

BVGer C-3807/2007 vom 28. November 2008

Bundesverwaltungsgericht, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3807_2007

FR: TAF C-3807/2007 du 28 novembre 2008

IT: TAF C-3807/2007 del 28 novembre 2008

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 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 aux art. 33 et 34 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. 2

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1er juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

E. 3.1

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. 3.2

Le recourant est particulièrement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Il a, partant, qualité pour recourir.

E. 3.3

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours.

E. 4

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4ème révision), 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 consid. 1.2). Pour les mêmes raisons, les dispositions relatives à la 5ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. Les dispositions de la LAI et de son ordonnance d'exécution seront donc citées dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 5

Le recourant a présenté sa dernière demande de rente le 7 janvier 1999. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI 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 7 janvier 1998 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 10 mai 2007, 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. 6.1

Selon les normes en vigueur à la date de la décision attaquée, 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 durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

E. 6.2

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si il est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

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. 7.2

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). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. 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 - 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 de l'UE et y réside.

E. 7.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. 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.-à-d. susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). 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).

E. 7.4

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.

E. 8

Le recourant a travaillé en Suisse par intermittence à compter de 1975. Il est retourné dans son pays d'origine en 1992 et a cessé de travailler le 1er novembre 1998. L'assuré n'a, depuis, plus repris d'activité rémunérée. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA 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 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 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. 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. 9

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre principalement d'un syndrome anxio-dépressif et d'éthylisme. Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 10.1

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. 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 citées).

E. 10.2

Il est à relever que la jurisprudence considère que la toxicomanie ou la dépendance à l'alcool ne sauraient justifier d'emblée la reconnaissance d'une invalidité. L'atteinte pathologique (physique ou psychique) doit au contraire être telle qu'elle entraîne effectivement une diminution de la capacité de gain (SVR 2001, IV, n. 3 = Pratique VSI 2001, p. 223; 2002, p. 30).

E. 11.1

En l'occurrence, l'OAIE a d'abord fondé la décision litigieuse sur la prise de position du 8 mars 2007 du Dr Paripovic du SMR (pce 109), qui reconnaissait au recourant une pleine capacité de travail dans toute activité. L'Office a ainsi considéré que les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réunies (cf. pce 114). Ensuite de la réception de la réplique du 18 mars 2008 du recourant et de la documentation médicale qu'il y a jointe, l'OAIE a sollicité une nouvelle prise de position dudit service. Celui-ci, en la personne du Dr Paripovic, a estimé que le recourant était totalement incapable d'exercer une activité lucrative depuis 1993 (pce 118). Estimant les deux appréciations médicales du Dr Paripovic contradictoires, l'Office a soumis le dossier au Dr Lehmann, qui a conclu à une incapacité de travail de l'assuré de 20% dans une activité de substitution légère et adaptée. Forte de cette dernière prise de position de son service médical, l'administration a conclu devant l'autorité de céans au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Le recourant, pour sa part, fait valoir en substance que la sécurité sociale française l'a reconnu totalement incapable de travailler dans toute activité professionnelle et qu'il devrait dès lors en être de même en Suisse.

E. 11.2

A titre liminaire, il sied de rappeler (cf. 2 supra) au recourant que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. Les décisions prises par la sécurité sociale française ne lient donc pas les autorités suisses. L'autorité de céans considère que la demande de rente de l'assurance-invalidité n'a pas été instruite à satisfaction par l'autorité inférieure. Au vu de la nature du diagnostic qui a été posé par les médecins sollicités et de l'apparente gravité des affections reconnues à l'assuré, l'OAIE ne pouvait simplement se fonder sur la prise de position du 8 mars 2007 de son service médical (pce 109) pour rejeter la demande de prestations formulée par A._____. Les Drs Bindler, Himmelspach et Wilhelm, ainsi que la sécurité sociale française ont, en effet, tout de même jugé que l'assuré était totalement incapable de travailler. L'Office se devait donc d'étayer ses assertions d'une expertise psychiatrique, indépendante et complète. Ce d'autant plus qu'une telle documentation médicale avait été explicitement requise, à réitérées reprises, par le Dr Hobin du service médical de l'OAIE (cf. pces 96, 103). Il est à relever de plus que le Dr Paripovic, dans sa prise de position du 8 mars 2007 qui a fondé la décision querellée, avait clairement précisé que le rapport d'expertise requis du psychiatre traitant ne lui était jamais parvenu, qu'il aurait été détruit. Enfin, la fiche médical du service des assurances sociales françaises (pce 106) sur laquelle ce dernier médecin s'est basé pour rendre son avis, ne remplit manifestement pas les conditions d'une expertise administrative et ne saurait dès lors en pallier le défaut. Après le dépôt du recours, de nouvelles pièces médicales ont été versées au dossier. Ces documents doivent être examinés lors même qu'ils sont postérieures à la décision attaquée (examen rétrospectif: ATF 121 V 366, 116 V 248). Dans leurs rapports, les Drs Chaumont et Hein reconnaissent au recourant une incapacité de travail de 100%, le Dr Keel de 50%. Le Dr Paripovic s'est, ensuite, manifestement inscrit à faux contre sa prise de position du 8 mars 2007 dans celle du 13 mai 2008 et a conclu à une incapacité de travail complète de A._____ dans toute activité. L'apparente gravité des affections dont souffre le recourant a ainsi été corroborée par les divers documents médicaux versés au dossier postérieurement à la décision litigieuse, exception faite de l'avis médical du 12 juin 2008 du Dr Lehmann. Ce médecin ne retient qu'une incapacité de 20%. Il ne saurait toutefois être suivi. D'une part, parce que ledit médecin n'est pas psychiatre, la fiabilité de son appréciation médicale dans le cas d'espèce pouvant dès lors être remise en cause (arrêts du Tribunal fédéral 9C 341/07 du 16 novembre 2007 consid. 4.1, I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et I 1098/06 du 29 novembre 2007 consid. 9.2). D'autre part, parce que, comme nous l'avons vu, les autres documents médicaux figurant au dossier mettent en évidence des troubles d'une gravité telle qu'une incapacité de 20% n'apparaît pas proportionnée. La nécessité d'une expertise psychiatrique était donc patente à chaque étape de la procédure et il subsiste à ce jour des contradictions, notamment au sein même du SMR, qui n'ont pas vocation à être tranchées par l'autorité de recours. Il est le lieu de préciser qu'en l'occurrence, l'autorité de céans ne saurait statuer au fond et reconnaître au recourant une incapacité de travail de 50%. L'expertise privée du Dr Keel n'a, en effet, pas la valeur probante d'une expertise mise en oeuvre par un tribunal ou un assureur-invalidité (ATF 125 V 151).

E. 12

Le recours doit, partant, être admis en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision, après avoir

procédé à une instruction complémentaire (art. 61 PA). A cet effet, une expertise psychiatrique sera effectuée. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis pour examen à un médecin du service médical de l'administration.

E. 13

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 300.-, versée par A._____ le 25 septembre 2008, lui est remboursée.

E. 14

Le recourant n'étant pas représenté, il ne lui est pas alloué de dépens (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]).

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