

# **BVGer C-6958/2011 vom 11. Januar 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6958\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6958_2011)

FR: TAF C-6958/2011 du 11 janvier 2013

IT: TAF C-6958/2011 del 11 gennaio 2013

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Le requérant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, 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, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire [cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_287/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.2]).

### **E. 3**

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 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. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision (premier volet) valable dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

### **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 requérant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (pce 33) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

## **E. 5**

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. 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 (lettre c).

## **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 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 celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Par conséquent, 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**

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**

En l'occurrence, il est admis que le recourant souffre d'une dégénération médullaire sur manque de vitamine B12 engendrant des douleurs neuropathiques aux membres inférieurs,

d'une maladie coronaire chronique avec status après la mise en place de deux pontages aorto-coronariens le 25 janvier 2010 et d'une haute tension artérielle traitée (pces 42 et 29 p. 8 n° 7). Le litige porte sur les répercussions de ces affections sur la capacité de travail de l'assuré, singulièrement sur le point de savoir si celui-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte, on observe que l'administration, par décision du 12 avril 2011 (pce 23), a rejeté une première demande de prestations de l'assuré. Par la suite, par décision du 24 novembre 2011 (pce 49), elle est entrée en matière sur une deuxième demande de prestations de l'assuré puis a derechef rejeté la requête. Dans le cadre de cette deuxième procédure, elle semble avoir suivi l'avis de son service médical qui lui conseillait de se prononcer à nouveau sur la requête de prestations, motifs pris que l'argumentation développée lors du rejet de la première demande de prestations se basait sur un dossier incomplet et, pour cette raison, ne tenait pas suffisamment compte des limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. prises de position des 25 août et 1er octobre 2011 [pces 42 et 45]). Quoi qu'il en soit, et compte tenu par ailleurs des circonstances particulières du cas concret, l'administration devait se déterminer en l'espèce comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (voir, à ce sujet, les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4 et 8C\_927/2010 du 13 septembre 2011 consid. 7.1).

9.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le juge, constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). Ces dispositions imposent aux autorités appelées à se prononcer de constater d'office les faits pertinents de la cause, après avoir administré les preuves nécessaires. Toutefois, elles peuvent considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elles ne conçoivent plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il leur appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. Le cas échéant, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_398/2011 consid. 4.2 et les références citées; 8C\_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1).

9.2 Cela étant, force est de constater que l'autorité inférieure a enfreint ces principes jurisprudentiels dans la présente affaire.

9.2.1 En effet, il ressort d'un rapport médical du 30 mars 2011 établie par le Dr C. \_\_\_\_\_ (pce 38) que, depuis janvier 2011, la situation clinique du recourant s'est détériorée sur le plan neurologique avec des douleurs neuropathiques ce qui a nécessité la mise en place d'un traitement à base d'antispasmodiques et d'antidépresseurs. Le praticien précité précise que des études complémentaires ont été demandées avec notamment la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique médullaire et une étude des potentiels évoqués somatosensoriels. Ce document, ne serait-ce que par la médication mentionnée, est donc susceptible de jeter des doutes sérieux sur la capacité de travail de l'assuré à exercer une activité de substitution à temps complet.

9.2.2 Ces doutes sont renforcés par les données lacunaires contenues dans le rapport médical E 213 du 30 mai 2011 établi sur la base d'un examen personnel de l'assuré en date du 20 avril 2011 (pce 29 p. 2 n° 2.1). Dans ce document, le Dr D. \_\_\_\_\_ prend certes position de manière succincte sur la capacité de travail de l'assuré (qu'il estime à 100% dans une activité légère [pce 29 p. 10 n° 11.5-11.6]) mais réserve toutefois expressément les résultats des examens complémentaires en rapport

