

BVGer C-4616/2012 vom 6. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4616_2012

FR: TAF C-4616/2012 du 6 mai 2013

IT: TAF C-4616/2012 del 6 maggio 2013

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI est applicable (cf. art. 3 let. dbis PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.2

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. 1.3

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit définir les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 130 V 503, 125 V 413).

E. 3.1

En l'espèce, A. _____ est citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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 applicable.

E. 3.2

Selon l'art. 1er al. 1 ALCP, en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité

sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

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 de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.5

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 (pro rata temporis; cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les réf. cit.). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont dès lors applicables dans le cas d'espèce.

E. 4

Selon les dispositions topiques, 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). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5.1

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. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale). Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 5.2

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 ainsi se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 24 mai 2012 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 23 juillet 2012, 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. 5.3

L'art. 69 RAI prévoit 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; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou de renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En matière d'appréciation des preuves, 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. 5.4

Le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas

particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

E. 6.1

En l'espèce, il est établi que l'assuré souffre de lombarthroses et de protrusions discales L4-L5 et L5-S1 (cf. les résultats radiologiques du 24 novembre 2008; pce 8). Celui-ci, se plaignant de douleurs irradiantes dans les membres inférieurs et de paresthésies occasionnelles, est traité par physiothérapie et par analgésiques pour ces troubles dégénératifs, selon deux rapports médicaux des 8 mai et 17 décembre 2009 de son médecin traitant, la Dresse B._____, qui décrit une maladie dégénérative allant en s'aggravant (pces 7 et 23). La praticienne, se basant sur les résultats radiologiques susmentionnés, conseille à l'assuré de se reposer et d'éviter les efforts qui exacerbent les douleurs et les travaux de manutention/soulèvements de poids, retenant un pronostic défavorable. Selon le questionnaire pour l'employeur du 29 février 2012, l'assuré a cessé son activité à plein temps dans la construction, notamment en tant que maçon, le 11 janvier 2010 en raison de maladie, celui-ci ayant présenté des arrêts de travail du 6 octobre 2008 au 11 février 2009 et du 26 mai 2009 au 12 décembre 2009 (pce 16, pp. 6 et 7).

E. 6.2

Le recourant invoque, sur la base des rapports médicaux de son médecin traitant, ne plus pouvoir exercer des activités professionnelles nécessitant des efforts physiques lourds en raison de lombarthroses et altérations dégénératives en L4-L5 et L5-S1. Plus particulièrement, il invoque ne plus pouvoir exercer une activité dans les domaines de la construction et de la métallurgie, puis il requiert l'octroi d'au minimum un quart de rente.

E. 6.3

Quant à l'autorité inférieure, elle ne retient pour l'assuré aucune perte de gain, se référant à la prise de position de son service médical du 19 avril 2012 (pce 18), dont il ressort que, selon le formulaire E 213 du 16 décembre 2011 (pce 6), l'assuré présente des lombalgies ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée, eu égard au fait que la Dresse C._____ elle-même ne reconnaît pas d'incapacité de travail à l'assuré ni aucune limitations fonctionnelles. Le médecin de l'OAIE souligne que les radiographies montrent des troubles dégénératifs simples ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée et que l'examen effectué lors de l'établissement du rapport E 213 ne décrit pas d'atteinte neurologique ou de limitations à la marche ou lors de la mobilisation de la colonne vertébrale.

E. 7.1

Dans le cas d'espèce, le service médical de l'OAIE déclare l'assuré apte à travailler dans tout type d'activités professionnelles sur la base du formulaire E 213 du 16 décembre 2011, ainsi que sur la base des résultats radiologiques du 11 novembre 2008, estimant que ceux-ci montrent des troubles dégénératifs simples non invalidants, eu égard à l'examen clinique effectué sur la personne de l'assuré par la Dresse C._____ le 12 décembre 2011 (pce 6, p. 2), dont il ressort que celui-ci ne présente ni limitations fonctionnelles de la colonne vertébrale, ni signes d'atteinte radiculaire, ni troubles de la marche ou de la mobilité des membres inférieurs (pce 6, pp. 5 et 8).

E. 7.2

La Dresse C. _____, après avoir procédé à un examen clinique de l'assuré, indique chez celui-ci une bonne fonctionnalité, ainsi que l'absence d'atteinte radiculaire et estime qu'il est apte à travailler dans son activité habituelle ou dans toute autre activité. Toutefois, le Tribunal remarque que le médecin de l'INSS se réfère aux résultats radiologiques du 11 novembre 2008 pour poser le diagnostic de lombarthrose et de protrusions discales en L4-L5 et L5-S1 (cf. formulaire E 213; pce 6, pp. 5 et 8), alors que ceux-ci datent de deux ans.

E. 7.3

Le recourant oppose à cet examen de l'INSS deux rapports identiques des 8 mai et 17 décembre 2009 de son médecin traitant, qui, outre les diagnostics ressortant des radiographies précitées, mentionne chez l'assuré des irradiations dans les deux membres inférieurs et dans le pied gauche, ainsi que des paresthésies occasionnelles avec exacerbation à l'effort (pces 7 et 23). En novembre 2011, l'assuré fait toujours mention de ces troubles (cf. formulaire E 213, pce 6, p. 2); toutefois, ils ne sont pas retenus par le médecin de l'INSS, qui exclut une atteinte radiculaire. Les deux médecins sont également en désaccord s'agissant de l'appréciation des limitations fonctionnelles de l'assuré, alors qu'ils se basent sur les mêmes résultats de radiographies.

E. 7.4

Pour conclure, le Tribunal constate que le dossier de la cause repose en tout et pour tout sur un formulaire E 213 du 16 décembre 2011 (pce 6), des résultats radiologiques vieux de deux ans et sur deux rapports médicaux datant de mai et décembre 2009, quasiment identiques, du médecin traitant de l'assuré (pces 7 et 23). Ainsi, on constate que, hormis le formulaire E 213, les autres documents médicaux ne sont pas suffisamment actuels, car antérieurs à l'arrêt définitif de travail de l'assuré en janvier 2010. Or, le médecin de l'INSS, tout en basant son diagnostic sur ces données, ne les a pas actualisées avant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (pce 6, pp. 7 et 8).

E. 8

Au vu des divergences qui subsistent quant à l'appréciation des limitations fonctionnelles de l'assuré et au vu des imprécisions concernant l'origine des irradiations et paresthésies de celui-ci, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre de ces appréciations. Dès lors, il convient d'admettre partiellement le recours du 1er septembre 2012, d'annuler la décision du 23 juillet 2012 et de renvoyer la cause l'autorité inférieure, afin qu'elle complète l'instruction. Les rapports médicaux partiellement contradictoires et non actualisés ne permettant pas d'établir clairement l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de A. _____ dans son activité habituelle ou dans des activités de substitution. L'autorité intimée devra notamment, avant de se prononcer à nouveau, requérir des médecins traitants de l'assuré des rapports médicaux complets fondés sur des examens objectifs récents (rapports orthopédiques, neurologiques, résultats radiologiques, rapport de physiothérapie, etc.). Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, en raison de l'importance des lacunes constatées, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'OAIE, afin qu'elle procède aux mesures d'instruction précitée ou à tout autre examen nécessaire à la clarification de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

E. 9

Le recours de A. _____ étant partiellement admis, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). L'avance de frais d'un montant de Fr. 400.-- versée par le recourant, lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 4 à 6). Selon les art. 64 al.1 PA et 7 FITAF - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF - la partie ayant obtenu gain de cause obtient une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Obtenant partiellement gain de cause, il convient d'accorder au recourant des dépens réduits (art. 64 al. 1 PA en relation avec l'art. 7 al. 2 FITAF). Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 1'000.-- (TVA comprise), à charge de l'OAIE, eu égard au travail accompli par son représentant en instance de recours ayant consisté principalement dans la rédaction d'un recours de quatre pages accompagné d'un bordereau de 4 pièces, ainsi que d'une réplique et triplique quasiment superposables au mémoire de recours.

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