

BVGer C-7301/2016 vom 8. Mai 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7301_2016

FR: TAF C-7301/2016 du 8 mai 2019

IT: TAF C-7301/2016 del 8 maggio 2019

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 5.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement, lors de la survenance de l'invalidité, les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG/LAI ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

E. 5.2

En l'espèce, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse entre 1982 et 2004 pour un total de 219 mois (cf. AI pces 4 ; 5), soit pendant une durée supérieure à 18 ans (cf. supra consid. A). Partant, il remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la loi.

E. 5.3

L'invalidité au sens de la LPG 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 LPG et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPG, 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 réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPG). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

E. 5.4

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPG et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie

ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

E. 5.5

Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 5.6

Dans le cadre d'un recours, 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 351 consid. 3a et les références citées).

E. 5.7

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). Les principes applicables à l'appréciation des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI s'appliquent également aux rapports du service médical interne de l'OAIE lesquels revêtent la même fonction. Ainsi, lesdits rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Lesdits rapports sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et du status actuel)

et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports SMR mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. p. 799 n° 2920). Par ailleurs, comme tout expert, les médecins du service médical interne de l'OAIE doivent disposer des compétences professionnelles nécessaires (arrêt du TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3).

E. 5.8

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

E. 6.1

La décision litigieuse se fonde principalement sur les rapports du Dr K. _____ du service médical interne de l'OAIE des 26 mai, 29 juillet et 7 octobre 2016 lesquels retiennent comme diagnostics principaux un syndrome lombo-radicaire récurrent chronique et des atteintes dégénératives au niveau du dos selon la CIM-10 M51.1 dès le 1er juillet 2014 (cf. AI pce 33), ainsi que des atteintes dégénératives au niveau du ménisque interne droit dès le 4 septembre 2016 (IRM du 4 septembre 2016 ; cf. AI pces 37 ; 40 ; 43 p. 2) et des épaules dès le 7 septembre 2016 (IRM du 7 septembre 2016 ; cf. AI pces 42 ; 50). Ce faisant, ils sont cohérents avec les pièces médicales présentes au dossier. Il sied cependant de préciser qu'une IRM de la hanche droite effectuée le 4 septembre 2016 a démontré une altération du signal de la partie antéro-supérieure du labrum de la hanche avec un kyste de 10 mm, sans altérations osseuses (cf. AI pce 43 p. 1) et que cela n'a été mentionné ni dans le rapport du Dr K. _____ du 7 octobre 2016 (cf. AI pce 50), ni dans celui du 5 octobre 2017 (cf. annexe à TAF pce 29). Les diagnostics retenus ne sont toutefois pas contestés par le recourant qui précise que son état de santé au moment de la reconnaissance d'une invalidité permanente totale par l'INSS en date du 14 janvier 2016 (cf. AI pce 24 p. 1) était le même que lors de la reconnaissance d'une incapacité temporaire par l'INSS en date du 1er juillet 2014 (cf. TAF pce 1 p. 1 ; AI pce 24 p.5). Ce faisant, le recourant confirme qu'entre 2014 et 2016 son état de santé n'a connu ni aggravation, ni amélioration, mais est resté stable.

E. 6.2

Dans son rapport du 26 mai 2016, le médecin du service médical interne de l'OAIE a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : une activité impliquant une pause de 10 minutes

toutes les heures, en position debout, ne nécessitant pas de rotation du tronc, ni de se pencher ou de s'agenouiller, pas de port de charge de plus de 3 kg, pas de déplacement sur terrain irrégulier et évitant les nuisances telles que le froid et l'humidité (cf. AI pce 33 p. 2). Pour cela, il s'est fondé en particulier sur le rapport médical E 213 (ES) du 5 février 2016 lequel affirme globalement en ce qui concerne les déficits fonctionnels que le recourant souffrait de lombosciatalgies persistantes à droite à faible adhérence thérapeutique (cf. AI pce 6 p. 8). Les autres documents médicaux au dossier sont muets concernant les limitations fonctionnelles (cf. AI pces 8 à 17 ; 22 ; 26 à 28 ; 30 ; 31 ; 42 à 44). Le médecin du service médical interne de l'OAIE a donc établi la liste détaillée des limitations fonctionnelles sur la base de sa seule expérience médicale et non sur la base d'un dossier médical complet. La valeur probante des rapports précités est dès lors diminuée.

E. 6.3

Dans son rapport du 29 juillet 2016 (cf. AI pce 40), le Dr K. _____ a fixé, après avoir reconsidéré sa position du 26 mai 2016 (cf. AI pce 33), l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 100% et l'incapacité de travail dans une activité de substitution à 30%.

L'incapacité de travail complète dans l'activité habituelle retenue par le Dr K. _____ est cohérente avec la documentation se trouvant au dossier médical (cf. AI pces 6 ; 9 ; 12 ; 15 ; 26 ; 31). En revanche, dans le rapport E 213 (ES) du 5 février 2013, il est fait mention que le recourant est en mesure d'effectuer un travail adapté à ses limitations fonctionnelles à temps complet (cf. AI pce 6 p. 10). Or, dans son rapport du 26 mai 2016, le médecin du service médical interne de l'OAIE retient une incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée sans pour autant justifier le fait qu'il s'écarte sur ce point de l'appréciation du médecin de l'INSS. Il sied ici de rappeler que le médecin du service médical interne de l'OAIE n'est ni rhumatologue, ni neurologue, mais un médecin généraliste. Quant au médecin de l'INSS, sa spécialisation n'est pas indiquée. De plus, ce dernier n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles le recourant serait apte à travailler à 100% dans une activité adaptée. Il en résulte qu'il y a un doute sur le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée et la valeur probante du rapport E 213 (ES) ainsi que des rapports du médecin du service médical interne de l'OAIE n'ont pas valeur probante sur ce point.

E. 6.4

Sur le vu de ce qui précède, la décision litigieuse du 13 octobre 2016 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

E. 7.1

En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie exceptionnellement avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En l'occurrence, le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé somatique du recourant et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF

137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

E. 7.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit à une rente d'invalidité de l'intéressé, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'assuré et de son évolution pour pouvoir établir l'état de santé somatique afin de pouvoir déterminer notamment l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Elle sollicitera une expertise bi-disciplinaire en Suisse comprenant une évaluation rhumatologique et neurologique ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) du recourant, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (iv) avec une indication sur l'évolution dans le temps de l'état de santé du recourant. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

E. 8.1

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, indépendamment du fait qu'une conclusion ait ou non été formulée à cet égard, à titre principal ou subsidiaire (ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du TF 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 6 ; 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 6).

E. 8.2

Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de CHF 800.- versée par la partie recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 8.3

Le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

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