

BVGer C-3941/2013 vom 6. Februar 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3941_2013

FR: TAF C-3941/2013 du 6 février 2014

IT: TAF C-3941/2013 del 6 febbraio 2014

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 3

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (doc 10).

E. 4

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 4 al. 1 LAI). 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI 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% 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

E. 5

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle

déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). 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; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 6

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. 7

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG), l'administration et, en procédure de recours, le juge constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). En particulier, une expertise sera mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 122 V 157 consid. 1a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 8C_668/2012 du 26 février 2013 consid. 6.2 in fine).

E. 8

En l'espèce, il ressort du dossier que l'assuré a été victime d'un accident du travail le 17 juillet 1998 avec [1] fracture des apophyses transverses vertébrales droites de L1, L3, L4 et L5, [2] fracture du bassin (plus précisément des branches iléo- et ischiopubiennes des deux côtés) et [3] fracture-luxation de la cheville gauche qui a rendu nécessaire une opération pour ostéosynthèse (rapport du 17 juillet 1998 [doc 24]). Par la suite, il a repris son activité habituelle à plein temps dans le domaine de la construction (formulaire E 205 du 5 mars 2012 [doc 5 p. 3-4]; questionnaire pour l'employeur du 2 mai 2012 [doc 14 p. 6 n° 5]; questionnaire à l'assuré du 8 mai 2012 [doc 14 p. 1 chiffre 3]). En date du 6 janvier 2011, il a fait une chute de cheval qui a entraîné une fracture-luxation postérieure du coude gauche et arrachement des apophyses coronoïdes de l'olécrâne. Le traitement a constitué en une réduction fermée, puis en la mise d'une atelle plâtrée postérieure pendant 6 semaines et enfin en 30 séances de physiothérapie d'octobre 2011 au 9 janvier 2012 (cf. rapport E 213 du 6 mars 2012 [doc 8 p. 2 n° 3.2]; rapports des 6 janvier 2011 [doc 7] et 16 janvier 2012 [doc 28 mentionnant une évolution favorable]). L'administration est d'avis que les séquelles de l'accident de travail de 1998, de même que les suites du deuxième accident de janvier

2011 n'ont pas engendré une incapacité de travail d'une durée suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'assuré dans la période déterminante courant du 2 août 2012 au 30 mai 2013 (cf. supra consid. 2.3). Le recourant conteste cette évaluation en mettant en avant ses affections.

E. 9

Le Tribunal de céans prend position comme suit.

E. 9.1

A titre liminaire, il sied de souligner que, selon les dispositions topiques et la jurisprudence, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (cf. supra consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003). Ainsi, 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 (art. 46 al. 3 du règlement [CE] n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; voir aussi ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009). Le fait que les institutions de sécurité sociale d'un pays membre de l'Union Européenne mettent un assuré au bénéfice de certaines prestations sociales n'est donc en soi pas de nature à lier les organes de l'assurance-invalidité suisse. En l'occurrence, il n'est donc pas déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnole aient mit l'intéressé au bénéfice de prestations d'assurance sur la base d'une invalidité partielle de 33% (cf. rapport médical E 213 du 6 mars 2012 [doc 8 p. 10 n° 11.7] et formulaire E 204 du 6 mars 2012 [doc 4 p. 4]; acte des institutions de sécurité espagnole non daté concernant l'évaluation de l'invalidité [doc 6]). De plus, 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. En particulier, si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

E. 9.2

En l'espèce, il appert que le service médical de l'OAIE a été appelé à plusieurs reprises à se déterminer dans la présente affaire (cf. rapports des 23 juin 2012 [doc 16], 14 février 2013 [doc 39], 23 mai 2013 [doc 51] et 4 octobre 2013 [doc 62]) et, à chaque foi, a conclu à ce que l'assuré présentait un taux d'invalidité élevé dans sa profession habituelle, mais qu'en revanche l'exercice d'une activité adaptée était exigible de sa part à plein temps. Il s'agirait d'une activité légère à moyennement lourde (maximum 15 kg), assise et/ou avec changement de position sans exposition à diverses nuisances ou au froid comme par exemple "concierge/gardien d'immeuble/de chantier; surveillant de parking/musée; petites livraisons avec véhicule; vente par correspondance; vendeur en général; réparation de petits appareils /articles domestiques; caissier; vendeur de billets; enregistrement, classement, archivage; distribution de courrier interne, commissionnaire; accueil/réceptionniste, standartiste/ téléphoniste; saisie de données /scannage" (doc 51 p. 2 et 5). En particulier, dans la prise de position susmentionnée du 4 octobre 2013 (doc 62), la Dresse C. _____,

spécialiste en médecine générale et médecine physique et réadaptation, relève que l'assuré garde des séquelles de l'accident de juillet 1998 en ce sens qu'il fait l'objet d'une limitation de la dorsiflexion de la cheville gauche et présente des contractures paravertébrales lombaires avec limitation de l'amplitude des mouvements du rachis. En rapport avec l'affection au coude gauche, elle relève une flexion/extension de 145°/40° avec pro-supination limitée de 50% sans douleur ni atrophie. Finalement, elle mentionne également une tendinite du tendon sous-épineux et une possible coxarthrose débutante. Selon cette praticienne, les données complètes fournies par l'INSS permettent de confirmer l'exigibilité d'une activité de substitution. Or, force est de constater que cette évaluation concorde avec celle rendue par le service médical de l'INSS. En effet, dans le rapport médical E 213 du 6 mars 2012 faisant suite à un examen personnel de l'assuré du 6 février 2012 (doc 8 p. 2 n° 2.1), il est indiqué, dans la rubrique des antécédents médicaux, que l'assuré a été victime d'une fracture de vertèbres lombaires, du pelvis, de la cheville gauche et qu'il présente des lombalgies résiduelles (doc 8 p. 1 n° 3.1). Ses plaintes actuelles portent principalement sur une fracture-luxation du coude gauche, étant précisé que le patient est droitier [doc 8 p. 2 n° 3.2 et p. 8 n° 8], que son état s'est stabilisé (doc 8 p. 8 n° 8) et qu'il ne suit aucun traitement médicamenteux (doc 8 p. 2 n° 3.3) ni ne fait l'objet d'investigations médicales en ce moment (doc 8 p. 7). A l'examen clinique, il est constaté, [1] au niveau de la colonne vertébrale une fonctionnalité conservée, [2] au niveau du coude, une flexion/extension de 145°/40° avec pro-supination limitée de 50%, force symétrique ainsi qu'absence de douleur et d'atrophie et, [3] au niveau des membres inférieurs, une fonctionnalité conservée avec une marche normale. Les limitations fonctionnelle consistent en des difficultés pour la réalisation de certains travaux à son poste habituel (doc 8 p. 8 n° 8) raison pour laquelle il a été mis au bénéfice de prestations d'assurances en Espagne sur la base d'une invalidité partielle de 33% (doc 8 p. 10 n° 11.7). Fort de ces constats, le médecin de l'INSS pose le diagnostic de fracture-luxation du coude gauche et estime que l'assuré ne peut plus effectuer son activité habituelle mais qu'en revanche une activité de substitution est exigible à 100% de sa part (doc 8 p. 10). Le rapport E 213 n'est donc d'aucun secours au recourant. Il en va de même des autres rapports médicaux versés au dossier. En particulier, les rapports radiographiques des 15 février 2012 (doc 29 [1 document]) et 3 septembre 2012 (doc 30 p. 1-4 [4 documents datés du même jour]) font certes part de changements dégénératifs et d'inflammations dans l'appareil locomoteur de l'intéressé, à savoir notamment [1] une hyperlordose lombaire ainsi que des signes d'ostéoarthrose dans les articulations interapophysaires des dernières vertèbres lombaires (doc 30 p. 1), [2] des modifications posttraumatique au niveau de la cheville gauche et éventuellement également de la malléole postérieur du tibia (doc 30 p. 2), [3] des calcifications proches de l'épicondyle et de l'épitrôchlée compatibles avec une enthésopathie (doc 30 p. 3), [4] des calcifications de fracture au niveau de la hanche et du pelvis (doc 30 p. 4) et [5] des signes suggérant la présence d'une tendinite du tendon sous-épineux (doc 29). Cependant, le service médical de l'OAIE est d'avis que ces atteintes ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée (cf. rapport du 4 octobre 2013 [doc 62]), ce qui n'est contredit par aucune pièce médicale versée au dossier. Bien plutôt, l'examen ostéomusculaire du 16 octobre 2012 (doc 31) est rassurant puisqu'il se limite à relever des mouvements limités mais sans douleurs au niveau de la colonne lombaire, de la hanche, du coude et de cheville gauche. L'épaule est décrite comme étant indolore et sans limitation au niveau des mouvements. A cela s'ajoute que le recourant auquel la prise de position médicale du 16 octobre 2013 a été notifiée par ordonnance du 3 décembre 2013 avec octroi d'un délai pour déposer ses observations

éventuelles et produire des moyens de preuve idoines (pce TAF 11) , n'a développé aucune argumentation topique allant à l'encontre de l'estimation du service médical de l'OAIE. En particulier, il n'indique pas en quoi l'enthésopathie et la tendinite du tendon sous-épineux le gênerait dans l'accomplissement des travaux de substitution ni ne fait part d'un traitement qu'il suivrait à cet égard (sur les limite du principe inquisitoire cf. supra consid. 7). Dans ces conditions, le Tribunal administratif fédéral ne peut que se rallier aux conclusions de l'administration et conclure que le recourant, d'un point de vue strictement médical est clairement en mesure d'accomplir une activité de substitution à plein temps.

