

BVGer C-313/2009 vom 4. Februar 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-313_2009

FR: TAF C-313/2009 du 4 février 2011

IT: TAF C-313/2009 del 4 febbraio 2011

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi 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 à l'art. 33 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 étant 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. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à art. 26bis et art. 28 à art. 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

E. 1.4

En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et art. 52 PA) et que l'avance de frais de procédure a été dûment acquittée.

E. 2

Le recourant est citoyen suisse et vivait au moment déterminant au Brésil. Comme la Suisse n'a pas conclu de convention internationale concernant les prestations d'invalidité, de

vieillesse et de survivants avec ce pays, le droit aux prestations se détermine en l'espèce uniquement à la lumière du droit suisse.

E. 3

L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 131 V 9 consid. 1, ATF 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes.

E. 4

Le recourant a présenté sa demande de rente le 5 avril 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente 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, le TAF peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 5 avril 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 8 décembre 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 5

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). À compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total (pce 53) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 8 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. L'al. 2 de cette disposition mentionne que 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. 6.2

Un 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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - 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

lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

E. 6.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40 % au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF), la lettre 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 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

E. 6.4

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. 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). 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 6.5

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. C'est la méthode dite ordinaire de comparaison des revenus (cf. arrêt du TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.2). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les revenus à comparer avant et après invalidité chez un assuré exerçant une activité lucrative notamment indépendante, il faut procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. C'est la méthode dite extraordinaire d'évaluation de l'invalidité qui requiert de déterminer quels sont les empêchements provoqués par la maladie ou l'infirmité et d'apprécier séparément les effets de ces empêchements sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une

personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'incidence réelle effective n'était pas prise en compte de façon déterminante, on violerait le principe selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain, en effet, il n'y a pas toujours de corrélation entre des limitations physiques et une diminution de la capacité de gain (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.4), notamment s'agissant d'activités administratives ou pouvant être en partie déléguées à des auxiliaires.

E. 7.1

Le recourant a travaillé en Suisse en qualité de coiffeur. Au Brésil, il a exercé la même profession du 1er octobre 1986 au 31 décembre 1998 en tant que salarié et jusqu'en 2005 en tant qu'indépendant et parallèlement celle d'administrateur dès le 1er janvier 1988, activité qu'il a apparemment continué dans une mesure restreinte dès 2005. Jusqu'en 2005, le TAF peut donc conclure que le recourant n'a subi aucune invalidité au sens de la législation suisse.

E. 7.2

En revanche, pour la péY. _____ de successive, en absence de données économiques précises, il faut se fonder sur la documentation médicale. En effet, 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 peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du TF I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 8.1

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 réf. cit.).

E. 8.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, 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 réf. cit.). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le TF n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V

351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et arrêt du TF 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

E. 9.1

Il ressort des pièces médicales au dossier, notamment des prises de position du Dr E. _____, que le recourant souffre de la maladie de Dupuytren aux deux mains, d'un syndrome douloureux d'insuffisance sensitivo-motrice radiculaire et de lombosciatalgies droites depuis janvier 2005, de bursite trochantérienne du fémur droit, de gonarthrose bilatérale et d'arthrose cervicale avec cervicalgie et restrictions de la mobilité à droite, d'ostéoporose et de lithiase du rein droit, d'un status après une opération de l'hallux sur les deux côtés en 1978 et d'un status après une appendicectomie en 1952.

E. 9.2

Le médecin de l'OAIE, après avoir dans une première prise de position constaté que la documentation médicale au dossier était insuffisante, a fixé, au vu des nouveaux documents reçus par l'intermédiaire du Consulat général de Suisse à Y. _____, l'incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle et a retenu une capacité de travail de 80 % dans une activité de substitution, sans toutefois donner de précision concernant les limitations découlant des diagnostics qu'il avait lui-même posés.

E. 9.3

Or, la Cour de céans ne peut pas suivre sans autre l'avis du Dr E. _____, repris par l'OAIE. En effet, de nombreux éléments sont de nature à semer le doute sur le bien-fondé des conclusions de Dr E. _____ et portent à la conclusion que la présente affaire n'a pas été instruite de façon suffisante pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, aucun rapport médical fiable et récent ne figure au dossier, le dernier transmis par le Consulat général de Suisse à Y. _____ était vraisemblablement une copie du rapport de janvier 2008. Le Dr E. _____ ne s'est d'ailleurs exprimé sur les documents au dossier que d'une manière succincte et lacunaire qui ne permet pas à la Cour de céans d'en tirer des conclusions valables quant à la question de savoir si le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40 % pendant une année avant le 8 décembre 2008, date de la décision attaquée. De plus, la Cour de céans note que l'OAIE pour le calcul de la perte de gain a utilisé la méthode générale. Or, le recourant a été en dernier lieu indépendant tant dans son activité de coiffeur que dans celle d'administrateur immobilier qu'il exerce encore actuellement. L'OAIE aurait donc dû appliquer la méthode extraordinaire qui prend en compte le statut particulier d'indépendant (cf. consid. 7.2).

E. 9.4

Dès lors, le TAF ne saurait se rallier sans autre aux conclusions de l'OAIE et considérer qu'on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité adaptée à 100 % et que par conséquent il ne subit aucun préjudice économique.

E. 10

Ainsi, le TAF, en application de l'art. 61 PA, doit admettre partiellement le recours, annuler la décision entreprise et renvoyer le dossier à l'OAIE afin qu'il établisse par tous les moyens utiles, notamment une expertise orthopédique, traumatologique et neurologique, les informations nécessaires à une évaluation de la capacité de travail de l'intéressé dans toute activité raisonnablement exigible, fixe le taux d'invalidité sur la base d'une comparaison de revenu, le cas échéant en tenant compte de la méthode extraordinaire et rende, après avoir

accordé au recourant le droit d'être entendu, une nouvelle décision.

E. 11

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA, art. 6 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]). L'avance de frais de Fr. 300.-- versée par le recourant lui sera remboursée. Bien que le recourant ait obtenu gain de cause, il n'a eu ni recours à un mandataire professionnel ni encouru de frais particulièrement élevés et nécessaires à la cause, de sorte qu'il ne lui est alloué aucune indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 et art. 14 FITAF).

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