



Cour III
C-2196/2009
{T 0/2}

Arrêt du 15 novembre 2010

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Johannes Frölicher, Francesco Parrino, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 mars 2009).

Faits :**A.**

Le ressortissant français, A._____, né en 1952, a travaillé en Suisse de 1974 à 1996 et en 1997 en qualité de vendeur. De retour dans son pays, il a continué d'exercer son activité professionnelle avant de se retrouver au chômage. En 2005, il est finalement revenu en Suisse pour travailler toujours dans le même domaine (pces 5 p. 2 et 6 p. 2).

B.

Le 18 juillet 2008, il a présenté une demande de prestations d'invalidité auprès de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) qui la transmet à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 4)

C.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAIE a versé au dossier le rapport E 213 du 3 octobre 2008 rédigé par le Dr B._____, médecin contrôleur de Service médical de la CRAM, duquel il ressort que l'assuré présente des troubles bipolaires connus depuis 1992 et invalidants depuis mars 2006, qu'il est suivi régulièrement depuis 1998, qu'il a subi une décompression franche à compter de mars 2006 avec retentissement social important, qu'il a été mis sous sauvegarde sine die, qu'il travaillait en qualité de vendeur dans la confection masculine, qu'il a cessé de travailler au cours de l'année 2005, qu'il est en incapacité de travail depuis le 1er août 2008 et qu'aux yeux de la législation française il présente une invalidité de 67 pour cent dans sa dernière activité mais qu'il peut exercer un travail adapté à temps partiel (pce 10).

D.

Par courrier du 12 novembre 2008 (pce 11), l'OAIE a demandé à l'assuré de produire le questionnaire à l'assuré ainsi que tous les documents en sa possession d'ici au 11 janvier 2009.

Par courrier du même jour (pce 12), l'OAIE a sollicité la Boutique X._____ de lui produire le questionnaire pour l'employeur relatif à 2005, dernière année de travail de l'assuré.

Selon le questionnaire pour l'employeur daté et signé le 18 novembre 2008 (pce 13), l'assuré a travaillé 8 heures par jour, 40

heures par semaine, du 7 mars 2005 au 3 septembre 2005 pour un salaire mensuel moyen de Fr. 3'851.95 et il a été absent pour cause de maladie le 6 avril, du 18 au 19 août, du 22 au 28 août et du 29 août au 3 septembre 2005.

E.

Par mise en demeure du 14 janvier 2009 (pce 14), l'OAIE a informé l'assuré qu'il devait produire les documents demandés dans le courrier du 12 novembre 2008 dans un délai de trente jours, à défaut la demande ne serait pas examinée.

F.

Par décision du 11 mars 2009 (pce 15), l'OAIE a informé l'assuré qu'elle n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations du 18 juillet 2008. A l'appui de son prononcé, l'autorité inférieure a invoqué le fait que l'assuré n'avait pas donné suite à sa sommation du 14 janvier 2009.

G.

Par recommandé du 31 mars 2009, A._____ a interjeté recours précisant qu'il était maintenant apte à collaborer et a produit un certificat médical du 31 mars 2009 rédigé par le Dr C._____ attestant que l'assuré était dans une phase dépressive intense ayant nécessité une adaptation fréquente du traitement depuis la fin 2008 ce qui expliquait l'absence de réponse aux différents courriers qui lui étaient parvenus.

H.

Dans sa réponse du 25 mai 2009, l'OAIE a proposé le rejet du recours au motif que les allégations soulevées en procédure de recours et le document produit ne permettaient pas de revenir sur sa prise de position de ne pas entrer en matière et que le certificat médical produit ne prouvait pas que l'état de l'assuré était alors tel qu'il empêchait que soit prise toute mesure idoine pour sauvegarder les droits de l'assuré.

I.

