _____, K. _____ et J. _____ font en effet état d'une modification du status psychiatrique et rhumatologique de l'assuré. Il sied en particulier de relever que l'évolution du status psychique du recourant, qui en 2001 avait été retenu comme fort invalidant et en 2003 comme sans influence significative sur la capacité de travail, doit être éclaircie par l'OAIE qui se doit d'initier une complète révision du droit à la rente et d'instruire d'office en tout point et de façon complète le dossier conformément aux art. 43 LPGA et 69 RAI. Au vu des appréciations divergentes des spécialistes sur la question de la portée des problèmes psychiatriques sur la capacité de travail du recourant (le dernier examen psychiatrique remonte à 2003), la nécessité d'une nouvelle expertise dans ce domaine apparaît manifeste. Par ailleurs, de plus grandes faiblesses des membres supérieurs et inférieurs et d'importantes douleurs au dos pouvant avoir une incidence vraisemblable sur la capacité de travail de l'assuré ont été mises en évidence. De plus, il y a lieu de relever que la dernière expertise rhumatologique remonte à 2001. Or, depuis lors, le recourant a allégué une détérioration de sa santé de façon telle que de nouvelles investigations pluridisciplinaires s'imposaient vu les antécédents de l'assurés. Il s'ensuit que la décision de l'OAIE doit être annulée pour constatation incomplète des faits et le dossier retourné à l'administration conformément à l'art. 61 PA afin qu'elle mette en place une expertise pluridisciplinaire à même de déterminer l'invalidité de l'assuré sur une base de constatations objectives et complètes.

E. 11

Le recourant ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 PA). Son avance de frais de Fr. 400.- lui est restituée. Vu l'issue du recours, il est alloué au recourant, représenté par un mandataire professionnel, une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- (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 sur la page suivante)

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