

BVGer C-3767/2011 vom 24. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3767_2011

FR: TAF C-3767/2011 du 24 août 2012

IT: TAF C-3767/2011 del 24 agosto 2012

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 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

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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. Selon 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. 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

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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1er juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

E. 2.2

L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1er avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de

l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: 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 (RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831) - 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 le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

E. 2.3

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. 2.4

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 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). 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 celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.1

La décision dont est recours fait suite à une demande de rente ayant été rejetée par décision du 25 juin 2009 de l'OAIE au motif que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail durable selon les éléments médicaux et professionnels.

E. 4.2

En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si

elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

E. 4.3

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause 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).

E. 4.4

En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 8 juin 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf).

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 LPG/LAI et - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). 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 puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années 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 LPG, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 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% 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 (art. 28 al. 2 LA). 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. 29 al. 4 LAI - 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 LPG) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins. Une incapacité de gain de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art., 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

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 LPG). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPG et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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 LPG dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 7.1

La recourante a notamment travaillé en Suisse comme employée de bureau du 1er décembre 1999 au 30 juin 2010, en dernier lieu à 90%. Une demande de prestations AI alors déposée en novembre 2007 fut rejetée le 25 juin 2009 du fait que l'intéressée ne présentait pas d'invalidité au sens de la législation. Il appert du dossier que l'intéressée a eu plusieurs interruptions de travail pour cause de maladie de juin 2005 à janvier 2009. Après un arrêt maladie sans interruption depuis le 2 septembre 2010 elle fut licenciée au 30 juin 2011 et fut mise en incapacité de travail à 100% depuis le 10 juillet 2011 par son médecin traitant. Elle n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors selon les pièces au dossier.

E. 7.2

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPG et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPG, 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 (méthode générale).

E. 7.3

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin 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. 8.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 8.2

Le Tribunal des assurances 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. 9.1

En l'espèce l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 31 mars 2011 en raison notamment de céphalées très importantes depuis le 1er janvier 2008 et a joint plusieurs attestations d'arrêts maladie de son médecin traitant concernant les années 2010 et 2011. Elle fut également en arrêt maladie à de nombreuses reprises en 2008 et 2009. L'attestation de licenciement au 30 juin 2011 indique un arrêt maladie sans interruption depuis le 2 septembre 2010.

E. 9.2

Du point de vue somatique on peut relever ce qui suit. Le rapport de tomodensitométrie du 23 mars 2010 ne fait pas état d'indications particulières autres que de type séquellaire en relation avec l'accident du 28 janvier 1989. Le rapport d'IRM cérébral descriptif du 29 juin 2010 est sans indication particulière. Le rapport d'IRM cérébral du 9 juillet 2010 indique une mucocèle ethmoïdale droite sans que celle-ci soit en relation avec les céphalées selon l'appréciation du Dr E. _____ en dernier lieu du 3 janvier 2011. Le rapport de radiographie du rachis cervical face daté du 11 avril 2011 n'indique pas de tassement cervical, relève l'intégrité du mur vertébral postérieur et pas de pincement des espaces intersomatiques. Le rapport de consultation neurologique du 24 mars 2011 de la Dresse F. _____ indique un examen strictement normal préconisant un suivi non médicamenteux. Sur la base de cette documentation clinique le service médical de l'OAI-GE n'a pas retenu de justification à une incapacité de travail de longue durée. Selon le Tribunal de céans, cette appréciation sur la base de la documentation produite ne saurait être remise en cause sous l'angle somatique.

E. 9.3.1

S'agissant des céphalées, il convient de relever qu'elles sont d'une certaine intensité - vu les pièces au dossier notamment du Dr D. _____ - et affectent la recourante dans ses activités quotidiennes. Le rapport médical de la Dresse G. _____, médecine générale, fait état des plaintes importantes de l'assurée et relève un status sans particularité à l'examen clinique en dehors de tensions des muscles péri-crâniens. Elle retient le diagnostic de migraines anciennes et actuelles céphalées chroniques quotidiennes avec surconsommation d'antalgiques préconisant un suivi ambulatoire sans se prononcer sur une incapacité de travail induite des atteintes à la santé. Sur le plan psychologique il appert du dossier que l'intéressée présente une certaine fragilité non sans lien avec l'accident de la route qui l'affecta en janvier 1989. Bien qu'elle ait pu exercer depuis 1994 jusqu'à environ fin 2007 une activité lucrative à quasi plein temps sans rencontrer de problème majeurs, cette fragilité est toujours constante et ses nombreuses interruptions de travail depuis 2007 peuvent être en lien avec ladite fragilité. Son médecin traitant, le Dr D. _____, fait état dans un rapport médical non daté (apparemment de peu avant le 1er juillet 2011) d'un état dépressif sur un fond permanent d'anxiété et d'un suivi psychiatrique régulier. L'intéressée a produit de Mme H. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie, un rapport du 28 juin 2011 relatant un état anxio-dépressif récurrent dans le cadre d'un trouble sévère de la personnalité de type borderline, d'un suivi depuis octobre 2005 par une psychothérapie régulière parfois bihebdomadaire. Son rapport conclut à la nécessité d'une expertise psychiatrique par un médecin. La Dresse G. _____ dans son rapport du 19 avril 2011 relève au titre des antécédents un syndrome dépressif réactionnel depuis 5 ans avec suivi psychothérapeutique.

E. 9.3.2

En soi un suivi psychologique, aussi nécessaire que bénéfique soit-il, n'est pas probatoire d'un status psychiatrique invalidant. Toutefois, comme l'atteste la Dresse G. _____ dans son certificat du 19 avril 2011, ainsi que le Dr D. _____, l'intéressée présente des syndromes dépressifs réactionnels récurrents avec suivi psychothérapeutique et traitement antidépresseur. Cette pathologie n'a fait l'objet d'aucun examen médical approfondi. A ce sujet, le service médical de l'OAI-GE a exposé que le diagnostic de trouble sévère de la personnalité de type borderline ne saurait en principe être retenu s'agissant d'une personne qui pendant près de 10 ans a exercé une activité lucrative à quasi plein temps. Toutefois, en l'espèce il ne s'agit pas forcément d'un trouble sévère de la personnalité, mais plutôt de la question de savoir quelles sont les conséquences des syndromes dépressifs dont est affectée l'assurée sur sa capacité de travail résiduelle. A défaut de tout examen psychiatrique, le collège de céans n'est pas en mesure de statuer sur cette question. Donnant suite à la recommandation de la psychologue et compte tenu du cadre historique de l'intéressée, il se justifie de retourner le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'il éclaire la gravité et la portée du syndrome dépressif par une expertise psychiatrique. Il appert de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 10.1

La recourante ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400 francs lui est remboursée.

E. 10.2

La recourante ayant agi sans être représentée et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, elle n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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