

BVGer C-3884/2011 vom 17. September 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3884_2011

FR: TAF C-3884/2011 du 17 septembre 2012

IT: TAF C-3884/2011 del 17 settembre 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité 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. 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. 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. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats 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. A 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 Etats (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 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. 2.2

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. Les nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1er avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n°1478/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

E. 2.3

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 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

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 les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 30 septembre 2010. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 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). Le recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 5.1

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 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. 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 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 LPGA).

E. 5.2

Il faut toutefois préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel - comme dans le cas d'espèce, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après l'incapacité dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI; méthode mixte).

E. 5.3

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 LAI). 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 LPGA) - 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. 5.4

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 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. 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. 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. 5.5

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 30 mars 2010 (six mois après le dépôt de la demande) 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 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf).

E. 6.1

La recourante a travaillé en Suisse comme salariée de 1973 à 1987. Retournée en Espagne, elle devient tenancière indépendante d'un snack bar avec son mari du 1er novembre 2006 au 30 juin 2008. Suite à cela, la recourante reprend une activité d'aide en gériatrie à temps partiel (15 heures par semaines) pour une durée déterminée du 2 mars 2009 au 16 juin 2009 (cf. supra let. A).

E. 6.2

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. 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, en application de la méthode dite générale, 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.

E. 6.3

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. 7.1

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. 7.2

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. 8.1

En l'espèce, le tableau clinique est clair. Les différents médecins s'accordent pour reconnaître à la recourante un trouble anxieux dépressif, soigné par antidépresseurs (20mgr de X. _____ par jour). En outre, il est également établi que l'intéressée a subi en 2009 une hystéroscopie et polipectomie, ainsi qu'une cure hémodynamique de ses varices à la jambe gauche (OAIE pces 21 à 31, 33, 35 et 36). S'agissant de l'influence des affections de la recourante sur sa capacité de travail, il ressort du formulaire E 213 du 25 octobre 2010 que l'assurée souffre d'un syndrome dépressif réactionnel à des problèmes de vie et d'une trouble adaptatif fluctuant, mais présente pour le surplus un bon état général. Le médecin estime dès lors que l'intéressée reste apte à travailler à temps plein dans tout type d'activités ne nécessitant pas de travailler la nuit et n'induisant pas de contrainte de temps. Par ailleurs, il mentionne que l'état de santé de la recourante pourrait s'améliorer par la mise en place d'un soutien psychologique (OAIE pce 36).

E. 8.2

Quant à la recourante, elle conteste être apte à travailler (OAIE pce 42). Il ressort du questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage que celle-ci ne peut effectuer certaines tâches, tel que laver les vitres, faire les courses, l'entretien du linge et bénéficie de l'aide de proches à hauteur de 20h par semaine (OAIE pce 9). Toutefois, l'intéressée ne produit à l'appui de ses allégations aucun rapport médical allant à l'encontre des conclusions du rapport E 213 et permettant de douter qu'elle puisse travailler ou effectuer ses tâches ménagères. En effet, ses médecins traitants ne prennent à aucun moment position sur sa capacité de travail (OAIE pces 21 à 29), à l'exception de la Dresse C. _____ dans un rapport médical du 26 juin 2009 (OAIE pce 31) qui indique de manière assez vague que le trouble dépressif de l'assurée pourrait entrer en conflit avec son travail. L'intéressée souligne encore qu'il ressort du rapport médical de la Dresse C. _____ du 4 janvier 2011 qu'elle se remet d'une fracture du bras et de la jambe gauche, entraînant des douleurs et une impotence fonctionnelle (OAIE pces 38 et 42; TAF pces 1 et 6). Finalement, la recourante argue dans son mémoire de réplique que l'autorité inférieure a retenu à tort qu'elle est apte à exercer son activité habituelle, eu égard aux limitations fonctionnelles citées dans le formulaire E 213 qui ne lui permettent pas de travailler de nuit ou dans un travail avec des contraintes de temps (TAF pce 6).

