



Arrêt du 19 septembre 2019

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne),
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 20 janvier
2017).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : la recourante, l'assurée, l'intéressée), ressortissante espagnole née en 1975 et domiciliée en Espagne, a travaillé en Suisse de 2001 à 2006 dans le domaine du nettoyage. Dans ce contexte, elle a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AI pces 1, 4 et 14). De retour en Espagne, elle a exercé une activité indépendante dans le ramassage de coquillages (AI pces 9 et 13).

B.

Le 3 juin 2016, l'assurée a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, indiquant subir une invalidité depuis le 9 décembre 2015 (AI pce 1).

Dans un rapport médical E213 du 1^{er} juillet 2016 joint à cette demande, le Dr B. _____ – dont la spécialisation n'est pas connue – a retenu au titre de diagnostics une maladie de Parkinson, une fibromyalgie, un syndrome dépressif ainsi que des discopathies L5 (AI pce 5). Selon des suivis de consultations versés en cause, l'assurée a été prise en charge dès 2012 pour des problèmes d'ordre urologique, soit en particulier une vessie neurogène et des infections urinaires à répétition (AI pce 10). Par ailleurs, elle a régulièrement été examinée par le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne, qui a évoqué un suivi neurologique et a observé des discopathies en D3-D4, D4-D5 ainsi qu'une hernie discale en D8-D9 (rapport de consultations du 3 novembre 2014, AI pce 10). Le 5 novembre 2014, le Dr D. _____ a retenu en outre le diagnostic de maladie coeliaque (« Celiaquia ») et a exclu toute capacité de travail chez l'assurée en raison de ses troubles d'ordre neurologique, digestif et urologique notamment (AI pce 11).

Par appréciation du 3 décembre 2016, le Dr E. _____ – spécialiste en médecine générale et médecin SMR certifié – a reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 30 % dès le 31 mai 2012, de 80 % dès le 5 novembre 2014, puis de 100 % dès le mois de mars 2016. Dans une activité de substitution médicalement adaptée, celle-ci présente en revanche uniquement une incapacité de travail de 20 % dès le 31 mai 2012 et de 30 % à compter du mois de mars 2016. De l'avis du médecin-conseil, la capacité de travail de l'assurée est affectée essentiellement par sa maladie de Parkinson, ses altérations dégénératives au niveau des vertèbres, ainsi que par ses problèmes de vessie (AI pce 15).

Par projet de décision du 15 décembre 2016, confirmé par décision du 20 janvier 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE, l'autorité précédente, l'autorité inférieure) a rejeté la demande de l'assurée au motif que celle-ci ne présente pas un degré d'invalidité ouvrant droit à la rente. Singulièrement, se fondant sur l'avis du Dr E._____, l'OAIE a retenu que l'assurée présente une incapacité de travail de 30 % dès le 31 mai 2014, de 80 % dès le 5 novembre 2014 et complète dès le 1^{er} mars 2016. En revanche, dans une activité ne sollicitant pas de lever les bras au-dessus de la tête, ni de se pencher ou de s'accroupir, et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 5 kg, de déplacements en terrain irrégulier et d'activités exposées au froid, à l'humidité ou aux intempéries, l'incapacité de travail est de 20 % dès le 31 mai 2012 et de 30 % dès le 1^{er} mars 2016. Cela étant, l'invalidité de l'assurée – évaluée à 30 % dès le 31 mai 2012, à 26 % dès le 5 novembre 2014, puis à 35 % dès le 1^{er} mars 2016 – est insuffisante pour fonder le droit à une rente (AI pces 17 et 20).

C.

L'assurée interjette recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, en concluant en substance à l'octroi d'une rente totale d'invalidité (TAF pce 1). A cet effet, elle produit un rapport neurologique du Dr F._____ du 13 janvier 2017, ainsi qu'un rapport du logopédiste G._____ du 18 janvier 2017 (TAF annexes pce 1).

Après avoir soumis ces nouveaux documents au neurologue et médecin-conseil la Dresse H._____, – qui reconnaît à l'assurée une incapacité de travail de 50 % dans toute activité dès le 1^{er} janvier 2017 –, l'autorité précédente a alloué pendente lite une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2017 (décision du 11 août 2017 ; TAF pce 9).

Par écriture du 8 septembre 2017, l'assurée a maintenu ses conclusions, expliquant être totalement incapable de travailler depuis 2015, comme le reconnaît au demeurant la sécurité sociale espagnole (TAF pce 12).

Le 19 octobre 2017, l'OAIE a « [proposé] l'admission partielle du recours contre la décision du 20 janvier 2017 en admettant le droit à une demi-rente d'invalidité en faveur de l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2017, conformément à [la] décision du 11 août 2017 » (TAF pce 14).

Le 16 avril 2019, le Tribunal de céans a informé la recourante de ce qu'il envisageait de renvoyer la cause à l'autorité précédente, ce qui pourrait

aboutir à une situation qui lui est défavorable (TAF pce 17). Il n'a pas été donné suite à cette ordonnance.

Droit :

1.

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, mais ayant travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance vieillesse et invalidité. Est dès lors applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Depuis le 1^{er} avril 2012, l'ALCP fait référence au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations

entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Cela étant, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

2.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée.

