

# **BVGer C-6871/2008 vom 5. Oktober 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6871\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6871_2008)

FR: TAF C-6871/2008 du 5 octobre 2010

IT: TAF C-6871/2008 del 5 ottobre 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**

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. 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 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. 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**

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.

### **E. 3.2**

La recourante a déposé sa demande de prestations le 18 février 2005. Dans ce contexte, il sied de rappeler que 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, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier au 25 juillet 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

### **E. 3.3**

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 18 février 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 25 juillet 2008, 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, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 84) et

remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. 5.2**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, in casu ressortissante de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2).

### **E. 6**

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 exigée 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 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**

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 certaines 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). 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**

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. 9.1**

En l'espèce, il est admis que la recourante souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et différentes affections d'ordre somatique, à savoir notamment une polyarthrite, une ostéoporose et une incontinence urinaire (cf. pce TAF 1 p. 1 et pce TAF 15 p. 2). Le litige porte sur les répercussion de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée, singulièrement sur le degré d'invalidité à retenir. En bref, l'assurée estime avoir droit à une rente entière autant pour des raisons psychiques que somatiques. Pour sa part, l'OAIE, se basant essentiellement sur une prise de position de son service médical du 12 mars 2008, est d'avis que les atteintes physiques ne présentent pas un caractère incapacitant et que l'affection psychique de l'assurée entraîne une incapacité de travail de seulement 40%.

### **E. 9.2**

Sur le plan psychiatrique, force est de constater que les avis médicaux émis par les médecins ayant suivi la recourante en Espagne s'expriment de façon peu précise, voire pas du tout, sur les répercussions du trouble anxieux et dépressif mixte sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi, le Dr E. \_\_\_\_\_, dans les rapports médicaux E 213 des 14 mars 2005 (pce 24), 13 novembre 2006 (pce 34) et 4 juillet 2007 (pce 42) ne s'est jamais exprimé sur ce point quand bien même le formulaire y relatif demande expressément de prendre position en la matière. Pour sa part, la Dresse D. \_\_\_\_\_ fait notamment état de labilité émotionnelle et d'anxiété observées chez l'assurée et se limite à donner la liste des médicaments prescrits en précisant que ceux-ci s'avèrent toujours nécessaires au vu des symptômes psychopathologiques (rapports des 31 octobre 2003 [pce 21], 7 novembre 2003

[pce 22], 27 octobre 2004 [pce 16], 4 août 2005 [pce 74] et 25 août 2005 [pce 25]). Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, il retient dans un premier temps une limitation de la capacité de travail partielle ou modérée de l'assurée (certificat du 26 septembre 2003 [pce 20]). Dans un deuxième rapport beaucoup plus étayé et établi avec le concours de Madame G.\_\_\_\_\_, psychologue, il atteste que l'affection psychiatrique s'est péjorée et que le traitement médicamenteux n'a jusqu'à ce jour pas permis d'apporter une amélioration importante. Selon ces praticiens, l'atteinte produit une série de symptômes émotionnelles et comportementaux de forte intensité qui interfèrent de façon significative sur l'accomplissement de toutes les activités effectuées par l'assurée (rapport psychiatrique du 19 juin 2006 [pce 33]). La Dresse I.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 25 juin 2007 (pce 41), indique notamment que le tableau clinique n'a pas connu d'amélioration. Finalement, on note que, selon un acte de la sécurité sociale espagnole du 30 janvier 2009 (pce TAF 18 p. 6), l'assurée présente une incapacité de travail de 65% dont 30% sont mis sur le compte du trouble psychique. Au vu de ce qui précède, le Tribunal fédéral est d'avis que l'argumentation soutenue par l'OAIE n'est pas suffisamment étayée par des pièces concluantes et que les différents rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de confirmer le taux d'incapacité de travail de 40% retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ qui n'a pas examiné lui-même la recourante et qui a émis son avis en fonction des actes de la cause. En particulier, la prise de position de ce médecin souffre d'un défaut de crédibilité dans la mesure où il a lui-même considéré, dans un premier temps (cf. rapport du 30 septembre 2007), que les actes du dossier n'étaient pas suffisants pour se prononcer dans la présente affaire et qu'il convenait de procéder à un complément d'instruction pour ensuite y renoncer lorsque les démarches entamées par l'OAIE à cet effet se sont soldées par un échec, l'INSS refusant de produire une pièce médicale s'exprimant de façon précise sur la capacité de travail de l'assurée (cf. supra let. B.g ss). Dans de telles circonstances et au vu des rapports peu concluants, voire contradictoires versés au dossier (cf. notamment le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 19 février 2007 [pce 36] estimant que l'assurée présente une incapacité de travail de 70%; voire supra let. B.d), il incombait à l'autorité inférieure de prendre des mesures complémentaires pour obtenir les renseignements demandés. Dans ce contexte, on rappelle que, selon la jurisprudence, il convient de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves lorsque l'assureur statue en grande partie, voire exclusivement sur la base de son service médical. 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

### **E. 9.3**

Sur le plan somatique, on constate que la recourante, notamment en produisant un rapport médical du 9 octobre 2007 (pce 68 faisant entre autres part d'ostéoarthropathie et de chondromalacie, degré IV; cf. supra let. B.h), a fait valoir différentes affections qui, selon elle, justifient de retenir une incapacité de travail significative. Le service médical de l'autorité inférieure ne s'est toutefois jamais exprimé sur ce point, quand bien même les affections décrites ne paraissent pas de prime abord anodines. Ici également un complément d'instruction s'avère nécessaire (cf. notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2836/2008 du 17 août 2010 consid. 13.2 et la référence).

### **E. 10**

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 comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un psychiatre et d'un orthopède/rhumatologue ainsi que, éventuellement, de tout autre spécialiste dont l'avis devrait s'avérer nécessaire pour juger de la capacité de travail de la recourante (en ce qui concerne le problème urologique allégué cf. pce 61). Le cas échéant, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

#### **E. 11**

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 301.- versé à titre d'avance de frais par la recourante lui est restitué.

#### **E. 12**

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 1'000.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail, relativement limité dans le cas d'espèce, qu'elle nécessite et du temps que le mandataire pouvait y consacrer (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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2). (dispositif à la page suivante)

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