

BVGer C-3625/2008 vom 11. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3625_2008

FR: TAF C-3625/2008 du 11 janvier 2010

IT: TAF C-3625/2008 del 11 gennaio 2010

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

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 de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

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. 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI (version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1er janvier 2008) 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. 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

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du

règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3

Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Selon un principe général de droit transitoire, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Par conséquent, le droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2007 et en fonction de la nouvelle réglementation légale à partir du 1^{er} janvier 2008. Restent réservées les règles spécifiques en cas de reconsidération de décisions entrées en force de chose jugée (cf. supra consid. 7.1).

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 art. 4 al. 1 LAI [version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1^{er} janvier 2008]). 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

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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Il est le lieu de préciser que, avant l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 662/3% au moins, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003).

E. 4.3

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI (version identique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et dès le 1^{er} janvier 2008) 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). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 5.1

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). 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, 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. 5.2

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. 6.1

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. 6.2

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 cons. 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 est 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. 7

En l'espèce, l'administration a admis qu'il n'y a pas matière à réviser la rente selon l'art. 17 LPGA. Est seul litigieux le point de savoir si les conditions pour procéder à une reconsidération de la décision d'octroi de rente du 12 mai 1998 au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA sont remplies.

E. 7.1

Selon cette disposition et la jurisprudence y relative (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références), l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement de fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le 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 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée. Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêts du Tribunal fédéral 9C_960/2008 du 6 mars 2009 consid. 4.2; 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 5.3; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 5). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral I 790/01 du 13 août 2003, consid. 3).

E. 7.2

Le cas échéant, une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble, l'autorité qui est appelée à statuer doit également examiner si le

recourant a encore droit à des prestations de l'assurances-invalidité au moment déterminant. Cela implique dès lors que l'administration, lorsqu'elle envisage de reconsidérer une décision, doit procéder à un double examen. En premier lieu, elle doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. Si elle répond affirmativement à cette question, elle doit alors examiner la situation existant au moment où elle rend sa décision, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3).

E. 8

En l'occurrence, il s'agit d'examiner si l'octroi à la recourante d'une rente entière d'invalidité par décision du 12 mai 1998 était manifestement erroné. Dans un rapport du 22 avril 1995 (doc 6 p. 24-25), le Dr G. _____ relève que l'assurée ne peut certainement plus exercer sa précédente activité d'aide-infirmière vu son atteinte à l'épaule gauche. Il précise toutefois que, après une rééducation adéquate, l'assurée serait peut-être apte à travailler dans une institution hospitalière pour l'accueil, la comptabilité ou le téléphone. Le Dr E. _____, dans un rapport du 17 octobre 1995 (doc 9 p. 1-2), confirme que l'assurée ne peut plus exercer sa profession habituelle et relève qu'il faudrait éventuellement discuter d'une reconversion dans un métier où l'intéressée n'aurait pas à faire un usage physique excessif de son bras gauche. Dans un rapport du 18 octobre 1996 (doc 14 p. 22 n° 4), il indique que la longue évolution et la persévérance de douleurs rendent la reprise d'une activité professionnelle improbable. Le Dr C. _____ estime quant à lui qu'une activité de substitution n'exigeant pas des efforts avec le bras gauche est exigible de la part de l'assurée (rapport du 8 décembre 1995 [doc 10 p. 1 n° 1.6]). Dans un rapport du 17 janvier 1997, il atteste que l'état de santé de la recourante est stabilisé et qu'une réadaptation professionnelle peut être envisagée (doc 15 p. 1 n° 1.6 et p. 2 n° 4). Pour sa part, le Dr J. _____, dans l'expertise du 17 juillet 1997, se réfère aux appréciations des Drs. C. _____ et E. _____ selon lesquelles l'assurée pourrait exercer une activité adaptée pour juger de la capacité de travail de la recourante. Il précise n'avoir aucun commentaire à faire sur ces prises de position détaillées auxquelles il se rallie (doc 17 p.15 n° 3). Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'instruction des faits au moment où la décision entreprise a été rendue était manifestement insuffisante pour se prononcer sur le droit de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité (cf. supra consid. 5.1). En effet, rien aux actes de la cause ne permettait de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ne pût pas exercer une activité adaptée. Bien plutôt, tous les médecins ayant donné leur opinion en la matière avaient retenu que l'exercice d'une activité de substitution était envisageable après réadaptation professionnelle. Certes, le Dr E. _____, dans son rapport succinct du 18 octobre 1996, semble émettre un avis moins favorable à ce sujet (doc 14 p. 22 n° 4). Cette appréciation - qui par ailleurs reste vague (on ne sait notamment pas dans quelle mesure le Dr E. _____ se réfère à des motifs d'ordre extra-médical), très succincte et se trouve en contradiction avec l'avis de ce même médecin rendu le 17 octobre 1995 - n'a cependant pas été confirmée par les Drs. C. _____ et J. _____ et ne pouvait ainsi pas être déterminante en soi. Il s'ensuit que l'administration n'a manifestement pas recueilli les informations dont elle avait besoin pour se prononcer et a de surcroît enfreint le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente. En outre, et quoiqu'en dise la recourante, le fait que l'administration, dans la note précitée du 17 décembre 1997, ait manifesté son intention de ne pas suivre les conclusions de l'assurance-accident quant au degré d'invalidité à retenir ne permet en aucun cas de conclure à une instruction suffisante de la part de l'administration avant la prise de la décision du 12 mai 1998. Pour le surplus, on relève que l'OAI GE, par

