

# **BVGer C-6628/2009 vom 30. Juni 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6628\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6628_2009)

FR: TAF C-6628/2009 du 30 juin 2010

IT: TAF C-6628/2009 del 30 giugno 2010

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

### **E. 1.2**

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), 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.

## **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. 3.1**

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, eu égard à la date du dépôt de la demande dans la présente affaire, à savoir le 23 février 2009 (pces 1; 4; 53), et au moment où l'assuré aurait droit au plus tôt à une rente conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, c'est-à-dire en avril 2008 (une année après le début de la maladie de longue durée; cf. à ce sujet supra consid. 5.3 s. et let. A), le droit à des prestations doit être examiné en l'espèce à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2010 du 1er juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée). Les dispositions de la LAI mentionnées ci-après sont donc celles en vigueur dès le 1er janvier 2008.

## **E. 3.2**

En dérogation à l'art. 24 LPGA, 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 6 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. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 23 août 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 17 septembre 2009, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

## **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). Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

### **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, 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.

### **E. 5.2**

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.

### **E. 5.3**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, in casu ressortissant de l'Union européenne, 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 exigible (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 (lettre c).

### **E. 5.4**

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2ème édition, Zurich Bâle Genève 2010, p. 279).

### **E. 6.1**

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.

### **E. 6.2**

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 celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond 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 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

### **E. 7.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 7.2**

Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction 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).

### **E. 8.1**

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 les références).

### **E. 8.2**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement 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 351 consid. 3b/cc et les références). En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

## **E. 9**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité dans la période déterminante, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont il est victime ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 9.1**

L'administration fonde la décision entreprise sur la prise de position du Dr F.\_\_\_\_\_, de son service médical, qui conclut que les atteintes retenues chez l'assuré n'ont pas pu conduire à une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année dans le sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI tant dans la profession habituelle que dans une activité de substitution. L'assuré est pour sa part d'avis que la documentation médicale versée au dossier est suffisante pour lui reconnaître le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en rappelant que, suite à l'accident intervenu en avril 2007, il a présenté une incapacité de travail complète d'au moins deux ans toujours actuelle à ce jour.

### **E. 9.2**

Cela étant, il appert que de nombreux éléments sont de nature à semer le doute sur le bien-fondé des conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_ et que la présente affaire n'a pas été instruite de façon suffisante pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, on relève d'une part que les nombreuses attestations d'arrêt de travail versées au dossier font part, dans leur ensemble, d'une incapacité de travail entière du recourant de novembre 2007 jusqu'en mai 2009. D'autre part, il ressort des actes de la cause que l'affection au genou n'a aucunement diminué en intensité dans la période subséquente, dès lors que, en juillet 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté que les douleurs à cet endroit étaient toujours présentes et a conseillé pour cette raison la mise en place d'une prothèse (pce 59 [rapport du 7 juillet 2009]), ce qui a été effectué le 2 novembre 2009 (cf. pce TAF 1 p. 1 [mémoire de recours] et pce TAF 10 p. 3 [rapport du 22 février 2010]). Par ailleurs, on note que l'assureur perte de gain a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2009 (cf. pce TAF 10 p. 4), à savoir pendant le temps maximal prévu de 720 jours, aboutissant ainsi manifestement à des conclusions inverses de celles retenues par le Dr F.\_\_\_\_\_ quant à l'exigibilité de l'activité habituelle de la part du recourant. Finalement, en ce qui concerne l'exigibilité d'une activité de substitution, le Tribunal de céans ne peut sans autre se rallier aux conclusions du médecin de l'OAIE qui retient que le recourant est en mesure d'accomplir à plein temps des professions telles que celles de concierge ou de magasinier (voire supra let. C; sur le principe inquisitoire cf. supra consid. 7 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_135/2010 du 28 mai 2010 consid. 4.2). En effet, les rapports médicaux des spécialistes ayant traité le recourant, notamment les Drs B.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique (dossier SUVA p. 16), D.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique (cf. pces 28 et 38), E.\_\_\_\_\_, rhumatologie-ostéopathie (pce 49) et G.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologique (pce 57-59), ne prennent pas position sur la capacité de travail du recourant dans une activité de substitution à court et moyen terme et ne peuvent ainsi confirmer l'opinion du Dr F.\_\_\_\_\_. En outre, on relève que l'assuré a été examiné à plusieurs reprises par les Drs C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine générale. Or, hormis le rapport médical ancien du 10 octobre 2007 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA p. 15), le dossier ne contient aucune documentation un tant soit peu détaillée de ces praticiens mais uniquement des attestations d'arrêt de travail pas du tout motivées jusqu'au mois de juillet 2008, puis par la suite tout au plus de façon très sommaire, le Dr H.\_\_\_\_\_ faisant tantôt part de gonalgies (attestations

des 27 août 2008 et 30 septembre 2008 [pces 43 et 44]), tantôt d'un état dépressif ([attestations des 27 novembre 2008, 1er février 2009 et 30 mars 2009 [pces 46, 48 et 51]). Il semble ainsi qu'une problématique psychiatrique se soit ajoutée aux affections somatiques et les actes de la cause, au vu de leur caractère peu clair et sommaire, ne permettent pas de déterminer de façon suffisamment fiable à partir de quel moment cette nouvelle affection serait éventuellement intervenue. Dans ces conditions, on ne saurait interpréter ces documents en défaveur du recourant sur la base de simples suppositions. Il subsiste par conséquent un doute sérieux quant à la question de savoir si le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% pendant une année avant août 2009, soit le moment où le droit à des prestations aurait pu naître au plus tôt (cf. à sujet supra consid. 3.2). Compte tenu de tous ces éléments, il appert que l'autorité inférieure n'a pas agi conformément au droit en statuant dans la présente affaire sans avoir au préalable recueilli des renseignements complémentaires auprès des médecins ayant traité et suivi l'assuré. En particulier, elle aurait dû notamment obtenir des informations plus détaillées en ce qui concerne les diagnostics retenus dans la période déterminante pour l'octroi éventuel de prestations et requérir de ces praticiens des indications précises quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré tant au niveau somatique que psychique et une évaluation de sa capacité de travail dans sa profession habituelle d'une part et dans une activité de substitution d'autre part.

### **E. 9.3**

En conséquence de tout ce qui précède, le Tribunal de céans conclut que les actes de la cause ne constituent pas une base suffisante pour rendre un jugement dans la présente affaire. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure veillera à recueillir des informations plus détaillées auprès des médecins ayant suivi l'assuré dans le sens du considérant précédent et procédera à toute autre mesure d'instruction nécessaire pour permettre de juger valablement de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail tant au niveau orthopédique que psychique, le cas échéant au moyen d'une expertise.

### **E. 10**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et la demande d'assistance judiciaire y relative devient sans objet.

### **E. 11**

Le recourant ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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 [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.