

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-2836/2006

{T 0/2}

Arrêt du 5 avril 2007

Composition : MM. les Juges Parrino, Frölicher et Achermann;
Greffier: M. Hofmann.

A._____, _____,
recourante, représentée par Me Pierre-Alexandre Schlaeppli, place Saint-
François 8, case postale 5571, 1002 Lausanne,

contre

Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, case postale 3100, 1211
Genève 2, Autorité intimée,

concernant prestations assurance-invalidité

Faits :

- A. La ressortissante française A._____, née le _____, a travaillé en Suisse à compter du 1^{er} octobre 1997 dans une grande surface en tant que responsable de rayon, ainsi que dans une charcuterie. Elle souffre de la polymyosite depuis le 16 mai 2002.

Le 9 avril 2003, elle a présenté une demande de prestations AI auprès de l'Office AI de Bâle-Ville (pce 2).

Par décision du 23 avril 2004, se fondant sur le rapport médical du Dr Beat Zaslowski du 1^{er} octobre 2003 (pce 15), l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a constaté une invalidité de 100% et accordé à A._____ une rente entière avec effet au 1^{er} mai 2003 (pce 18 p. 3 et 6 s.).

- B. Au mois de septembre 2004, l'OAIE a entrepris une procédure de révision d'office (pce 19) et a versé aux actes les pièces suivantes:

- le rapport médical de la Dresse Bernadette Woehl-Kremer du 5 novembre 2004, qui a déclaré que l'état de santé de l'assurée s'améliorait (pce 22);
- le rapport médical du Dr Alain Charles du 24 mai 2005, lequel a conclu à l'existence d'une dystrophie fibro-microkystique complexe avec petite formation d'allure adénomateuse stable (pce 26);
- le rapport médical du rhumatologue Dr Peter Wüest du 15 février 2006, qui a diagnostiqué une polymyosite – existante à compter du mois de mai 2002 environ – comme affection ayant des répercussions sur la capacité de travail; ce médecin a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler de mai 2002 à mai 2005 et à 50% capable depuis cette date d'un point de vue strictement rhumatologique, tout en précisant qu'il fallait procéder à une expertise psychiatrique et oncologique approfondie (pce 28 p. 4 et 6);
- le rapport médical du psychiatre et psychothérapeute FMH Dr René von Arb du 18 mars 2006, qui a diagnostiqué un épisode légèrement dépressif avec en arrière-plan un dérangement nerveux comme affection ayant des répercussions sur la capacité de travail; ce médecin a estimé que l'assurée était incapable de travailler à 30% de mai 2002 à mai 2005, à 40% depuis cette date (pce 29);
- le rapport médical des Drs Zaslowski, von Arb et Wüest du 18 avril 2006, qui ont considéré que l'assurée était incapable à 100% entre mai 2002 et novembre 2005, mais capable à 50% à compter de décembre 2005; cela vaudrait tant pour l'activité qu'exerçait l'assurée que pour une

activité de substitution (pce 30 p. 2).

Par projet de décision du 17 mai 2006, l'Office AI de Bâle-Ville a informé l'intéressée que sa rente entière allait être remplacée par une demi-rente (pce 34). A._____ s'est déterminée par écriture du 22 mai 2006 en exposant que son état de santé s'était aggravé (pce 35 p. 1); elle a déposé en cause un nouveau certificat:

- le rapport médical de la Dresse Woehl-Kremer du 24 avril 2006, qui atteste que l'assurée a été hospitalisée le 4 avril 2006; elle diagnostique une rechute de la polymyosite avec augmentation des douleurs musculaires, une fatigabilité musculaire et un état anxio-dépressif (pce 35 p. 2 et 3);
- le certificat médical du Dr Roland Ober du 25 mai 2006, lequel estime qu'il y a un début de rechute de la polymyosite chez l'assurée et que son taux d'invalidité est d'au moins 70% (pce 37);
- le certificat médical de la Dresse Woehl-Kremer du 2 juin 2006, laquelle constate chez l'assurée une rechute de polymyosite notamment et déclare que les récents événements qu'elle évoque engendrent une incapacité de travail de 70% (pce 36).