E. 10

Il convient encore d'examiner si la comparaison des revenus a été faite de manière conforme au droit.

E. 10.1

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu gagner 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6.1 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Le gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4), soit en l'espèce en septembre 2012 (cf. supra consid. 2.3). En outre, l'autorité est tenue d'effectuer la comparaison de revenus sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse; dans ces situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêts du Tribunal fédéral I 215/04 du 4 mai 2005; I 321/05 du 28 octobre 2005), étant précisé que comme les données ESS 2012 ne sont pas encore connues, il convient de se référer in casu aux données ESS 2010 adaptées à l'évolution des salaires en 2011 et 2012. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

E. 10.2

En l'occurrence, il appert que les paramètres retenus par l'administration dans la comparaison des revenus du 5 mars 2013 (doc 40) qui au demeurant ne sont pas contestés spécifiquement par le recourant ne prêtent pas le flanc à la critique. Ainsi, l'administration a

suffisamment tenu compte du fait que l'assuré, selon le formulaire pour l'employeur du 2 mai 2012 (doc 14 p. 6 n° 3a), était "1er maçon" ("oficial de 1. albañil") en le classant dans la catégorie ESS construction, niveau 3, qui requiert des connaissances spécialisées. Par ailleurs, les différentes limitations fonctionnelles dont souffre l'assuré ont suffisamment été prises en considération puisque l'OAIE a déterminé le salaire d'invalidé en se basant sur une moyenne de salaires de 6 secteurs particuliers du niveau 4 (activités simples et répétitives) plutôt que de se baser sur la moyenne des salaires tout secteur confondu comme cela se fait en règle générale (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_879/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3.4.3; 9C_380/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.2) et qu'il retient de surcroît un abattement de 10% pour tenir compte des particularités du cas concret ce qui n'est pas critiquable, dès lors que, si l'assuré présente effectivement certaines limitations fonctionnelles dans l'exercice d'activités de substitution (cf. supra consid. 9.2), il peut accomplir celles-ci à plein temps et était âgé de seulement 49 ans lors du prononcé de l'acte entrepris.

E. 10.3

Ainsi, le revenu de valide se détermine en fonction du salaire moyen d'un salarié travaillant dans le secteur "construction", niveau de qualification 3, et se monte à Fr. 5'742 pour 40 h./sem. et à Fr. 6'133.07 en tenant compte de l'horaire usuel moyen dans ce secteur en 2012 (41.8 h./sem.) et de l'augmentation des salaires en 2011/2012 (+ 0.8% et + 1.4%). Quand au salaire d'invalidé, il correspond à la moyenne des revenus du niveau de qualification 4 dans les secteurs "commerce de gros" (Fr. 4'869.- pour 40 h./sem. en 2010), "commerce de détails" (Fr. 4'508.-), "activités de services administratifs et de soutien" (Fr. 4'501.-), "Services bâtiments, aménagement paysager" (Fr. 4'114.-), "réparation de biens personnels et domestiques" (Fr. 3'672.-) et "autres services personnels" (Fr. 4'256.-) qu'il sied encore d'adapter aux horaires usuels dans les secteurs concernés en 2012 (41.9, 41.8, 42.1, 42.1, 41.9 respectivement 41.9 h./sem.) et de l'augmentation des salaires en 2011/2012 (+ 0.8%/+ 1.5%, + 1.5%/+ 1.8%, + 0.4%/+ 1.5%, + 0.4%/+ 1.5%, + 0.2%/+ 2.4 respectivement + 0.2%/+ 2.4%). Il s'ensuit une moyenne de Fr. 4'641.12 à laquelle il convient encore de procéder à un abattement de 10% pour tenir compte des circonstances afférentes au cas concret (90% de Fr. 4'641.12 = Fr. 4'177.01). La comparaison du revenu de valide de Fr. 6'133.07 au revenu d'invalidé de Fr. 4'177.01 fait donc apparaître un taux d'invalidité de 31.89% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ($(6'133.07 - 4'177.01) \times 100 : 6'133.07$).

E. 11

Eu égard à tout ce qui a été dit, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté. Celui-ci devant être considéré comme manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85bis de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]). 12.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge du recourant débouté (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 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]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assuré. 12.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).