

BVGer C-32/2010 vom 7. Dezember 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-32_2010

FR: TAF C-32/2010 du 7 décembre 2010

IT: TAF C-32/2010 del 7 dicembre 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

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, 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'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). En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. 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 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

E. 2.1

L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États 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. À 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 États (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 États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 2.2

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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 exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

E. 2.3

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. 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, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5ème 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 17 décembre 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 Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 17 décembre 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 19 novembre 2009, 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). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI, de toute façon, pendant plus de trois années au total (pce 6) 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 (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 (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre 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. 7.1

Le recourant a travaillé en Suisse en qualité de maçon et de charpentier. De retour dans son pays, il a exercé l'activité d'ouvrier blanchisseur, 8 heures par jour, 40 heures par semaine pour un salaire mensuel de EUR 664.94. Il a travaillé jusqu'au 27 septembre 2005, date à laquelle il a cessé toute activité (pces 10 et 11). Jusqu'à cette date, le Tribunal peut donc conclure que le recourant n'a subi aucune invalidité au sens de la législation suisse.

E. 7.2

Pour la période successive, en absence de données économiques, 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 Tribunal fédéral 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 références).

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 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). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

E. 9.1

Il ressort des pièces médicales que le recourant souffre de pathologies physiques et psychiques notamment de lombalgies chroniques à l'effort sur protrusion discale L5-S1 et de dysthymie.

E. 9.2

En ce qui concerne les conséquences des affections diagnostiquées sur le capacité de travail, le médecin de l'ISS a relevé, dans le rapport E 213 du 15 décembre 2008, que le recourant ne pouvait plus exercer sa dernière activité d'ouvrier textile et a mis en évidence le fait qu'il présentait un taux d'invalidité de 66,6 pour cent pour toute autre activité adaptée à ses aptitudes depuis le 17 décembre 2007.

E. 9.3

De son côté, le médecin du Service médical de l'OAIE a considéré, dans sa prise de position du 5 septembre 2009, que les lombalgies chroniques à l'effort sur protrusion discale L5-S1 n'influençaient pas la capacité de travail de l'assuré, l'absence d'indication chirurgicale étant un signe que l'atteinte objective n'était pas significative. Successivement, le médecin de l'OAIE a donné son avis quant aux nouveaux documents médicaux précisant que la dépression réactionnelle ne pouvait pas causer une incapacité de travail de longue durée, que le rapport neurochirurgical ne mentionnait aucune limitation fonctionnelle et que les symptômes subjectifs, qui ne reposaient sur aucun examen médical clinique, ne pouvaient pas être pris en compte. Appelé à se prononcer en procédure de recours, un deuxième médecin de l'OAIE, dans sa prise de position médicale du 19 mars 2010, a mentionné que la dysthymie, maladie psychiatrique à nouveau mise en évidence par le Dr K. _____, n'était qu'une forme légère de trouble dépressif qui ne justifiait pas d'incapacité de travail. Quant à la pathologie somatique, il a précisé que le rapport E 213 ne mentionnait aucun signe de Lasègue ce qui démontrait l'absence de problèmes radiculaires. Finalement, dans sa dernière prise de position médicale du 28 mai 2010, ce médecin considère que les nouveaux documents ne faisaient que confirmer la pathologie déjà connue du recourant précisant que celui-ci ne subissait aucune invalidité liée à la dernière activité d'ouvrier blanchisseur et a par conséquent confirmé les précédents avis du Service médical de l'OAIE.

E. 9.4

Le recourant, pour sa part, s'en est remis aux rapports de ses propres médecins ainsi que de celui de l'ISS. Il a mis en évidence que ses maladies, autant somatiques que psychiques, l'empêchaient de travailler et d'effectuer les tâches quotidiennes de la vie courante. Selon les Drs F. _____ et J. _____, le recourant est incapable d'exercer toute activité

professionnelle et aurait été adressé à une consultation externe en vue d'un traitement chirurgical. En outre, selon le Dr K. _____, il souffre également de problèmes psychiques récurrents et d'alcoolisme.

E. 9.5

Le Tribunal constate en premier lieu que les implications fonctionnelles, les troubles moteurs radiculaires ainsi que la question de l'opportunité d'un traitement chirurgical sont controversés entre les médecins traitants, ceux de l'ISS et ceux de l'OAIE, les avis sont aussi discordants en ce qui concerne la capacité de travail du recourant soit dans la dernière activité exercée soit dans d'autres activités raisonnablement exigibles pour ce qui a trait aux atteintes somatiques. Sur le plan psychique, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie, observe que l'assuré a été suivi dans l'unité de santé mentale depuis mars 2005 et qu'il suit régulièrement un traitement pharmacologique pour cette affection, ce qui était d'ailleurs déjà mentionné dans l'E312 du 15 décembre 2008. Les médecins de l'OAIE considèrent par contre que la dysthymie est réputée sans répercussion sur la capacité de travail du recourant et ne s'expriment pas sur les problèmes liés à un éventuel alcoolisme. Or, ces rapports médicaux, bien que non exhaustifs, établissent néanmoins que le recourant est suivi au niveau psychiatrique depuis plusieurs années. Dès lors, le Tribunal ne saurait se rallier sans autre aux avis exprimés par les deux médecins, généralistes, du Service médical de l'OAIE. En effet, 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'en suit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical pour l'OAIE doit disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée par une atteinte alléguée comme déterminante (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 du 9 août 2010 consid. 3.3). En l'espèce, seule une évaluation exprimée par un psychiatre aurait pu établir si la dysthymie mentionnée pouvait avoir une valeur pathologique et, le cas échéant, déterminer une incapacité de travail relevante. En absence d'une telle évaluation, cette hypothèse ne pouvait pas être exclue a priori.

E. 10

Vu ce qui précède, le Tribunal administratif fédéral ne peut dès lors se prononcer et se doit, en application de l'art. 61 PA, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'OAIE afin qu'il établisse par tous moyens utiles, notamment une expertise orthopédique et psychiatrique, 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 et rende, après avoir accordé au recourant le droit d'être entendu, une nouvelle décision.

E. 11.1

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.

E. 11.2

Bien que le recourant ait obtenu gain de cause, il n'a ni eu recours à un mandataire professionnel ni encouru de frais particulièrement élevés et nécessaires à la cause, de sorte

qu'il ne lui est allouée 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.