Le dossier a été soumis au Dr Roland Voelin, qui a confirmé l'amélioration de l'état de santé de A._____ (pce 40). Se fondant sur cet avis médical, l'OAIE a, par décision du 12 juillet 2006, supprimé la rente entière dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée, avec effet au 1^{er} septembre 2006, par une demi-rente. L'Office a conclu à l'existence d'un taux d'invalidité de 58% (pce 43).

- C. Par acte du 19 juillet 2006, A._____ a interjeté recours contre la décision du 12 juillet 2006 auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger, en concluant au rétablissement de la rente entière.

L'OAIE, dans sa réponse du 6 septembre 2006 se référant à la détermination de l'Office AI de Bâle-Ville du 31 août 2006, propose le rejet du recours dans son intégralité.

- D. Dans sa réplique du 11 décembre 2006, A._____, nouvellement représentée par Me Pierre-Alexandre Schlaeppli, a argumenté principalement que l'affection dont elle souffrait était rare et que l'unique organisme apte à se déterminer valablement sur son état de santé et ses répercussions sur la capacité de travail était l'Institut de rhumatologie de l'Université de Bâle. Cela serait l'avis dudit Institut. La recourante en a dès lors conclu que les expertises effectuées jusqu'alors n'auraient pas de

valeur probante suffisante.

L'OAIE, dans sa duplique du 23 janvier 2007 se référant à la détermination de l'Office AI de Bâle-Ville du 9 janvier 2007, confirme ses conclusions et avance notamment qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.

- E. Invitée à se prononcer sur la duplique de l'OAIE, par écriture du 20 mars 2007, la recourante a notamment fait valoir que son état de santé s'était rapidement aggravé en 2006, à telle enseigne qu'elle a dû se faire hospitaliser à plusieurs reprises. Elle a encore versé aux actes:
- le rapport de l'échographie thyroïdienne ainsi que le certificat du Service de médecine interne et de rhumatologie d'un hôpital de Colmar du 2 juin 2006, constatant une rechute de la polymyosite;
 - le rapport médical du Dr Renglewicz-Destuynder du 9 juin 2006;
 - le rapport médical du Dr Woehl-Kremer du 16 septembre 2006, attestant que A._____ a été hospitalisée du 12 au 16 septembre 2006 et que la rechute de la polymyosite s'est ainsi confirmée ultérieurement;
 - le rapport d'hospitalisation des Drs Caroff, Woehl-Kremer et Blaison du 11 octobre 2006, concluant également à rechute de la polymyosite et constatant l'antécédent de cancer du sein gauche.

Le Tribunal administratif fédéral considère :

1.
 - 1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la Loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).
 - 1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

- 1.3 La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA). Elle est, partant, légitimée à recourir.
- 1.4 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA, RS 830.1] et art. 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

2.

- 2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI, RS 831.20]).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

- 2.2 La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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 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 ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.

- 2.3 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

3.

- 3.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. 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). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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.

- 3.2 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsque l'assuré est un ressortissant de l'UE et y réside.

4.

- 4.1 Selon l'art. 17 LPGA, qui correspond matériellement à l'ancien art. 41 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable

accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

4.2 L'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) prévoit que, si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt, le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5.

5.1 Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA (ex art. 41 LAI), le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. En matière de révision d'office toutefois, c'est la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, qui constitue le point de départ pour examiner si le degré d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations. La jurisprudence concernant la reconsidération et la révision procédurale demeure réservée (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATAF I-465/2005 du 6 novembre 2006 consid. 5.4).

5.2 En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2003. La question de savoir si le degré d'invalidité a subi depuis lors une modification doit être jugée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 avril 2004, date de la dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 12 juillet 2006, date de la décision litigieuse.

6. La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre

seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. 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).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

7.

- 7.1 En 2004, le droit à la rente entière avait été reconnu à la recourante en raison de la polymyosite dont elle souffre depuis le 16 mai 2002.
- 7.2 Lors de la procédure de révision entreprise en septembre 2004 qui a donné lieu à la décision litigieuse, l'administration a versé aux actes les rapports médicaux des Drs Woehl-Kremer, Charles, Wüest et von Arb. En substance, l'administration a considéré que l'assurée était incapable à 100% entre mai 2002 et novembre 2005, mais capable à 50% à compter de décembre 2005, tant pour l'activité qu'elle exerçait auparavant que pour une activité de substitution.

