

BVGer C-5332/2010 vom 20. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5332_2010

FR: TAF C-5332/2010 du 20 mars 2012

IT: TAF C-5332/2010 del 20 marzo 2012

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]).

E. 1.2

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. 1.3

X. _____ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégée à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

E. 1.4

Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fonds du recours.

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie 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 (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 février 2006).

E. 3

X. _____ étant de nationalité portugaise, 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), entré en vigueur le 1er juin 2002, est applicable. Sont également déterminants son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP), 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) et 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). Par ailleurs, l'art. 80a LAI les rend expressément applicables. D'après 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. Si l'accord, en particulier son annexe II, ne prévoit pas de disposition contraire, la procédure et l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et de ses règlements, le degré d'invalidité d'une personne assurée qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 4

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). La LAI ayant été modifiée par la 5ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le droit à la rente s'examine en l'espèce pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 à la lumière des anciennes normes et, à partir de ce moment-là, des normes en vigueur depuis le 1er janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 5

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPG/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Dans le cas concret, X. _____ remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse de 1994 à 2004 (AI pce 95). Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

E. 6.1

L'invalidité au sens de la LPG/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 LPG/LAI et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPG/LAI). 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). Ainsi, en Suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées.

E. 6.2

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente d'invalidité naît dès que la personne assurée présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'elle a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; 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). Pour la grande majorité des assurés, présentant un état de santé labile, le nouvel art. 28 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, n'apporte pas de modifications essentielles.

E. 6.3

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. La personne assurée 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). Suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 6.4

L'ancien art. 48 al. 2 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, a prévu que si une personne assurée présente sa demande de prestations plus de douze mois après la naissance du droit, la rente d'invalidité n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. A partir du 1er janvier 2008, 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 la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI). L'Office fédérales des assurances sociales (OFAS) a toutefois fixé des règles transitoires d'après lesquelles le nouveau droit n'est pas applicable aux cas où le délai d'attente d'une année a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et qui a échu dans l'année 2008. Dans ces affaires, il suffit que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard. La rente sera alors versée dès que l'année d'attente est achevée (cf. lettre circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFAS, p. 1 et 2). Dans le cas concret, X. _____ ayant présenté la demande de prestations AI le 13 mai 2008, le Tribunal peut se limiter à examiner si et dans quelle mesure la recourante avait droit à une rente d'invalidité le 13 mai 2007 (douze mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 25 juin 2010, date de la décision contestée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b).

E. 7

La fibromyalgie entre dans la catégorie des affections psychiques qui nécessite en principe une expertise psychiatrique pour déterminer son incidence sur la capacité de travail de la

personne atteinte quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le Tribunal fédéral a établi que la fibromyalgie n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail de la personne malade pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi suisse. En effet, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Il existe une présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, il faut retenir au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4).

E. 8.1

En l'espèce, il est incontesté que X. _____ souffre principalement d'un syndrome douloureux généralisé, aussi diagnostiqué comme fibromyalgie, pour la première fois en 2003 déjà (cf. notamment le rapport médical du 24 novembre 2003 du Dr E. _____ [AI pce 25], le rapport E 213 du 8 avril 2009 signé du Dr AA. _____ [AI pce 60], le rapport médical du 29 juillet 2009 de la Dresse BB. _____ [AI pce 70], l'attestation médicale du 26 octobre 2009 de la Dresse DD. _____ [AI pce 75], le rapport de l'examen médical du 4 novembre 2009 du Dr V. _____ et la prise de position médicale du 12 juin 2010 du Dr EE. _____ [AI pce 92]). Sur le plan rhumatologique, les médecins font également état d'une gonarthrose, d'altérations dégénératives lombaires et d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral (cf. notamment le rapport médical du 29 juillet 2009 de la Dresse BB. _____ [AI pce 70] et l'attestation médicale du 26 octobre 2009 de la Dresse DD. _____ [AI pce 75]). Le Dr P. _____ et la Dresse DD. _____ ont aussi observé une tendinopathie du sus épineux (rapport du 18 février 2008 du Dr P. _____ [AI pce 39], rapport du 26 octobre 2009 de la Dresse DD. _____ [AI pce 75]). Sur le plan psychiatrique, le Dr W. _____ note un syndrome anxio-dépressif de degré actuel léger (rapport psychiatrique du 23 mars 2009 [AI pce 59]) alors que le Dr FF. _____ retient un trouble de dysthymie (rapport psychiatrique du 8 avril 2010 [AI pce 90]). Par ailleurs, la recourante souffre d'un goitre multinodulaire euthyroïdien (cf. notamment le rapport médical du 18 février 2008 du Dr

P. _____ [AI pce 39], la prise de position du 29 septembre 2009 du Dr S. _____ [AI pce 73], et l'attestation médicale du 26 octobre 2009 de la Dresse DD. _____ [AI pce 75]).