E. 8.3

Quant à l'autorité inférieure, se basant sur les conclusions du formulaire E 213, elle retient que A. _____ ne subit pas d'incapacité de travail significative en raison de ses varices, de ses métrorragies ou de son trouble dépressif fluctuant, notamment eu égard au dosage léger de ses antidépresseurs; son service médical estime pour le surplus que le questionnaire pour

assuré travaillant dans le ménage rempli par l'assuré comporte des limitations subjectives non corroborée par l'examen clinique (OAIE pce 40).

E. 9.1

Premièrement, le Tribunal remarque que le service médical de l'OAIE se fonde sur un rapport E 213 du 25 octobre 2010 établi par le Dr F._____, après un examen personnel de l'assurée, remplissant les conditions jurisprudentielles relatives à la valeur probante de documents médicaux et permettant ainsi de prononcer un jugement sur le droit litigieux; en effet, celui-ci est complet, circonstancié et aboutit à des conclusions claires et univoques. Certes, le médecin signale qu'un travail de nuit ou lié à des contraintes de temps ne peut pas être exigé de la recourante, toutefois le praticien déclare celle-ci apte à travailler dans tout type d'activité malgré un trouble dépressif fluctuant qui n'est à aucun moment qualifié de suffisamment grave pour être invalidant. Or, eu égard à la valeur probante de ce formulaire - base de la décision de l'OAIE - et eu égard au fait qu'aucun document médical au dossier ne permet de corroborer les déclarations de l'assurée concernant la conduite de son ménage ni ses allégations tendant à ce que lui soit reconnu une incapacité entière de travail, force est au Tribunal de se rallier à l'avis de l'autorité inférieure.

E. 9.2

En effet, le Tribunal souligne que le rapport médical de la Dresse C._____ du 26 juin 2009 (OAIE pce 31) ne comporte qu'une suite de diagnostics, sans prise de position claire concernant la capacité de travail de la recourante, qui ne saurait correspondre aux exigences jurisprudentielles en la matière pour se voir octroyer pleine valeur probante (cf. supra consid. 7.2). De plus, dans un autre certificat médical du 4 mars 2010, la même praticienne indique que le traitement médical de l'assuré présente des effets favorables (OAIE pce 33), ce qui tend à conforter les conclusions du formulaire E 213 considérant le trouble dépressif de la recourante comme non invalidant.

E. 9.3

Concernant le certificat médical du 4 janvier 2011, indiquant que l'assurée a subi une fracture d'un bras et d'une jambe, le Tribunal remarque que ce problème de santé n'est pas documenté par des examens médicaux; il n'est en outre pas établi depuis quand il existe et s'il affecte la capacité de travail de l'assurée; la Dresse C._____ ne se prononce en effet pas à ce sujet, se contentant de signaler que l'assurée se remet de ces deux fractures. Partant, on ne saurait accorder valeur probante à ce rapport médical selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 7.2) et il ne sera pas retenu par le Tribunal.

E. 9.4

Quant aux autres certificats médicaux produits par la recourante, ils décrivent en termes plutôt succincts les pathologies de l'assurée, sans procéder à des examens objectifs complets et sans prendre position sur sa capacité de travail. En outre, il y a lieu de tenir compte qu'il proviennent de médecins traitant. Or, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). De plus, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

E. 9.5

Pour finir, selon le Dr F._____, l'état de santé de l'assurée devrait s'améliorer par la mise en place d'un suivi psychologique (formulaire E 213 du 25 octobre 2010; OAIE pce 36). Or, le Tribunal de céans rappelle que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

E. 9.6

Aussi, dans la mesure où les pièces versées au dossier, ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions du rapport E 213, le Tribunal de céans est en droit de retenir que l'intéressée est apte à travailler à temps plein dans son activité habituelle ou dans toute autre activité professionnelle ne nécessitant pas de travailler la nuit ou induisant des contraintes de temps.

E. 10

Le recours étant manifestement infondé, il est rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85bis al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10) auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI en relation avec l'art. 23 al. 2 LTAF.

E. 11

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario 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.