

BVGer C-5587/2014 vom 2. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5587_2014

FR: TAF C-5587/2014 du 2 novembre 2017

IT: TAF C-5587/2014 del 2 novembre 2017

Regeste

Droit à la rente

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), le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 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, au sens de l'art. 5 PA, 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. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

E. 1.3

En l'occurrence, la décision litigieuse, datée du 21 août 2014, a été notifiée à la recourante à une date qu'aucune pièce du dossier ne mentionne. Le mémoire de recours a été expédié le 25 septembre 2014 (date du timbre postal ; annexe pce TAF 1). Ceci dit, la notification de la décision querellée est vraisemblablement intervenue après le 25 août 2014. En effet, bien que datée du 21 août 2014, ladite décision porte mention, en page 3, d'une validation interne en date du 25 août 2014. Quoi qu'il en soit, il sied de rappeler que le fardeau de la preuve de la notification d'une décision est à la charge de l'autorité l'ayant rendue (Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 71 et les références citées), si bien que le Tribunal de céans doit de toute manière, in casu, considérer le pourvoi comme ayant été déposé en temps utile (art. 60 LPGA). En outre, il a été interjeté dans les formes légales (art. 52 PA), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 59 LPGA), qui s'est de surcroît acquittée de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA ; ci-dessus, let. J.b). Partant, le recours est recevable.

E. 2.1

Le droit matériel applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter - en règle générale - à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables in casu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 et 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.3

L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que 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 l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'espèce, la recourante a déposé sa requête de prestations de l'assurance-invalidité le 19 août 2013 (ci-dessus, let. B.a), si bien que le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 1er février 2014 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 21 août 2014, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1 et ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 3

En l'espèce, il s'agit d'examiner le bien-fondé de la décision rendue par l'OAIE le 21 août 2014. L'objet du litige porte sur le droit de A. _____ à obtenir des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une

part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part, compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de cinq ans au total (ci-dessus, let. A.a), si bien qu'elle remplit la condition de la durée minimale de cotisations (pce AI 4, pp. 2 et 3, et pce AI 19, pp. 2 à 4). Reste dès lors à examiner la question de l'invalidité dans le cas d'espèce.

E. 5.1

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 ; elle 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. 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide à 40 % au moins (lettre c).

E. 5.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond par conséquent pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 137 V 20 consid. 2.2 et ATF 110 V 273 consid. 4b).

E. 5.3

Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le Tribunal, constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En ce sens, sont déterminants tous les faits décisifs pour l'issue de la cause. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et juridictionnelles sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de rendre un jugement sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 et les références citées). Si elles acquièrent la conviction, au terme

d'une appréciation anticipée des preuves, que de nouvelles investigations ne pourrait l'amener à modifier son opinion, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve (parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1 et 9C_398/2011 du 23 février 2012 consid. 4.2 ainsi que les références citées).

E. 5.4

En particulier, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, les autorités administratives et juridictionnelles doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_264/2015 du 12 août 2015 consid. 3.2.3 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Avant de conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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 que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 140 V 70 consid. 6.1, ATF 137 V 64 consid. 2 et ATF 125 V 351 consid. 3a, ainsi que les références citées).

E. 6

Dans la partie en fait du présent arrêt ont été répertoriées les principales pièces contenant les avis de plusieurs médecins - espagnols et suisse (Dr H._____, médecin-conseil de l'OAIE) - au sujet de l'état de santé de A._____ (ci-dessus, let. B.b, C, D.a, G.a et G.d). Cette documentation appelle les remarques suivantes.

E. 6.1

En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré. Par ailleurs, selon une pratique constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation des documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur des connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou, au moins, le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (voir, notamment, arrêt du Tribunal fédéral

9C_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3 et les références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-344/2014 du 10 juillet 2017 consid. 7.1.1).

E. 6.2

En l'espèce, l'OAIE, pour rendre sa décision du 21 août 2014, s'est basé sur la prise de position de son service médical, établie et signée par le Dr H. _____, médecin généraliste.

E. 6.2.1

Dans un premier rapport, daté du 30 janvier 2014 (pce OAIE 39), ce dernier a retenu que A. _____ souffrait d'un emphysème pulmonaire congénital, d'une bronchocèle et d'une gonarthrose légère. Il a en outre constaté que la prénommée avait subi, en septembre 2009, une lobectomie et une segmentectomie au niveau du poumon droit.

E. 6.2.2

Dans un second rapport, daté du 8 mai 2014 (pce OAIE 54), il a constaté que, dans son opposition, l'intéressée se plaignait d'un grave dysfonctionnement pulmonaire. Relevant que rien, dans la documentation disponible, ne permettait de confirmer ces plaintes, le Dr H. _____ a sollicité qu'il soit procédé à des examens complémentaires.

E. 6.2.3

Ceux-ci faits, le praticien a complété son rapport, le 18 août 2014 (pce OAIE 66), estimant que les analyses effectuées permettaient d'écarter les plaintes de l'intéressée et le diagnostic du Dr K. _____.

E. 6.3.1

Au regard de la jurisprudence citée précédemment (ci-dessus, consid. 6.1.1 ; voir, également, les arrêts du Tribunal fédéral 9C_692/2014 du 22 janvier 2015 consid. 3.3 et 9C_196/2014 du 18 juin 2014 consid. 5.1.2), l'OAIE ne pouvait rendre une décision en s'appuyant exclusivement sur les prises de position du Dr H. _____, médecin généraliste, établies sans examen personnel de la recourante, sur la base des attestations et certificats médicaux évoqués précédemment, lesquels sont incomplets.

E. 6.3.2

A ce propos, il sied tout particulièrement de souligner qu'à l'exception du rapport médical E 213, aucun document médical versé en cause n'aborde les conséquences du diagnostic posé sur la capacité de travail de la recourante. Le rapport E 213, établi par le Dr G. _____, dont on ignore s'il s'agit d'un généraliste ou d'un spécialiste, indique de manière laconique que les affections dont souffre A. _____ - et qui sont documentées par plusieurs certificats médicaux et « curso clinico » établis par les services de pneumologie et de traumatologie de l'Hôpital universitaire de La Corogne - n'ont pas de répercussions sur sa capacité de travail (pce OAIE 12, p. 8). A l'analyse du dossier, tout particulièrement des rapports du service de pneumologie du 25 juillet 2013 (pce OAIE 10), d'une part, et du service de traumatologie du 13 septembre 2013 (pce OAIE 11), d'autre part, constatant de surcroît les plaintes exprimées par la patiente, l'on ne perçoit pas comment le praticien ayant rédigé le rapport E 213 est parvenu à sa conclusion relative à la capacité résiduelle de travail.

E. 6.3.3

Quant aux différentes prises de position du Dr H. _____, lesquels ont fait l'objet de plusieurs écrits (pces OAIE 39, 41, 54 et 66), elles sont critiquables à plusieurs égards.

E. 6.3.3.1

A aucun moment, le médecin de l'OAIE n'aborde ni ne prend en considération la question de la rupture du ménisque interne, survenue en septembre 2013 (pce OAIE 11), en particulier pour s'interroger sur son origine et déterminer si elle accidentelle ou liée à une maladie.

E. 6.3.3.2

De même, alors que le Dr K._____ a posé, dans son rapport du 11 juin 2014 (pce OAIE 59), le diagnostic de fibromyalgie, celui-ci est écarté par le Dr H._____ au motif d'une contradiction avec les analyses sanguines réalisées et avec le rapport E 213 (pce OAIE 66). Le médecin traitant de la recourante n'était par ailleurs pas le premier praticien à faire ce diagnostic. En effet, l'auteur du rapport E 213, le Dr G._____, avait lui aussi fait état, dans ses conclusions, d'un syndrome de fibromyalgie (pce OAIE 12, p. 8 ; ci-dessus, let. B.b). Partant, l'OAIE ne pouvait faire l'impasse sur cette pathologie. En effet, selon la pratique en vigueur, lorsque sont diagnostiqués des troubles somatoformes douloureux, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ces troubles sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 64 consid. 4 et 5 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires, comme la fibromyalgie, bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

E. 6.3.3.3

Finalement, il y a lieu de constater que le Dr H._____, dans ses prises de position, n'a nullement fait mention de l'abondante médication prescrite à A._____ (pce OAIE 49), laquelle n'a pas manqué de souligner la nécessité pour elle de suivre en permanence un traitement médical et pharmacologique (voir, notamment, l'opposition du 8 avril 2014, p. 3 [pce OAIE 45]), et des conséquences éventuelles sur sa capacité de travail.

E. 6.3.4

Partant, pour les raisons évoquées précédemment, de forts doutes subsistent quant à la pertinence de la prise de position Dr H._____, dont la valeur probante est de surcroît limitée, le praticien en question ne disposant pas de connaissances spécifiques en matière pneumologique, rhumatologique et traumatologique, pourtant indispensables au regard de la complexité du cas d'espèce ; par conséquent, l'état de santé réel de A._____ n'est pas établi. De surcroît, ainsi que mentionné précédemment (ci-dessus, consid. 6.3.3.2), la jurisprudence topique du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie n'a pas été respectée.

E. 6.4

Dans ces conditions, l'autorité inférieure ne pouvait valablement se prononcer sur la demande de prestations formulées par A._____ en se basant uniquement sur le rapport de son médecin conseil, lequel, fondé sur le seul dossier et non sur un examen de l'intéressée, n'avait pas la force probante requise. Compte tenu des lacunes des avis médicaux fournis et des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne, l'OAIE aurait dès lors dû solliciter des avis complémentaires - au-delà des examens et analyses qui ont été effectués sur requête du Dr H._____ (ci-dessus, let. G.c) - et faire procéder, avant de rendre la décision querellée, à une analyse médicale externe, indispensable en l'occurrence pour établir les faits

conformément aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; voir, également, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3).

E. 6.5

Au regard de ce qui précède, il appert que la documentation médicale versée au dossier ne permet pas d'évaluer précisément l'état de santé de A._____ et sa capacité de travail pendant l'ensemble de la période déterminante. Il se justifie dès lors d'annuler l'acte entrepris.

E. 7.1

En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité de la procédure et de diligence, 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 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). Tel est le cas en l'espèce, si bien que la cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire.

E. 7.2.1

Dans ce cadre, l'autorité inférieure procédera à une expertise pluridisciplinaire (pneumologie, rhumatologie et psychiatrie) en Suisse, qui permettra de déterminer l'état de santé exact de la recourante ; en sus de l'emphysème pulmonaire congénital, de la bronchocèle et de la gonarthrose, il s'agira de tenir compte, à tout le moins, du diagnostic de fibromyalgie posé par les Drs K._____ et G._____ et d'évaluer quelles éventuelles conséquences a le traitement médical et pharmacologique sur la capacité de travail de la recourante.

E. 7.2.2

Ceci fait, et sur la base d'un dossier complet, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

E. 8.1

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et art. 3 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). Le montant de 400 francs versé par la recourante à titre d'avance de frais (ci-dessus, let. J.b) lui sera restitué une fois le présent arrêt entré en force.

E. 8.2

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 FITAF permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce,

compte tenu du travail accompli par Maître José Nogueira Esmorís, mandataire de la recourante, à savoir la rédaction d'un mémoire de recours standardisé de cinq pages (pce TAF 1) et d'une réplique de cinq pages (pce TAF 10), il se justifie de lui allouer une indemnité à titre de dépens fixée à 1'000 francs (sans TVA), à la charge de l'autorité inférieure. (dispositif page suivante)

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