

BVGer C-538/2009 vom 15. September 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-538_2009

FR: TAF C-538/2009 du 15 septembre 2010

IT: TAF C-538/2009 del 15 settembre 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. Selon 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

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser qu'à partir du 1er janvier 2008 (RO 2007 5129; FF 2005 4215) la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), eu égard au 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). Conformément à cette jurisprudence, le Tribunal de céans peut se limiter à examiner si l'intéressé aurait eu droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la date de la décision entreprise, soit le 12 décembre 2008, marquant

la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours.

E. 4

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur le 1er juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant 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 (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

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. 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.

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). 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.

E. 6.1

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, ATF 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et réf. cit., ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (par ex. ATF I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et réf. cit.; sur les motifs de révision en particulier: URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall 1999, p. 15).

E. 6.2

L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

E. 7.1

Pour examiner si, dans un cas de révision, il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. C'est donc la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 7.2

En l'occurrence, l'Office de l'assurance-invalidité compétent a, par décision du 1er mars 2002, octroyé au recourant une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1er septembre 2000, la substituant à une demi-rente. L'OAI-GE a ensuite, dans le cadre d'une révision d'office, réexaminé le droit à la rente du recourant et, retenant que sa situation clinique n'a pas substantiellement changé, confirmé son droit à la rente entière d'invalidité par communication du 23 décembre 2003. La question de savoir si le degré d'invalidité a

subi depuis lors une modification doit donc être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au 23 décembre 2003, date de la dernière décision ayant examiné matériellement le droit à la rente (pce 153), et ceux qui ont existé jusqu'au 12 décembre 2008, date de la décision querellée portée céans (pce 185).

E. 8.1

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 ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. 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). 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, ATF 114 V 310 consid. 3c).

E. 8.2

L'art. 69 RAI 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. 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 réf. cit.).

E. 9.1

En 2002 et 2003, l'Office de l'assurance-invalidité compétent avait respectivement accordé et confirmé un droit à une rente entière au recourant, en raison de l'accident qu'il avait subi en 2000 et des séquelles au genou gauche qui en ont résulté (supra B et C).

E. 9.2

En 2008, lors de la présente procédure de révision d'office, l'OAIE a retenu que l'état de santé du recourant s'était notablement amélioré sur le plan orthopédique et ainsi réduit sa rente d'invalidité à un quart de rente par décision du 12 décembre 2008 notifiée le 6 janvier 2009. L'administration s'est alors presque exclusivement fondée sur le rapport orthopédique du 18 avril 2008 du Dr Abranches. Selon le service médical, l'intéressé serait à même de reprendre à 70% une activité de substitution légère à condition qu'elle soit exercée en position assise (supra D). Dans sa réponse du 6 avril 2009, l'autorité de céans a toutefois précisé que, dans la mesure où la décision litigieuse portant la date du 12 décembre 2008 a

été notifiée le 6 janvier 2009 seulement, le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité jusqu'à fin février 2009. L'Office a, dans ce sens, conclu à l'admission partielle du recours. Le recourant, pour sa part, conteste que son état de santé se soit amélioré et s'estime totalement incapable de travailler (supra E).

E. 10.1

Attendu que la décision du 12 décembre 2008 a effectivement été notifiée le 6 janvier 2009, la rente ne pouvait être réduite qu'à compter du 1er mars 2009 en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI. Le recours du 21 janvier 2009 doit, eu égard à ce qui précède et conformément aux conclusions de l'administration, être partiellement admis et la décision du 12 décembre 2008 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 28 février 2009.

E. 10.2

En qui concerne la période postérieure au 28 février 2009, le Tribunal de céans relève que seuls le rapport E 213 du 5 mai 2008 (pce 169) et l'attestation du 18 avril 2008 (pce 170) ont été versés au dossier dans le cadre de la procédure de révision d'office ayant abouti à la décision contestée. Or, force est de constater que le premier, dans la mesure où son auteur, d'une part, ne relève aucune affection hormis un status après pose d'une prothèse au genou et, d'autre part, réserve expressément son pronostic et conclut à une incapacité de travail entière du recourant pour toute activité, apparaît sinon contradictoire du moins manifestement imprécis et incomplet. Quant au second document, par trop sommaire, il ne fait point mention d'une anamnèse détaillée, ne décrit ni ne discute de manière satisfaisante les affections orthopédiques de l'assuré ainsi que leur impact sur sa capacité de travail et n'aboutit pas à des conclusions univoques et motivées. Ce document ne saurait dès lors avoir vocation à fonder une révision (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). En outre, la capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité de substitution retenue par l'administration ne repose sur aucun élément objectif et n'est guère motivée. La Cour de céans ne saurait par conséquent raisonnablement, sur la seule base de ces documents, à défaut d'examen objectif complet, admettre l'existence d'une amélioration notable de la situation clinique du genou du recourant et confirmer l'appréciation émise par l'autorité inférieure et son service médical. Il convient de relever encore que le Dr Schmid de Grunegg, dans son rapport du 22 mai 2000, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux chronique (pce 43 p. 9), que le recourant a fait une tentative de suicide en 2003 (pce 130), qu'il a été hospitalisé dix jours au mois de juillet 2003 dans le département de psychiatrie de la Clinique Belle-Idée et en raison de son affection psychique déclaré totalement incapable de travailler (pces 147, 148, 149) et qu'une expertise psychiatrique complémentaire avait été expressément requise à l'époque (pce 56). La situation clinique du recourant sur le plan psychique doit dès lors également être éclaircie. Le recours doit donc, s'agissant de la période postérieure au 28 février 2009, 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 (art. 61 PA). A cet effet, une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique, à tout le moins) sera effectuée.

E. 11

Attendu que de jurisprudence constante la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction

complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2), il ne doit pas être perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). 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 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.