acte du 17 décembre 1997 à l'attention de l'OAIE (doc 19 p. 2), a estimé que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 80%. Or, rien au dossier ne permet de comprendre comment les organes de l'assurance-invalidité ont pu conclure à un tel taux (cf. notamment la documentation médicale susmentionnée [consid. 8, 2ème paragraphe] et les observations de l'administration dans le mandat au SMR du 19 octobre 2004 [doc 33 p. 1]), ce qui tend à nouveau à démontrer que la décision du 12 mai 1998 a été rendue de manière clairement précipitée et inexacte. A la lumière de ce qui précède, la décision d'octroi de rente du 12 mai 1998 apparaît manifestement erronée au sens de la jurisprudence précitée.

E. 9

Il reste à déterminer si les actes de la cause sont suffisants pour juger valablement de la présente affaire. L'autorité inférieure se fonde essentiellement sur l'expertise du 12 septembre 2002 effectuée par les Drs K. _____ et L. _____ et à son complément du 28 avril 2003. On note que ce document n'a pas été versé au dossier. Les conclusions principales de cette expertise sont toutefois retranscrites dans le jugement du 23 juillet 2003 rendu par le Tribunal administratif du canton de Genève (doc 30). Pour le reste, l'administration n'a pas jugé utile de procéder à un complément d'instruction. Dans la décision entreprise, elle se limite à indiquer que l'état de santé de l'assurée est resté stationnaire depuis 1997 (doc 65 p. 4) et, dans sa réponse au recours du 25 août 2008 (pce TAF 5), elle indique que les certificats médicaux succincts produits par la recourante ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas. Pour les raisons exposées ci-après, il appert que cette manière de procéder était contraire au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. supra consid. 5) et à l'obligation de l'administration de motiver ses décisions. En effet, on remarque que la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé (questionnaire pour la révision de la rente daté du 20 juin 2004 [doc 29 p. 1 n° 1.2]), ce que confirme le Dr M. _____, médecin généraliste (rapport du 2 août 2004 [doc 31 p. 2 n° C.1]). En outre, par acte du 13 juillet 2007 (doc 62 p. 1), l'OAIE a transmis pour compétence à l'OAI GE un rapport médical E 213 du 25 juin 2007 (doc 63 p. 1-8). Selon ce document, l'assurée souffre de rhumatisme articulaire aigu, de périarthrite scapulo-humérale, de dorsalgies, de dyspnée d'effort ainsi que d'un syndrome dépressif (doc 63 p. 2 et 5); il est par ailleurs précisé qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée (doc 63 p. 7 n° 11.12). On observe que ce rapport contient 12 pages et que les pages 7 à 10 prenant position sur la capacité de travail de l'assurée ne figurent pas au dossier. En procédure de recours, la recourante a par ailleurs produit un rapport médical du 28 mai 2008 établi par le Dr Q. _____, diplômé d'immuno-allergologie et d'ultrasonologie, attestant que la recourante est dans l'incapacité physique d'exercer une activité professionnelle (pce TAF 1 p. 13), un rapport du 28 mai 2008 établi par le Dr R. _____, rhumatologue, certifiant que la recourante souffre d'un rhumatisme inflammatoire la rendant inapte au travail (pce TAF 1 p. 14) et un rapport médical du 26 mai 2008 établi par la Dresse P. _____ attestant que l'assurée est atteinte de diabète de type 2 (pce TAF 1 p. 15). Il convient de prendre en considération ces documents, étant donné qu'ils apparaissent utiles pour juger de l'état de santé de la recourante avant le prononcé de l'acte litigieux (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 99 V 98 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 856/02 du 24 décembre 2003 consid. 2.3). La documentation médicale susmentionnée est de nature à semer un doute important quant au point de savoir si l'état de santé de la recourante n'a pas connu une détérioration notable depuis l'expertise du 12 septembre 2002. Il s'ensuit que l'administration aurait dû

investiguer davantage avant de se prononcer et, dans l'acte entrepris, prendre position sur l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 consid. 5.1; ATF 112 Ia 107, consid. 2b concernant l'obligation de motiver les décisions). Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours et, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'administration pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure veillera à effectuer toutes les démarches nécessaires permettant de juger valablement de la capacité de travail de la recourante. Pour se faire, elle versera notamment au dossier l'expertise médicale du 12 septembre 2003 effectuée par les Drs K. _____ et L. _____ et son complément du 28 avril 2003 ainsi qu'une version complète du rapport E 213 du 25 juin 2007, puis elle mettra en oeuvre la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration. Enfin, une nouvelle décision sera prise, étant précisé que l'administration, dans la comparaison des revenus effectuée par acte du 16 mai 2006 (doc 46 p. 3), a agi contrairement au droit en déterminant le revenu de valide sur la base du tableau TA7 (cf arrêt du Tribunal fédéral I 471/04 consid. 3.5 et les références) et que, en l'espèce, il convient de prendre en compte la jurisprudence spécifique concernant les assurés présentant un âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_471/2007 du 21 février 2008 consid. 5.2).

E. 10.1

La recourante ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

E. 10.2

La recourante ayant agi en étant représentée, il lui est alloué 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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

E. 10.3

Eu égard à ce qui précède, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet. (le dispositif se trouve à la page suivante)

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