2.3 Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit). Les faits postérieurs doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Singulièrement, il s'agit d'examiner si la décision du 11 août 2017 – qui, par exception au principe de l'effet dévolutif, est venue remplacer celle du 20 janvier 2017 (art. 53 al. 3 LPGA ; ATF 127 V 228) - est fondée en tant qu'elle alloue une demi-rente d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} janvier 2017 ou si cette dernière a droit, comme elle le soutient, à une rente entière dès 2015. Dans ce contexte, les conclusions formulées par l'autorité précédente dans son écriture du 19 octobre 2017 n'ont pas lieu d'être dans la mesure où elles ne font que reprendre les effets de la décision pendente lite du 11 août 2017.

4.

4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 29 LAI, 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 LPGA (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4.2 L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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 réadaptions 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 LPGA).

4.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA). Pour fixer ce taux, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

4.4 L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

4.5 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

5.

La recourante reproche à l'OAIE de lui avoir reconnu une capacité résiduelle de travail. A ses yeux, elle présente depuis 2015 une invalidité totale et permanente, comme l'ont d'ailleurs reconnu les autorités espagnoles de sécurité sociale.

5.1 Pour évaluer la capacité de travail médico-théorique de l'assurée, l'autorité précédente s'est essentiellement fondée sur la prise de position de la Dresse H. _____ du 21 juin 2017. Contrairement à l'opinion de l'autorité précédente, il n'apparaît toutefois pas évident que ce rapport satisfasse aux réquisits relatifs à la valeur probante de tels documents. De

jurisprudence en effet, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque l'administration ou, en cas de recours, le juge se fonde uniquement ou principalement sur les rapports de médecins rattachés aux assureurs. Une instruction complémentaire sera ainsi requise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Par ailleurs, pour avoir valeur probante, les rapports médicaux qui, comme en l'espèce, ne résultent pas de l'examen personnel de l'assuré, présupposent que le dossier ayant servi de base à leur établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2008 consid. 3.3.3) et permette l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré («lückenloser Befund»); en outre, il ne doit s'être essentiellement agi que d'apprécier un état de fait établi au plan médical («feststehenden medizinischen Sachverhalts»); entre autres: TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015).

Cela étant, on ne voit en l'occurrence pas que la situation médicale de l'assurée soit à ce point dénuée d'équivoque pour être établie exclusivement au moyen de l'appréciation documentaire d'un médecin rattaché à l'assureur. Il ressort au contraire des explications de la Dresse H. _____ que l'état de santé de la recourante s'est dégradé de façon significative au cours des mois ayant précédé la décision du 20 janvier 2017 (TAF pce 9 annexe 1). A suivre le médecin-conseil, l'assurée a en particulier développé des troubles de la parole et a vu évoluer les symptômes impliquant ses membres supérieurs (bradykinésie, rigidité, tremblements). Devant cette situation, un traitement à base de Madopar a d'ailleurs été instauré en sus de celui à base de Rolpryna initialement prescrit (OAIE pce 22). Ainsi, il s'est agi pour la Dresse H. _____ non pas d'apprécier un état de fait établi au plan médical, mais d'appréhender un état de santé en cours d'évolution. Or, pour ce faire, la médecin-conseil disposait exclusivement de la prise de position du Dr I. _____ du 13 janvier 2017 ainsi que du rapport logopédique de G. _____ du 18 janvier 2017 (TAF pce 1 annexes). Ces documents ne décrivent toutefois pas de façon précise ou exhaustive les symptômes que présentait l'assurée au moment de la naissance du droit à la rente, ni ne dressent son status clinique complet.

Dans ces conditions, on peine à se convaincre que les conclusions de la Dresse H. _____ soient intervenues en toute connaissance de cause et reflètent la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Dans la mesure où il ne contient pas suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel, le dossier à la base de l'appréciation de la Dresse

H. _____ ne permet en effet pas d'établir fidèlement l'état de santé de l'intéressée. D'ailleurs, lorsqu'elle « propose [...] de retenir une incapacité de travail à 50 % pour une activité de substitution dès le 13 janvier 2017 qui est la date du rapport qui [...] décrit l'aggravation clinique », la médecin-conseil ne démontre pas une grande conviction quant à ses observations, qui ne suffisent ainsi pas à établir, au degré de vraisemblance requis, la capacité médico-théorique de l'assurée (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

5.2 En présence de doutes quant à leur bien-fondé, les conclusions de la médecin-conseil du 21 juin 2017 - retenues à la base de la décision pendente lite -, ne présentent ainsi pas une valeur probante suffisante et doivent être écartées.

6.

En définitive, il n'est en l'état actuel du dossier pas possible d'établir l'état de santé de l'assurée et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi l'instruction doit-elle être complétée par la mise en œuvre d'un examen complet et détaillé de l'état de santé de cette dernière. Vu la maladie de Parkinson, les troubles de la vessie, les douleurs mécaniques, la fibromyalgie ainsi que les signes de souffrance psychique (anxiété) évoqués au dossier, cet examen comprendra en particulier les volets neurologique, rhumatologique, urologique et psychiatrique. A cette fin, le dossier sera renvoyé à l'autorité précédente, qui a constaté les faits médicaux à la base de la décision attaquée de façon excessivement sommaire en sollicitant simplement une prise de position succincte et sur dossier de son médecin-conseil (AI pces 15 et 30). Singulièrement, il s'agira pour l'OAIE de mettre en œuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI, une expertise pluridisciplinaire pour établir la capacité résiduelle de travail de l'assurée dès le mois de décembre 2016, soit à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la date de la demande (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004).

7.

Vu ce qui précède, le recours est fondé et doit être admis.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée par le recourant à hauteur de 800 fr. (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

La recourante 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 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FI-TAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision pendente lite de l'autorité inférieure du 11 août 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800 sera remboursée à la recourante avec l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec avis de réception ; annexe : formulaire de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :