

BVGer C-5411/2010 vom 20. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5411_2010

FR: TAF C-5411/2010 du 20 mars 2012

IT: TAF C-5411/2010 del 20 marzo 2012

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité 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, dans les formes requises par la loi et l'avance de frais ayant été effectuée dans le délai imparti, le recours est recevable.

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'un ressortissant 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).

E. 3

L'objet du litige selon la décision attaquée du 17 juin 2010 est le bien-fondé, suite à la révision du droit à la rente initiée en avril 2008, de la suppression avec effet au 1er août 2010, au motif d'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée, de la rente entière d'invalidité perçue par l'intéressée depuis le 1er avril 1998 par décision initiale du 28 janvier 2000 de l'OAI-VD et reconduite par communication du 5 février 2004 en raison d'un état de santé inchangé. La documentation médicale établie après la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension des atteintes antérieures à ladite décision.

E. 4.1

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. 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).

E. 4.2

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

Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 5.1

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.

E. 5.2

La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

E. 5.3

L'art. 88a al. 1 RAI 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 que l'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. 5.4

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3; ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 5.5

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 125 V 369 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2). Une simple communication à l'assuré clôturant un tel examen de fond est toutefois mise sur le même pied qu'une décision entrée en force pour ce qui est du moment de la comparaison (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009). En l'espèce, la reconduction de la rente entière par communication du 5 février 2004 de l'OAIE est la base de comparaison avec la décision de suppression du 17 juin 2010 de l'OAIE. La communication du 5 février 2004 fut motivée par un status inchangé depuis la décision du 28 janvier 2000 selon le rapport médical de la Dresse B. _____ de l'OAIE du 29 janvier 2004 qui releva un cadre de lourde situation psychosociale et retint le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents avec manifestations psychotiques et de syndrome douloureux chronique.

E. 6.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b/bb). 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés.

E. 6.2

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 on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

E. 7.1

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.

E. 7.2

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.). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.1

En l'espèce, l'intéressée fut mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision de l'OAI-VD du 28 janvier 2000 à compter du 1er avril 1998 essentiellement en raison de troubles psychiatriques. Des atteintes au rachis étaient également présentes mais non significatives. A cette époque un état dépressif grave associé à un syndrome somatoforme douloureux avec symptômes psychotiques, importante prescription médicale, retrait social, importantes difficultés dans le fonctionnement quotidien avaient été retenus à la base de l'octroi de la rente entière. Ce status fut confirmé pour la reconduction de la rente entière en 2004 par la Dresse B. _____ dans un rapport du 29 janvier 2004 notant une lourde situation psychosociale et posant le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents avec manifestations psychotiques et de syndrome douloureux chronique. Ce status d'incapacité quasi-totale de travail est la base de comparaison de la révision de rente contestée.

E. 8.2.1

En avril 2008, l'OAIE initia une révision du droit à la rente et requit de l'organe de liaison portugais une nouvelle documentation médicale qui apparut contradictoire sur le plan des atteintes psychiatriques. En effet, le rapport du Dr E. _____ daté du 30 juin 2008 faisait état de conflits conjugaux importants, posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, mais ne retenait qu'une incapacité de travail de 15% alors qu'un rapport du Dr D. _____ non daté était nettement moins favorable. Sur le plan somatique le rapport E 213 du 17 juillet 2008 ne retint par contre pas d'atteintes significatives. C'est dès lors à juste titre que l'OAIE requit une expertise psychiatrique étendue au plan rhumatologique compte tenu des atteintes antérieures somatiques de l'assurée. L'expertise du CEMed du 20 novembre 2009 ne mit pas en exergue d'atteintes somatiques significatives et discuta principalement les troubles d'ordre psychiatrique. Il releva pour l'essentiel une expression émotionnelle peu fluctuante, une humeur triste non sans quelques sourires, un abattement modéré, pas d'évidence en direction d'un trouble de la personnalité, une intelligence, un jugement, un raisonnement

paraissant dans la norme, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire modérés. Il indiqua une amélioration du status psychologique lié au divorce de l'intéressée en 2008, relevant que l'ensemble des plaintes évoquait une symptomatologie dépressive sévère, un trouble alimentaire de type boulimie et quelques plaintes compatibles avec un trouble extrinsèque du sommeil. Le rapport nota cependant un décalage entre la sévérité des plaintes et les activités quotidiennes rapportées par l'intéressée. Il retint le diagnostic de trouble douloureux somatoforme accompagné d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était moyen avec un syndrome somatique mais précisa que le trouble somatoforme n'étant pas lié à une comorbidité psychiatrique grave, il n'était pas retenu invalidant dans un cadre de status sans perte d'intégration sociale et d'état psychique non cristallisé. Par ailleurs le rapport releva que les analyses sérologiques avaient démontré une mauvaise compliance médicamenteuse et qu'un meilleur suivi permettrait une amélioration de l'état de santé.