E. 8.2

Au vu de ces diagnostics, la Dresse BB. _____, rhumatologue, le Dr AA. _____ du Centro Nacional de Pensoes, le Dr V. _____, orthopédiste et traumatologue, et la Dresse DD. _____, médecin traitant, concluent à une incapacité de travail (professionnelle) totale (cf. le rapport de l'examen médical du 29 juillet 2009 de la Dresse BB. _____ [AI pce 70], le rapport E 213 du 12 août 2009 du Dr AA. _____ [AI pce 69], l'attestation médicale de la Dresse DD. _____ du 26 octobre 2009 [AI pce 75] et le rapport de l'examen médical du 9 novembre 2009 du Dr V. _____ [AI pce 80]). Au niveau psychiatrique, le Dr W. _____ atteste une incapacité de travail de 50% (cf. le rapport psychiatrique du 23 mars 2009 [AI pce 59]). A l'encontre de ces médecins, les Drs S. _____ et EE. _____ de l'OAIE estiment que X. _____ ne présente pas d'incapacité de travail permanente (cf. la prise de position du 29 septembre 2009 du Dr S. _____ [AI pce 73] et prise de position du 12 juin 2010 du Dr EE. _____ [AI pce 92]). Selon le Dr S. _____, la gonarthrose - les résultats radiologiques se trouvant dans la limite de la norme - et les troubles lombaires - radiologiquement à peine visibles - retenus dans l'examen rhumatologique (de la Dresse BB. _____; cf. rapport médical du 29 juillet 2009 [AI pce 70]), ne peuvent objectivement provoquer des atteintes fonctionnelles. En effet, le Tribunal de céans constate que les résultats des examens radiologiques de la colonne lombaire et des genoux du 24 octobre 2008 et de la colonne lombaire sacrale du 18 novembre 2008, signés du Dr Q. _____, respectivement du Dr T. _____ (AI pces 44, 45 et 55), ne font état que d'altérations modérées, discrètes et naissantes. A ce sujet le rapport de tomodensitométrie de la colonne lombaire du 19 octobre 2009 du Dr CC. _____ (AI pce 79) et le rapport médical du 4 novembre 2009 du Dr V. _____ (AI pce 80), que la recourante a versés en cause lors de la procédure d'audition, n'apportent pas d'éléments nouveaux, retenant les mêmes atteintes au niveau de mêmes vertèbres. De plus, le Tribunal de céans ne peut pas tenir compte de l'opération du 8 décembre 2010 pour hernie discale (cf. courrier du 10 décembre 2010 de l'assurée [TAF pce 9]), celle-ci étant postérieure à la décision attaquée (cf. consid. 6.4 ci-dessus). Le syndrome du tunnel carpien bilatéral dont l'assurée souffre également, ne peut pas non plus provoquer une incapacité de travail, étant très discret selon le rapport de l'examen électromyographique du 23 novembre 2007 (AI pce 38). Enfin, à juste titre, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la fibromyalgie (cf. consid. 7 ci-dessus), le Dr S. _____ avance que le syndrome douloureux généralisé, ne peut pas, à lui seul, justifier une incapacité de travail de longue durée. Or, sur le plan psychiatrique, les Drs S. _____ et EE. _____ notent que l'assurée ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Le syndrome anxio-dépressif, observé par le Dr W. _____, psychiatre, n'entre pas dans cette catégorie de maladie, étant de degré léger (cf. rapport psychiatrique du 23 mars 2009 du Dr W. _____ [AI pce 59]). Par ailleurs, l'assurée ne suivant aucun traitement thérapeutique ou médicamenteux (cf. page 2 du dit rapport), l'on ne peut parler d'acuité et de durée de cette atteinte. L'avis du Dr W. _____ qui atteste une incapacité de travail de 50%, en outre, sur la base d'un rapport très succinct, ne peut alors pas être suivi. Le Dr FF. _____, dans son rapport psychiatrique du 8 avril 2010, a diagnostiqué un trouble de dysthymie, ne justifiant pas d'incapacité de travail permanente (AI pce 90). Les conclusions de ce spécialiste, se fondant sur le dossier médical complet, l'anamnèse, les plaintes de l'assurée et un examen approfondi, sont convaincantes et remplissent les exigences jurisprudentielles du

Tribunal fédéral en matière de valeur probante d'un rapport médical (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et références citées). A juste titre, le Dr EE._____, lui-même psychiatre, a donc noté que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail au niveau psychiatrique (cf. prise de position médicale du 12 juin 2010 [AI pce 90]). Il n'y a pas de raison d'écarter les avis de ces deux spécialistes.

E. 8.3

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans est amené à constater que l'assurée souffre principalement d'un syndrome douloureux généralisé et d'un trouble de dysthymie qui ne justifient pas d'incapacité de travail. Les avis contraires du Dr W._____, de la Dresse BB._____ et du Dr Teixeira, celui-ci reprenant les conclusions de ces deux médecins spécialisés, ainsi que les estimations du Dr V._____ et de la Dresse DD._____ ne sont pas convaincants et ne peuvent être retenus. Le dossier médical étant complet, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise médicale complémentaire. Partant, le recours de X._____ du 21 juillet 2010 est rejeté et la décision attaquée confirmée. Celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 85bis al. 3 de la loi sur l'assurance-vieillesse, survivants [LAVS, RS 831.10] en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI).

E. 9.1

Vu le rejet du recours de X._____, les frais de procédure, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA en relation avec l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont celle-ci s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pce 7).

E. 9.2

Il n'est pas alloué de dépens, l'OAIE, en sa qualité d'autorité, n'y ayant pas droit (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif à la page suivante)

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