BVGer C-4222/2009 vom 7. April 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4222_2009

FR: TAF C-4222/2009 du 7 avril 2010

IT: TAF C-4222/2009 del 7 aprile 2010

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 à l'art. 33 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-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2.1

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. 2.2

En l'espèce, 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. 2.3

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai (cf. pce 1 TAF) et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

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). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont donc applicables. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 4.1

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 suisse durant trois années au moins (art. 36 LAI). 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).

E. 4.2

En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total (cf. pces 27 s.) 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. 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 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. 5.2

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. 2 LAI). Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont, en application de art. 29 al. 4 LAI, versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA).

E. 5.3

Conformément à 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. En outre, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

E. 5.4

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. 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. 6

Le recourant a travaillé en Suisse du 1er juillet 1997 au 31 décembre 2000. Il a exercé, de 1970 à 1974, l'activité d'employé administratif, de 1991 à 2006, l'activité consistant dans la préparation et l'emballage de jus de fruit à raison de 60 heures par semaine, puis, à compter de 2006, la profession de jardinier à raison de 14 heures par semaine. L'assuré a, en mai 2008, cessé de travailler pour des raisons de santé. 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. 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. 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

L'art. 69 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI 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. Les Offices de l'assurance-invalidité peuvent convoquer les assurés à un entretien, la date de celui-ci devant leur être communiquée dans un délai approprié. 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 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 8.1

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre essentiellement d'une arthrite rhumatoïde, d'importantes limitations fonctionnelles, d'un diabète de type II, d'une diminution de la vision tridimensionnelle et de l'acuité visuelle, ainsi que d'hypertonie artérielle de grade II.

E. 8.2

L'OAIE retient que si le recourant ne peut plus reprendre sa dernière activité de jardinier, il pourrait cependant exercer à plein temps une activité légère et adaptée, à l'exemple d'une

activité d'ouvrier non qualifié/manoeuvre, surveillant de parking/musée, magasinier, petites livraisons avec véhicule, réparation de petits appareils/articles. Dans cette mesure, sa perte de gain serait, à l'avis de l'Office, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le recourant a, quant à lui, avancé ne plus pouvoir exercer d'activité lucrative et conclu partant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 8.3

Force est pour le Tribunal de céans de constater qu'en l'occurrence les documents médicaux objectifs ne sont pas légion. Presque l'entier de la documentation médicale versée aux actes est, au demeurant, illisible ou sans pertinence pour la présente cause (cf. pces 18 à 23). En définitive, seul le rapport du 1er septembre 2008 des Drs B._____ d'une Commission médicale d'Argentine permet d'apprécier l'état de santé du recourant (pce 26). Or, ces médecins, dans leurs conclusions, ont expressément retenu que les affections dont souffre le recourant étaient invalidantes et qu'il ne pouvait dès lors plus exercer d'activité lucrative. L'autorité inférieure ne saurait, partant, en l'absence de pièces objectives - à l'exemple d'un échocardiogramme, d'un électrocardiogramme, de constatations et d'appréciations rhumatologique et ophtalmologique émanant de spécialistes - aboutir à une conclusion contraire. Il est en effet, en l'état de dossier, bien incertain d'évaluer l'incidence de l'arthrite rhumatoïde, des limitations fonctionnelles, de l'hypertonie artérielle ou de la limitation de l'acuité visuelle et du champ de vision sur la capacité de travail du recourant. Il apparaît en particulier délicat, eu égard à l'affection ophtalmologique que présente le recourant, d'affirmer que ce dernier pourrait exercer l'activité de gardien de parking/musée ou conduire régulièrement un véhicule pour effectuer des livraisons. Il sied de relever encore que l'activité de jardinier, qui a été considérée comme inconciliable avec la situation clinique de l'assuré par l'autorité inférieure, a explicitement été qualifié de légère par le dernier employeur du recourant (pce 10).

E. 8.4

Le Tribunal de céans considère, eu égard à ce qui précède, que le dossier du recourant n'a pas été instruit à satisfaction de droit par l'autorité inférieure. Le recours doit, partant, être partiellement 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. L'autorité inférieure diligentera en particulier une expertise rhumatologique, ophtalmologique et cardiologique (art. 61 PA).

E. 9.1

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 ne doit donc pas être perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF).

E. 9.2

La requête d'assistance judiciaire tendant à l'exonération des frais de procédure est dès lors sans objet.

E. 9.3

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 TAF [FITAF, RS 173.320.2]).

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