La recourante, pour sa part, a avancé qu'elle a dû faire face à une rechute de la polymyosite en début d'année 2006. Elle a ainsi produit à l'appui de ses allégations deux rapports médicaux de la Dresse Woehl-Kremer des 24 avril et 2 juin 2006, ainsi qu'un certificat médical du Dr Ober du 25 mai 2006 (cf. supra B. et C.). En annexe à son écriture complémentaire du 20 mars 2007, la recourante a encore déposé quatre rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse.

8.

- 8.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI 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.

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 citées).

- 8.2 Certes les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'OAIE sont probants et convergents au début 2006; ils constatent, à l'exemple du rapport médical des Drs Zaslowski, von Arb et Wüest du 18 avril 2006, qu'il s'est produit une amélioration de l'état de santé de la recourante et qu'elle serait capable d'exercer une activité lucrative à 50% à compter de décembre 2005. Cependant, comme l'a très justement relevé la recourante et comme cela ressort des nombreux rapports qui ont été versés en cause, la polymyosite est une maladie très fluctuante, évolutive. Or, force est pour l'autorité de céans de constater que la situation de la recourante s'est péjorée en 2006 et que les rapports médicaux déposés par celle-ci sont à cet égard tout aussi probants. Il ressort en effet très distinctement, tant des rapports de la Dresse Woehl-Kremer des 24 avril et 2 juin 2006 que de celui du Dr Ober du 25 mai 2006, que la recourante a fait une rechute de polymyosite et qu'ils la considèrent incapable de travailler à 70%. L'administration ne pouvait donc faire fi de ces récents rapports qu'elle a reçus quelques jours avant de rendre la décision litigieuse et on ne saurait suivre le Dr Voelin lorsqu'il avance laconiquement qu'aucune aggravation importante n'a pu être constatée, puisqu'on ne pouvait exclure a priori une telle aggravation. Ces conclusions se justifient d'autant plus que la rechute de polymyosite a été confirmée ultérieurement par le fait que la recourante ait dû se faire hospitaliser à répétitions ainsi que par les rapports médicaux des 2 et 9 juin, 16 septembre et 11 octobre 2006 (cf. supra E.).
9. Le recours doit par conséquent être admis en ce sens que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision, après avoir procédé à une instruction complémentaire (art. 61 PA). A cet effet, une expertise auprès de l'Institut de rhumatologie de l'Université de Bâle ou d'un autre institut comparable sera effectuée. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis pour examen à un médecin du service médical de l'administration.
- 10.
- 10.1 Les art. 64 PA et 7 du Règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral du 11 décembre 2006 (FITAF, RS 173.320.2) – applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF–, permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement

élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer.

Selon la jurisprudence, 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 (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

- 10.2 En l'espèce, le travail accompli par le représentant de la recourante a consisté principalement dans la rédaction d'une écriture de recours de 2 pages, de déterminations complémentaires de 7 pages et de quelques brèves missives. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer à la partie recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 1'500.- à charge de l'OAIE.
11. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1. Le recours interjeté contre la décision du 12 juillet 2006 est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci fasse compléter l'instruction au sens du considérant 9 et prenne ensuite une nouvelle décision.
2. Une indemnité de dépens de Fr. 1'500.- est allouée à la partie recourante à charge de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger.
3. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
4. Le présent arrêt est communiqué :
 - à la recourante (recommandé AR);
 - à l'autorité intimée (recommandé; n° de réf. _____);
 - à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé).

Voie de droit:

Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours dans les 30 jours à compter de sa notification au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne (cf. art. 42, 48, 100 de la Loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 [Loi sur le Tribunal fédéral, LTF], RS 173.110).

En application de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, de son Annexe II et du Règlement (CEE) 1408/71, le recours peut être déposé dans le délai de 30 jours à un bureau de poste de l'Etat de domicile de l'assuré ou auprès de l'organisme de sécurité sociale de liaison du domicile de l'assuré.

Le Juge:

Le Greffier:

Francesco Parrino

Yann Hofmann

Date d'expédition :