E. 8.2.2

C'est essentiellement sur les constats de l'expertise du CEMed que l'OAIE retint une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée pour retenir comme les experts du CEMed le firent une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure à compter de l'expertise. Ils mirent l'accent sur le divorce bénéfique de l'intéressée dont la cohabitation antérieure avec le mari fut décrite comme particulièrement difficile et violente. Ils notèrent un décalage entre la sévérité des plaintes et les activités quotidiennes décrites, une intégration sociale préservée, certes restreinte à un petit cercle. Ils relevèrent que le trouble somatoforme douloureux n'était ainsi plus associé à une comorbidité psychiatrique grave. En soi l'expertise psychiatrique peut être suivie dans ces constats, moins dans l'appréciation du décalage entre les plaintes décrites et les activités quotidiennes décrites, car celles-ci n'ont rien d'extraordinaire et relèvent de la simple occupation de la journée (ménage et repas avec la mère, sieste, télévision, achats, promenade avec une amie, visites occasionnelles [pce 93, p. 9]), et ne convainc pas dans ses conclusions car elle ne discute aucunement la réelle possibilité de l'assurée de reprendre une activité à plein temps après sa longue période d'inactivité dont une bonne partie l'a été en raison de troubles psychiatriques graves. Cette possibilité est simplement tenue pour acquise. L'expertise retient par ailleurs un diagnostic difficilement conciliable avec une capacité de travail à plein temps et réserve aussi la réalité de celle-ci à une meilleure compliance médicamenteuse. Le rapport E 213 du 17 juillet 2008 concluant à une capacité de travail résiduelle d'un tiers pour des travaux légers et le rapport du Dr D. _____ daté du 2 avril 2009 notant un suivi thérapeutique de 18 mois posant le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent grave avec symptômes ne permettent pas de suivre sans autres les conclusions de l'expertise du CEMed compte tenu des atteintes psychiatriques antérieures de l'assurée et des autres rapports médicaux au dossier, dont les derniers qui concernent aussi le status de santé de l'intéressée antérieur à la décision attaquée, qui laissent peu envisager la capacité d'une pleine activité lucrative. D'autre part, le fait que l'assurée présente un important déconditionnement au travail est manifeste de l'ensemble du dossier, même si cela n'est pas indiqué dans l'expertise du CEMed, et devait être pris en compte. Un déconditionnement, notamment chez une personne de plus de 50 ans après plus de 14 ans d'inactivité ne peut simplement être ignoré même si la jurisprudence le prend de règle en compte dès l'octroi de 15 ans de rente ou l'âge de 55 ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.2.2). Certes la prise en compte d'un déconditionnement doit relever d'un état pathologique et non uniquement être réactionnel à l'idée de devoir réintégrer le marché du travail après une

longue période d'inactivité. En l'occurrence le rapport du CEMed n'a pas discuté la question et le Dr G. _____ de l'OAIE n'a pas tenu compte de cet aspect au vu des documents médicaux présentés en phase d'audition et de la longue période d'inactivité de plus de 14 ans de l'assurée dont de nombreuses années avec une lourde atteinte d'ordre psychiatrique, éléments permettant d'inférer un important déconditionnement pathologique nécessitant pour le moins son appréciation médicale.

E. 8.2.3

A l'encontre des réserves ici émises sur l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail retenue, il y a toutefois lieu de relever que selon le principe de l'art. 7 al. 2 LPGA seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 383); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison de revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1.2.1), à moins justement d'un déconditionnement pathologique grave.

E. 8.3

Vu ce qui précède il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle procède à un complément d'instruction consistant à soumettre les rapports médicaux reçus en procédure d'audition au CEMed afin que cet organisme se détermine nouvellement sur la capacité de travail de l'intéressée au vu de ceux-ci et que l'OAIE, suite également à une nouvelle appréciation de son service médical, rende une nouvelle décision.

E. 9.1

La recourante ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et l'avance de frais fournie de 400 francs lui est restituée intégralement (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2).

E. 9.2

Vu l'issue du litige, il est allouée une indemnité de dépens de 3'000 francs à charge de l'autorité inférieure (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 [RS 173. 320.2]).

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