

BVGer C-3120/2006 vom 27. Februar 2008

Bundesverwaltungsgericht, 2008-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3120_2006

FR: TAF C-3120/2006 du 27 février 2008

IT: TAF C-3120/2006 del 27 febbraio 2008

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi fédérale du 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 aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) concernant l'octroi de rente 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).

E. 1.2

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. Le nouveau droit de procédure s'applique (cf. art. 53 al. 2 LTAF).

E. 1.3

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. 1.4

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. 1.5

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'une ressortissante 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 (ATFA cause I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; 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.

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 sur opposition 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).

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 LPGA).

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 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 à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

E. 5.1

Selon l'art. 17 LPGA 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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

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).

E. 7

Les décisions revêtues de l'autorité de chose jugée peuvent à certaines conditions être modifiées. Tout d'abord, une décision peut être révisée en raison d'un changement des circonstances. C'est ainsi que selon l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification déterminante, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée. En outre, conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 117 V 12, consid. 2a et les arrêts cités). Enfin, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision (procédurale) d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 119 V 475, consid. 1, ATF 115 V 186 consid. 2c et les références). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc, 117 V 17 consid. 2c et les arrêts cités; voir aussi ATF 115 V 314 consid. 4a cc et dd).

E. 8.1

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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 8.2

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; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 9.1

Le droit à la rente AI entière a été reconnu en faveur de l'assurée à compter du 1er mai 1999 par décision des 16 mars / 17 août 2000. Cette décision s'est fondée sur l'avis médical du Dr F._____, médecin de l'OAI-NE en charge du dossier, en raison d'une « psychopathologie lourdement invalidante car difficilement curable ». A l'appui de sa détermination, le Dr F._____ disposait notamment, d'une part, du rapport médical des Drs V._____ et M._____, daté du 25 février 1998, faisant état de lombocruralgies droites atypiques, protrusion discales L4-L5, possible état dépressif sous-jacent avec somatisation, et qui

relevait qu'il n'y avait pas de raison médicale justifiant la poursuite d'un arrêt de travail malgré la volonté de l'intéressée d'être mise au bénéfice d'une rente AI à 50% au moins, et, d'autre part, du rapport médical des Drs S._____ et K._____, daté du 2 novembre 1998, diagnostiquant notamment des douleurs spondylogènes chroniques avec composante psychogène et signes dépressifs, et, enfin, du rapport du 10 juin 1999 de la Dresse L._____, médecin traitant de l'intéressée, relevant des plaintes dorsales, une perte de sensibilité au niveau de la jambe droite, une protrusion L4-L5, les signes d'une dépression sous-jacente et un status associé à peu de chances de réinsertion professionnelle, un essai ayant échoué en juin 1998, l'intéressée étant rentrée chez elle le premier jour d'une prise d'emploi.

E. 9.2

Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée fin 2002, il appert du rapport E213 de la sécurité sociale portugaise daté du 4 décembre 2002 que l'assurée souffre de spondylose lombaire et d'un nodule bilatéral thyroïdien, status permettant à l'assurée d'exercer son ancienne activité lucrative de nettoyeuse à 50% et toute activité adaptée également à 50%. Sur le plan psychiatrique, le Dr S._____ a indiqué dans son rapport du 10 janvier 2003 que l'intéressée ne présentait d'un point de vue strictement psychiatrique aucune incapacité. De son côté, l'OAIE, considérant le rapport médical du 20 mai 2003 du Dr R._____ confirmé par le rapport médical du 7 juillet 2003 du Dr L._____, qui posèrent le diagnostic de nodule solide bilatéral de la thyroïde, hypertension artérielle, douleurs de la colonne dorso-lombaire, céphalées chroniques, scoliose à convexité gauche, spondylose lombosacrée compatible avec l'âge de l'assurée, affections permettant, selon ces médecins, à l'assurée d'effectuer son ancienne activité et toute activité adaptée à 50%, voire peut-être plus, retint une capacité de travail de 50% dans des activités adaptées fondant un taux d'invalidité économique de 57.52%. Toutefois, suite à sa décision du 6 janvier 2004 et à l'opposition qui s'ensuivit du 6 février 2004, accompagnée du rapport médical du 15 mars 2004 de la Dresse L._____ qui concluait notamment à des douleurs physiques et à un status anxio-dépressif comparable à celui d'octobre 2000, l'OAIE admit la nécessité d'un examen pluridisciplinaire. Il résulta de cet examen effectué à la Clinique romande de réadaptation un status neurologique strictement normal, sans aucun argument pour une atteinte radiculaire, confirmé par un dossier d'imagerie et des RX allant dans le même sens avec des lésions dégénératives débutantes étagées très modérées et tout à fait compatibles avec l'âge de l'intéressée. Sur le plan psychiatrique il ne fut reconnu aucun diagnostic invalidant mais un statut d'invalidé bien ancré. Le rapport d'expertise du 8 mars 2005 propose que soit reconnue à l'intéressée une capacité de travail à 100% à compter de ladite expertise du 18/20 janvier 2005 aussi bien dans la conduite du ménage que dans une activité lucrative. Au vu de ce rapport, le Dr L._____ fut d'avis que si la rente AI avait été accordée peut-être sans certitude suffisante il résultait de l'expertise pluridisciplinaire que l'assurée n'y avait plus droit à compter du 10 janvier 2003 (certificat du Dr S._____). Le représentant de l'assurée fit valoir que par gène sa mandante ne s'était pas ouverte au médecin psychiatre l'ayant expertisée; ce grief ne peut être reçu, l'expert, dont la profession est d'être sensible aux non-dits, n'a pas noté de réticence et a été sans réserve dans son appréciation d'une patiente qui ne pouvait être que consciente des enjeux de l'examen passé. A l'appui de ses déterminations, l'intéressée produisit encore des certificats médicaux des Drs S._____, X._____ et C._____ datés respectivement des 28 octobre 2005, 2 décembre 2005 et 2 mai 2006 qui ont fait état de plaintes connues de l'assurée décrites comme invalidantes mais qui lors de l'expertise pluridisciplinaire n'ont pas été retenues