avec l'atteinte neurologique (pce 29 p. 7 n° 6 et p. 8 n° 8) et souligne qu'une nouvelle appréciation doit avoir lieu dans les 6 mois (pce 29 p. 11 n° 12). Ainsi, le praticien précité relève que l'assuré se plaint de tension artérielle, de douleur rétrosternale quand il tousse et du fait que ses jambes le font souffrir lors de tout effort pour cause d'un problème lié à un déficit de vitamine B12 qui existe depuis 2004 et qui s'est péjoré (pce 29 p. 2 n° 3.2). Il souligne que, jusqu'à présent, le traitement neurologique en cours n'a pas permis d'améliorer la situation et que des examens complémentaires sont en train d'être réalisés (pce 29 p. 7). Par ailleurs, en rapport avec les déficits fonctionnels de l'assuré, il signale une douleur neuropathique dans les membres inférieurs faisant l'objet d'études complémentaires (pce 29 p. 7 n° 6 et p. 8 n° 8). Ces données au demeurant peu claires, insuffisamment motivées et ne satisfaisant guère aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 7; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_952/2011 du 7 novembre 2012 consid. 2.3) ne permettent donc pas sans autre de conclure, au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, que le recourant serait à même d'accomplir un travail adapté à temps complet. 9.2.3 Quant au Dr E.\_\_\_\_\_, de l'OAIE, il ne nie pas a priori que la dégénération médullaire constatée chez le recourant puisse avoir des répercussions significatives sur sa capacité de travail (cf. déjà rapport du 3 février 2011 [pce 21 p. 2]). Toutefois, même après avoir pris connaissance de la péjoration de l'état de santé au niveau neurologique dans le cadre de la deuxième demande de prestations, il relève que cette atteinte "ne lui paraît" pas faire obstacle à l'exercice d'une activité de substitution adaptée (cf. rapport du 25 août 2011 [pce 42 p. 2]). Cette appréciation formulée au demeurant de façon prudente ne permet toutefois pas d'éluider les doutes que font surgir les rapports médicaux susmentionnés des 30 mars et 30 mai 2011, d'autant que le Dr E.\_\_\_\_\_ ne possède pas de qualification spécifiques en neurologique, qu'il n'a pas examiné lui-même l'assuré et que la documentation médicale spécialisée versée à la cause est tout à fait insuffisante pour rendre un avis circonstancié dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 s.). 9.2.4 En ce qui concerne l'atteinte cardiologique, il sied aussi de relever que le Dr E.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 25 août 2011 (pce 42 p. 2), estime que cette affection cause à l'assuré des symptômes non négligeables tels que des difficultés respiratoires importantes au moindre effort ainsi que des douleurs thoraciques. Ces constats jettent donc le doute sur la capacité du recourant à accomplir un travail adapté, même léger, à plein temps. Ici également, un complément d'instruction s'avère donc indispensable d'autant que, selon les actes au dossier, le dernier examen cardiologique (dont par ailleurs aucun rapport y afférent figure au dossier) a eu lieu à une date relativement éloignée, à savoir le 14 décembre 2010.

## **E. 10**

Compte tenu de l'importance des lacunes constatées notamment l'absence de toute documentation neurologique circonstanciée et l'absence d'une documentation cardiologique récente, les actes versés au dossier ne permettent donc pas de se prononcer valablement sur la capacité de travail du recourant. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) et rende une nouvelle décision. Dans ce cadre, elle veillera également à prendre position sur la problématique de l'âge avancé chez cet assuré né le [...] 1952 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_149/2011 du 25 octobre 2012).

## **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. 400.- versé par le recourant à titre d'avance de frais lui est restitué.

#### **E. 12**

Le recourant ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est allouée une indemnité globale de dépens de Fr. 700.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail 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). Dans ce contexte, on note que le travail de l'avocat pour la rédaction de la réplique ne saurait être pris en compte. En effet, le recourant a été invité par ordonnance du 24 avril 2012 (pce TAF 8), notifiée le 30 avril 2012 (pce TAF 9 [avis de réception]), à déposer une réplique dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte. Or, le document en question a été remis à la Poste espagnole le 5 juin 2012 seulement, soit tardivement.

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