Par courrier du 3 juin 2009, l'OAIE a transmis au Tribunal administratif fédéral les documents qui lui étaient parvenus le 27 mai 2009, entre autres:

- le certificat médical du 13 mai 2008 rédigé par le Dr D._____, psychiatre, qui certifie qu'il donne régulièrement des soins à

A._____ depuis 1992 dans le cadre d'une maladie périodique de l'humeur maniaco-dépressive et qu'après quelques semaines de dépression majeure, l'assuré est de nouveau, depuis le 8 mai 2008, en état submaniaque et dans l'impossibilité de travailler pour les semaines à venir;

- le questionnaire à l'assuré daté et signé le 22 mai 2009 duquel il ressort qu'il est en arrêt maladie de longue durée de deux ans, qu'il a cessé de travailler le 5 septembre 2005 et qu'il exerçait l'activité de vendeur en confection masculine, 40 heures par semaine pour un salaire mensuel de Fr. 4'000.--.

J.

Par décision incidente du 13 juillet 2009, le Tribunal administratif fédéral a impartit au recourant un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de Fr. 300.-- sur les frais de procédures présumés. En date du 11 août 2009, A._____ s'est acquitté du montant de l'avance de frais.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

En l'espèce, la Cour de céans est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4 En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

2.1 L'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. À 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 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (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 États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

2.2 Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États 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. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure, de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse, ressortissent exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

2.3 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.

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes.

4.

4.1 Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière sous réserve d'avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

4.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

4.3 Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2; voir également, UELI KIESER, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème édition 1999, ch. 275; Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; GABRIELA RIEMER-KAFKA, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales,

malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3).

4.4 En procédure de recours, le juge doit examiner si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts I. du 31 août 2001, U 489/00, consid. 2b et B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation.

5.

5.1 La Cour de céans note que le rapport E 213 et le questionnaire pour l'employeur étaient en possession de l'OAIE. Ces documents informaient sur la pathologie du trouble bipolaire, sur l'invalidité décrétée par l'Etat français de 67 pour cent, sur le dernier salaire mensuel ainsi que sur la date de cessation d'activité. Ces deux documents réunissaient à eux seuls les informations nécessaires concernant la situation du recourant tant médicale que financière.

En revanche, force est de constater que le questionnaire à l'assuré n'aurait apporté aucune information supplémentaire. L'OAIE aurait été en mesure à l'époque de se rendre compte que le questionnaire à l'assuré n'était pas déterminant et qu'un complément d'instruction du point de vue médical aurait été nécessaire de toute manière.

5.2 De plus, la Cour observe que selon le rapport E 213 du 3 octobre 2008, le recourant était sous le coup d'une sauvegarde sine die française (pt. 3.1). Cette mesure, judiciaire ou médicale, est ordonnée par le juge des tutelles ou un médecin lorsqu'il faut protéger une personne vulnérable sans la priver de sa capacité (Droit juridique pratique en ligne sur le site www.droitjuridique.fr> droits> droits des tutelles> la sauvegarde de la Justice, date de la dernière visite 1^{er} novembre 2010).

L'OAIE, étant en possession de cette information, aurait dû se renseigner sur la capacité réelle de l'assuré à répondre au courrier et sur la nomination d'un mandataire.

5.3 Selon les médecins traitants et celui de la CRAM, l'assuré souffrait d'un trouble bipolaire invalidant notamment pour sa vie sociale. La bipolarité est caractérisée par la fluctuation anormale de l'humeur, qui peut osciller de périodes d'excitation marquée (manie) pouvant aller jusqu'à des périodes de mélancolie (dépression), entrecoupées parfois de périodes de stabilité. Il est dès lors clair que le recourant pouvait se trouver dans une phase qui le rendait incapable, sans sa faute, de répondre aux sollicitations de l'OAIE.

5.4 Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que l'OAIE aurait dû instruire le dossier même sans le questionnaire à l'assuré, entrer en matière sur la base des documents en sa possession et instruire à satisfaction la demande de prestations.

Bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier retourné à l'autorité inférieure pour qu'elle entre en matière et instruisse la demande de prestations d'invalidité du 18 juillet 2008.

6.

6.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de Fr. 300.-- est restituée au recourant.

6.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 11 mars 2009 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 5.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 300.-- déjà versée est remboursée au recourant.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ___/____.____.____./___ ;
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :