

BVGer C-4932/2008 vom 20. April 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4932_2008

FR: TAF C-4932/2008 du 20 avril 2010

IT: TAF C-4932/2008 del 20 aprile 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1

Conduite du ménage

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), 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 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. 2.

E. 2

/ 5

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'une ressortissante 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.

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). 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 et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes ce qui motive qu'il y soit fait principalement référence. 4. La recourante a présenté sa demande de rente le 8 octobre 2004. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 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. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 8 octobre 2003 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 1er juillet 2008, 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 et ATF 121 V 362 consid. 1b).
5.

E. 5

80.00% 4.00% 2 Alimentation

E. 5.1

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 une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1er janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur modifiée le 6 octobre 2006). 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).

E. 5.2

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI. 6. 6.1 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. 6.2 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% 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. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). Jusqu'au 31 décembre 2003 le droit à une rente d'invalidité se fondait sur les paliers d'un quart de rente pour 40% d'invalidité, d'une demi-rente pour 50% d'invalidité et d'une rente entière pour 66,66% et plus d'invalidité. 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 (art. 29 al. 4 à partir du 1er janvier 2008) - 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. 6.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). 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). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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. 6.4 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 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 dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008). 7. La recourante a travaillé en Suisse notamment comme employée de cuisine avant son retour au Portugal fin 1997. De retour dans son pays elle n'a plus exercé d'activité lucrative. 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 (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1er janvier 2008), 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. L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique; art. 28 al. 2bis LAI [art. 28a al. 2 LAI à compter du 1er janvier 2008]). 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). 8. En l'espèce, il est établi que la recourante souffre notamment des séquelles d'un AVC subi en septembre 2004 qui la limitent dans ses activités quotidiennes. 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 déterminante pour le début du droit à la rente. 9. 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 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. 10

30.00% 3.00% 5 Lessive et entretien des vêtements 5 / 20 20 0.00% 0.00% 6 Soins aux enfants 0 / 30 0 0.00% 0.00% 7 Divers Total 100 12.00% Il releva que l'intéressée avait une perte de la mémoire immédiate mais était orientée dans l'espace et le temps, qu'elle souffrait d'une légère ataxie à la marche et que son incapacité de travail certes plus importante dans une activité professionnelle pouvait être évaluée à 12% dans les tâches ménagères avec un suivi médicamenteux par Aspirin(R) permettant de maintenir un état stationnaire des atteintes de type démence-multiinfarctus (pce 96). E. L'OAIE reçut de l'intéressée un nouveau questionnaire à l'assurée datée du 4 avril 2008 sans nouvelles informations (pce 100) et un nouveau questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 4 avril 2008 n'indiquant plus aucune activité effectuée par l'assurée et l'aide de tiers membres de la famille pour toutes les tâches ménagères à raison de 40 h. par semaine (pce 101). F. Par projet de décision du 24 avril 2008, l'OAIE informa l'assurée qu'il n'était pas ressorti de son dossier une incapacité de travail moyenne suffisante de 40% au moins pendant une année et que malgré l'atteinte à la santé l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 103). Ce projet de décision n'ayant pas été contesté, l'OAIE rejeta la demande de prestations par décision du 1er juillet 2008 (pce 104). G. Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours auprès du Tribunal de céans en date du 22 juillet 2008. Elle contesta la décision de l'OAIE au motif que celle-ci ne prenait pas en compte ses problèmes de mémoire et physiques, que le travail en cuisine était très exigeant sur le plan physique, que selon l'opinion de son médecin traitant elle était incapable de travailler pour quelque activité professionnelle que ce soit et qu'elle avait une tumeur selon une IRM nouvellement effectuée. Elle joignit à son recours deux nouveaux rapports médicaux des 4 et 14 juillet 2008, dont l'IRM, faisant état de la détection d'une tumeur cérébrale. Elle fit parvenir au Tribunal de céans, reçus en date du 27 novembre 2008, des rapports d'examens de laboratoire effectués en septembre et octobre 2008. H. Invité à se déterminer sur le recours et les rapports d'examens de laboratoires complémentaires, l'OAIE transmit le dossier au Dr D._____ de son service médical pour avis (cf. pce 111). Dans son rapport du 8 décembre 2008, le Dr D._____ se référa aux examens médicaux de juillet 2008 lesquels mentionnent la nécessité d'examens complémentaires à effectuer dans les six mois pour évaluer l'atteinte d'aspect tumoral et nota que des examens cliniques manquaient dès lors pour se déterminer. Il nota que la documentation médicale ne faisait pas état d'une aggravation clinique de l'état de santé de l'assurée. Il conclut à l'inexistence d'une incapacité de travail de 40% au moins dans les tâches ménagères mais n'exclut pas une aggravation à venir de l'état de santé de l'assurée (pce 112). Par réponse au recours du 6 janvier 2009, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il nota que l'assurée n'ayant plus exercé d'activité lucrative depuis 1997 la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité [applicable aux personnes travaillant dans le ménage] était applicable et qu'en l'occurrence il était apparu de

l'évaluation effectuée de son invalidité qu'elle ne présentait pas dans les travaux habituels un taux de 40% d'incapacité. Il indiqua que de l'avis de son service médical si les documents des 4 et 14 juillet 2008 faisaient état d'une tumeur du cerveau ils n'indiquaient pas une péjoration de l'état de santé, de sorte que les affections dont souffrait l'assurée ne la limitaient pas d'au moins 40% dans ses activités de ménagère, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente. I. Par acte du 7 janvier 2009, l'intéressée communiqua au Tribunal de céans une aggravation considérable de son état de santé. Elle joignit à son envoi les rapports d'examen de laboratoire de septembre et octobre 2008. Par un acte complémentaire du 24 novembre 2009 elle adressa au Tribunal de céans des documents administratifs de l'assurance sociale française datés du 17 novembre 2009 lui reconnaissant une rente pour un taux d'incapacité de 50%. Droit : 1.

E. 10.1

En l'espèce l'intéressée a subi un AVC en septembre 2004. Jusqu'à ce mois il sied de relever que le dossier ne fait pas mention d'atteintes à la santé déterminantes pour l'assurance-invalidité. De ce fait et selon la législation, ce ne serait qu'à compter de septembre 2005 que pourrait, cas échéant, s'ouvrir pour l'assurée le droit à une rente d'invalidité.

E. 10.2

Sur le plan médical il ressort du dossier qu'un TAC du 20 septembre 2004 a mis en évidence un AVC et une leucoencéphalopathie ischémique liée à de l'hypertension artérielle sans qu'il y ait eu apparemment d'hospitalisation. Plus d'une année après l'AVC subi, l'intéressée n'a pas été, de sa propre évaluation de ses limitations dans son activité quotidienne, sérieusement handicapée au point de pâtir d'une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année dans ses activités ménagères. Le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 2 novembre 2005 fait en effet état de l'accomplissement de la très grande majorité des tâches ménagères dans un ménage de 2 personnes sans l'aide de tiers à l'exception des achats et des travaux lourds. Les rapports médicaux établis antérieurement au 2 novembre 2005 ne font d'ailleurs pas état d'un status invalidant.

E. 10.3

Ce n'est qu'à compter du rapport E 213 du 9 mai 2006 qu'apparaît un état invalidant sensiblement aggravé. Il y est relevé un état psychique confus et désorienté, le diagnostic de leucoencéphalopathie ischémique cérébrale, des atteintes ne permettant plus de travailler. Dans un rapport neurologique du 2 novembre 2007 le Dr C. _____ relata un status neurologique relativement normal mais nota des troubles de la mémoire immédiate, une dysphasie expressive nominale et une suspicion de maladie d'Alzheimer. Le rapport E 213 du 13 novembre 2007 confirma le diagnostic précédent et nota des lombalgies et gonalgies. Sur cette base, le Tribunal de céans ne peut retenir l'appréciation du Dr D. _____ sans un complément d'instruction car il est difficile d'admettre que l'intéressée puisse assurer les tâches ménagères qui sont les siennes dans une mesure supérieure à 60%. Une aggravation de son état de santé paraît vraisemblable à compter de novembre 2007. L'intéressée a d'ailleurs énoncé dans un questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 4 avril 2008 n'être plus en mesure d'exercer quelque activité ménagère que ce soit et nécessiter l'aide de tiers 40 h. par semaine. Certes ces allégations ne sauraient être prises à la lettre mais le dossier et l'évolution de la maladie de l'intéressée chez qui fut mise à jour une tumeur cérébrale d'aspect malin ne permet dans tous les cas pas de conclure sans autres

examens à l'inexistence d'une incapacité de travail d'au moins 40% à compter éventuellement de novembre 2005 ou ultérieurement selon une date à déterminer par un complément d'instruction.

E. 10.4

Selon la jurisprudence, 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. 10.5

En l'espèce, un examen neuromédical et psychiatrique mettant l'accent sur l'autonomie de l'assurée s'avère indispensable. L'invalidité de l'intéressée devra ensuite être examinée à la lumière de la méthode spécifique. Vu l'ampleur des mesures d'instruction à entreprendre, la cause doit être renvoyée à l'OAIE.

E. 11.1

La recourante ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA).

E. 11.2

La recourante n'étant pas représentée et n'ayant pas eu à supporter des frais relativement élevés pour défendre ses droits, il ne lui est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 64 al. 1 PA et 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.