

# **BVGer C-5514/2019 vom 30. März 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5514\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5514_2019)

FR: TAF C-5514/2019 du 30 mars 2021

IT: TAF C-5514/2019 del 30 marzo 2021

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

### **E. 1.2**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision du 13 juin 2019 et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il 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).

### **E. 2.2**

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 218 consid. 2, 128 V 315, 121 V 365 consid. 1b, 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1, 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, il y a donc lieu de s'en tenir aux faits survenus et

d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à la décision du 25 septembre 2019. Cela étant, la documentation médicale versée en cause durant la procédure judiciaire ne sera prise en considération que dans la mesure où elle permet d'apprécier l'état de fait juridiquement pertinent au cas d'espèce.

### **E. 3**

En l'occurrence, l'objet de la contestation est ambigu : intitulé « Décision : Refus de rente », le prononcé attaqué rejette, dans son dispositif, la demande de prestations de l'assuré, n'abordant dans sa motivation que le droit à une rente d'invalidité. Aussi n'est-il à premier abord pas évident de déterminer quels rapports juridiques, respectivement quelles prestations de l'assurance-invalidité, sont tranchés dans la décision du 25 septembre 2019. Cette question peut toutefois rester indécise puisque l'assuré ne formule des conclusions qu'en relation avec son droit à une rente d'invalidité. Aussi l'objet du litige est-il circonscrit à ce seul aspect (sur l'étendue de l'objet du litige, cf. Meyer/Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif in *Mélanges Pierre Moor*, Berne 2005, n° 11 ss p. 440 ss ; cf. également TF 9C\_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 2 et 3, 9C\_602/2009 du 21 décembre 2009 consid. 2.3, 9C\_944/2009 du 22 mars 2010 consid. 2 et 9C\_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2).

### **E. 4**

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, domicilié en Espagne, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

#### **E. 4.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 4.2**

On entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA - dans sa version en vigueur au jour de la décision attaquée -, 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. Aussi le taux d'invalidité s'évalue-t-il en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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). Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3 ; cf. également art. 59 LAI).

#### **E. 4.3**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c et les références).

#### **E. 4.4**

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

## E. 5

Dans le cas d'espèce, il est établi que l'assuré comptait au moins trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité ayant justifié sa demande de prestations de février 2019. Demeurent ainsi litigieuses les autres conditions au droit à la rente, à savoir essentiellement les incapacités de travail et de gain susceptibles d'être prises en considération dans ce contexte. Cela étant, l'autorité précédente reconnaît à l'assuré une incapacité de travail de 80 % dans sa dernière activité exercée pour le compte de la société B.\_\_\_\_\_ ; en revanche, une pleine capacité de travail est admise dans une activité adaptée légère et essentiellement sédentaire, ce dès le 27 février 2018, soit dès la réalisation de l'arthroscopie de la hanche gauche. De son côté, le recourant explique que ses atteintes au niveau des hanches le privent de toute capacité de gain et l'empêchent de réintégrer le marché du travail, quelle que soit la profession envisagée.

### E. 5.1

En l'occurrence, pour évaluer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, l'OAIE s'est référé principalement à l'appréciation fournie le 2 juillet 2019 par sa médecin-conseil la Dre E.\_\_\_\_\_, qui n'a pas procédé à l'examen personnel de l'intéressé. Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, on ne voit toutefois pas que cette prise de position suffise à établir les circonstances médicales pertinentes au degré de vraisemblance requis. Selon la jurisprudence, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères lorsque comme en l'espèce, l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles (« geringe Zweifel »), subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 in fine). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme c'est le cas ici, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (« lückenloser Befund ») ; en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical (« feststehenden medizinischen Sachverhalts »), de sorte que la nécessité de procéder à l'examen direct de l'assuré n'apparaît plus au premier plan (entre autres: TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 et réf. cit.). Or, la documentation médicale versée au dossier est ici insuffisante pour trancher les droits litigieux sur la base principalement de l'appréciation documentaire d'un médecin rattaché à l'autorité précédente. Comme l'exprime la Dre E.\_\_\_\_\_, on se trouve certes en présence d'une mono-pathologie dont la nature semble parfaitement appréhendée. Ainsi, tous les spécialistes consultés observent chez l'assuré une coxarthrose bilatérale avec conflit fémoro-acétabulaire, ayant donné lieu - au niveau de la hanche gauche - à une infiltration pratiquée en 2017 et à une arthroscopie réalisée en 2018 et - au niveau de la hanche droite - à une infiltration pratiquée en avril 2019 (OAIE pces 1, 2, 4, 15, 16 17, 19 et 23). D'un point de vue diagnostic, on peut donc retenir que les faits médicaux étaient établis à la vraisemblance prépondérante au moment où la décision attaquée a été rendue. En revanche, on recherche en vain au dossier une évaluation médicale spécialisée sur la capacité de travail de l'assuré eu égard à son status clinique. Il est vrai que certaines pièces fournissent à ce propos divers renseignements. Ainsi, dans son rapport du 11 septembre 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ qualifie