comme telles.

E. 10.1

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 352 consid. 3a et les références).

E. 10.2

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 352 cons. 3b/aa; 118 V 220 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 353 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 353 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 10.3

En l'espèce, il appert que si en 2000 le Dr F. _____ a décrit le status psychopathologique de la recourante comme lourdement invalidant car difficilement curable sur la base de la documentation au dossier, renonçant toutefois à une expertise rhumato-psychiatrique, il est établi que début 2003 le status de l'intéressée n'était en tout cas pas lourdement invalidant et moins encore début 2005. Le principe de la révision du droit à la rente doit ainsi être confirmé dans le sens de la diminution de la rente d'entière à une demi-rente avec effet au 1er mars 2004 et sa suppression au 1er avril 2006 sans qu'il y ait lieu de reconsidérer la décision du 16 mars / 17 août 2000.

E. 10.4

Dans ses écritures, le mandataire de la recourante fait valoir que le dossier médical serait incomplet compte tenu que le Dr F. _____ fait mention d'un important dossier médical. Cet allégué ne peut être retenu par le tribunal de céans. En effet, le Dr F. _____ s'est déterminé sur des rapports médicaux complets qui justifient ensemble leur qualification d'important dossier médical et rien ne permet d'envisager qu'une partie du dossier médical n'y figurerait pas. L'intéressée n'allègue d'ailleurs pas l'existence expresse de rapports médicaux de médecins déterminés qui ne se trouveraient pas au dossier.

E. 11.1

Selon l'art. 16 LPGA, 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. Ce calcul doit être effectué pour la demi-rente allouée du 1er mars 2004 au 31 mars 2006.

E. 11.2

Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires 2002 servent à fixer le montant du gain que l'assurée pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (ATFA du 5 juin 2005 cause I 85/05) indépendamment du lieu de situation des emplois référencés dans l'Etat de résidence de l'assuré. Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1. et les réf.). A ce titre il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. Toutefois, il y a lieu de tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet cependant à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5). 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 qui déterminent le taux d'invalidité au sens de la LAI.

E. 11.3

En l'espèce l'OAIE, dans le cadre de la première révision, a procédé à une évaluation de l'invalidité par une comparaison de revenus et a constaté que l'assurée, du fait de son invalidité, subissait une diminution de sa capacité de gain de 57.52%. Dans ce calcul, le revenu de référence a été celui de l'assurée en 1996 indexé 2000, soit Fr. 3'457.74 par mois, le revenu de substitution (concierge, surveillante de musée, vendeuse, caissière; secteur 52 commerce de détail) avec invalidité pris en compte à 50% a été réduit encore de 15% pour des raisons liées au handicap de l'assurée conformément au taux de réduction de 5-25% admis par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), soit Fr. 3'457.- et à 50% Fr. 1'728.50 \cdot 15% = Fr. 1'469.-. Ces montants peuvent être confirmés, ils déterminent un taux d'invalidité de 58%.

E. 12

Le Tribunal peut ainsi conclure que, d'une part, la recourante présentait en tout cas au plus tard à partir du 1er mars 2004 un taux d'invalidité de 58% et que par conséquent c'est à juste titre que sa rente d'invalidité a été diminuée à une demi-rente à cette date et que, d'autre part, vu les conclusions du rapport d'experts du 8 mars 2005, que le rapport médical de la Dresse L. _____ ne saurait relativiser compte tenu de l'ensemble des rapports médicaux et appréciations médicales au dossier, elle n'a plus eu droit à une rente à compter du 1er avril 2006, sa capacité de travail étant supérieure à 60% dans son ancienne activité ou pour toute activité adaptée. Par conséquent le recours doit être rejeté.

E. 13

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens.

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