les symptômes observés et documente ses observations relatives à la mobilité de l'assuré (OAIE pce 4). L'avis de ce médecin-traitant s'insère cependant davantage dans le traitement et le suivi des atteintes de l'assuré. A l'inverse, il ne comporte pas d'évaluation précise des capacités fonctionnelles du recourant - en particulier dans le contexte de son activité pour le compte de B.\_\_\_\_\_ (OAIE pce 20) - et ne saurait par conséquent suffire à tirer des conclusions convaincantes sur le profil d'exigibilité médico-théorique de celui-ci. Quant aux prises de position de la Dre D.\_\_\_\_\_, à savoir son rapport du 29 janvier 2019 ainsi que le rapport médical E213 du 20 mars 2019 (OAIE pces 3 et 7), elles ne permettent pas non plus l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré et ne sauraient partant servir de base à un examen purement documentaire des circonstances médicales pertinentes. En effet, il n'est pas évident, à la lecture de ces rapports - qui relèvent en partie d'un langage abrégé -, d'identifier les constatations cliniques résultant effectivement de l'examen personnel de l'assuré. Quoiqu'il en soit, la Dre D.\_\_\_\_\_ ne procède pas à la description précise et systématique des capacités fonctionnelles et du status clinique de l'assuré en regard à ses atteintes au niveau des hanches. Dans la mesure en outre où elles sont antérieures à l'infiltration de la hanche droite pratiquée en avril 2019, les appréciations de cette médecin - à l'instar d'ailleurs de celles du Dr C.\_\_\_\_\_ - ne reflètent pas de manière fiable l'état de fait médical décisif au cas d'espèce, soit celui au moment du prononcé attaqué. En définitive, il manque au dossier une évaluation médicale issue d'un examen personnel de l'assuré, comportant une description exhaustive de son status clinique et désignant précisément ses capacités fonctionnelles. Or, de telles informations - qui se rapportent au « diagnostic fonctionnel » (« Funktionsdiagnose) - sont primordiales, tout particulièrement lorsque l'on se trouve comme ici en présence d'atteintes de nature orthopédique (TF 9C\_93/2019 du 10 avril 2019 consid. 4.1.2 ; 9C-335/2015 précité consid. 4.2.2). Dans ces conditions, on doute que l'évaluation fournie par la Dre E.\_\_\_\_\_ retranscrive fidèlement le profil d'exigibilité médico-théorique de l'assuré. Aussi doit-on exclure que les pièces médicales versées en cause permettent l'appréciation purement documentaire de l'état de santé l'assuré, quand bien même une telle appréciation serait menée par un spécialiste en orthopédie, ce qui n'est pas le cas de la Dre E.\_\_\_\_\_.

## **E. 5.2**

Partant de ce qui précède, force est de constater qu'il n'est à ce stade pas possible d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Ainsi, le dossier doit être complété par la mise en oeuvre d'une instruction visant à établir la capacité résiduelle de travail du recourant compte tenu de ses atteintes à la santé. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de provoquer une appréciation documentaire de sa médecin-conseil, qui s'est prononcée sans disposer de constatations cliniques circonstanciées et exhaustives. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Cela étant, pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans le cadre de sa demande de février 2019 - et pour déterminer également si et cas échéant dans quelle mesure une arthropathie totale de la hanche gauche pourrait améliorer la capacité de travail de ce dernier (OAIE pce 29) -, l'OAIE mettra en oeuvre - en Suisse et dans le respect de l'art. 44 LPGA ainsi que de la jurisprudence y relative - une expertise orthopédique, complétée le cas échéant des disciplines médicales jugées nécessaires par l'expert (ATF 139 V 349 et 137 V 210 ; cf. ég. TF 9C\_174/2020 du 2 novembre 2020).

## **E. 6**

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 25 septembre 2019 doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précédente pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

### **E. 7.1**

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4).

### **E. 7.2**

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 FITAF (RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le TAF fixe l'indemnité d'office dans le cas où il n'a pas reçu de décomptes (cf. art. 14 al. 2 FITAF; arrêts du TF 2C\_730/2017 du 4 avril 2018 consid. 3.4; 2C\_422/2011 du 9 janvier 2012 consid. 2), en tenant compte de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que du travail et du temps que le représentant du recourant a dû y consacrer. Ainsi, en l'espèce, il convient d'allouer au recourant, à charge de l'OAIE, une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- (cf. TAF C-4872/2017 du 16 octobre 2019 consid. 16.2). (le dispositif se trouve sur la page suivante)

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