



Arrêt du 8 février 2011

Composition

Francesco Parrino, juge unique,
Yann Hofmann, greffier.

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 3 septembre 2008)

Faits :**A.**

Le ressortissant français A._____, né le _____, travaille en Suisse comme frontalier en 1982, ainsi que de 1987 à 1992 en qualité d'enseignant de gymnastique. Le 27 septembre 1994, il présente une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en raison d'un accident subi le _____ 9 _____ mai _____ 1992.

Par jugement du 6 décembre 1999, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission) rejette le recours interjeté par A._____ et confirme ainsi le refus de rente et de mesures de reclassement professionnel prononcé par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 44).

B.

Par arrêt du 17 mars 2003, le Tribunal fédéral des assurances, saisi en matière d'assurance-accident, reconnaît à A._____ un droit à une rente transitoire jusqu'au 29 février 2000 puis à une rente d'invalidité de 25% à partir du 1^{er} mars 2000 (pce 66).

C.

En date du 3 juin 2003, A._____ dépose une nouvelle requête de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse.

Les documents médicaux suivants ont, à compter de ce jour, pour l'essentiel été versés aux actes:

- les rapports des 30 octobre 2007, 22 avril, 24 juillet et 29 septembre 2008 du Dr Roland Chatenoud, médecin généraliste à Annemasse, qui diagnostique des épisodes lomboschiatalgiques récidivants et conclut que, sur le plan physique, l'assuré accuse une diminution de sa capacité de travail de 25% et, toutes affections confondues, de 50%. Le médecin fait état d'un état stationnaire (pces 68 s., 75.1 et 2, 79.6);
- les attestations des 21 juin 2004, 23 juin 2005, 17 mars, 21 juillet et 22 septembre 2008 du Dr Philippe Descroche, médecin spécialiste en cardiologie, lequel relève un échocardiogramme normal, sans troubles de la repolarisation ni de la conduction, fait état d'une situation tout à fait maîtrisée, traitée, avec un bon ventricule gauche et

une fraction d'éjection allant jusqu'à 64%. Le cardiologue encourage son patient à maintenir une activité physique régulière modérée. Il conclut à une capacité de travail de 70% (pce 1 TAF; pces 75.3 à 6, 79).

L'OAIE sur la base de cette documentation et des prises de position de son service médical, rejette la demande de A._____ par décision du 3 septembre 2008, motif pris qu'il ne présente pas une invalidité relevante au sens du droit suisse (pces 70, 72, 76, 77, 80 ss).

D.

A._____ interjette recours à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral, qui a repris les compétences de la Commission au 1^{er} janvier 2007. Il conclut à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 55% au moins. (pce 1 TAF).

E.

Invité à se prononcer sur le recours, l'Office AI cantonal et l'OAIE, après avoir consulté le Dr Berger (cf. note du 1^{er} décembre 2008), proposent de le rejeter dans leurs prises de position des 8 et 12 décembre 2008.

Invité à répliquer par ordonnance du 18 décembre 2008, le recourant n'a pas répondu.

F.

Le Tribunal administratif fédéral, par décisions incidentes des 13 février et 27 mars 2009, rejette la demande d'assistance judiciaire totale déposée par A._____ et requiert ainsi de sa part le versement d'une avance de frais de Fr. 300.-. L'avance est payée le 17 mars 2009.

Les arguments et motifs des parties seront repris, au besoin, dans la partie en droit.

Droit :

1.

Attendu que le recours a été introduit dans le délai (pce 1 TAF) et la forme prescrits (art. 60 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 52 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021) et que l'avance de frais a été fournie dans le délai imparti (cf. pces 9 à 12 TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

2.

Le recourant est citoyen d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], applicable en l'espèce).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, 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).

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 normes 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.

Le recourant a présenté sa demande de rente le 3 juin 2003. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 3 mai 2002 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le

3 septembre 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

5.

5.1. Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

– être invalide au sens de la LPGA/LAI et

– avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur modifiée le 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

5.2. En l'occurrence, le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total (cf. pces 5, 44) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1. 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.

6.2. Un 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 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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 (art. 29 al. 4 à partir du 1^{er} janvier 2008) - 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 LPGGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

6.3. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

6.4. 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

7.

Le recourant a travaillé en Suisse, en dernier lieu, en qualité d'enseignant de gymnastique auprès d'un centre de fitness de mai 1990 à mai 1992. L'assuré a, en raison des affections dont il souffre, diminué son temps de travail et exerçait, à la date de la décision attaquée, l'activité d'ostéopathe-naturopathe à hauteur de 2-3 heures par jour.

Or, 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 mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008), 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré.

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, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

8.

En l'espèce, il est établi que le recourant souffre essentiellement d'épisodes lomboschiatalgiques récidivants et d'une cardiomyopathie avec fibrillation auriculaire.

En ce qui concerne la période antérieure au 1^{er} janvier 2008, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est dès lors inapplicable, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

9.

L'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) 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. Les Offices de l'assurance-invalidité peuvent convoquer les assurés à un entretien, la date de celui-ci devant leur être communiquée dans un délai approprié (art. 69 al. 3 RAI).

Le Tribunal des assurances 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 réf. cit.).

10.

10.1. L'autorité inférieure, dans la décision litigieuse, a considéré que le recourant ne présentait pas une incapacité de travail justifiant l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité suisse. Le recourant, dans son écriture de recours, a avancé que sa situation clinique justifie la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 55%.

10.2. En l'occurrence, le recourant souffre, sur le plan orthopédique, d'épisodes lomboschiatalgiques récidivants. Or, il faut en l'espèce admettre, avec le Dr Chatenoud, que les affections d'ordre orthopédique dont souffre le recourant entraînent une incapacité de travail de 25%. Le Tribunal de céans ne voit en effet aucune raison de s'écarter du taux d'incapacité reconnu au recourant en matière d'assurance-accident par le Tribunal fédéral des assurances; ce d'autant plus qu'à réitérées reprises le médecin généraliste susmentionné a relevé que sur le plan orthopédique l'état de santé de son patient était stationnaire. Le recourant n'a par ailleurs pas produit de documentation médicale permettant de remettre en cause cette appréciation.

Le Tribunal administratif fédéral ne saurait par contre suivre le Dr Chatenoud (cf. pce 1 TAF) et le recourant (cf. pce 79.1) en tant qu'ils

additionnent ce taux au 30% d'incapacité reconnu sur le plan cardiologique, d'où le 55% d'invalidité invoqué. Le taux de l'incapacité de travail déterminant pour l'assurance-invalidité ne saurait en effet aucunement résulter de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail; il doit au contraire procéder d'une évaluation globale (cf. SVR 2008 IV n. 15 [I 514/06] consid. 2.1, ATF I 131/2003 du 22 mars 2004 consid. 2.3, ATF I 314/03 du 17 novembre 2003, ATF I 850/02 du 3 mars 2003 consid. 6.4.1, ATF I 822/04 du 21 avril 2005 et RDAT 2002 I n° 72 p. 485). Or, le Tribunal de céans considère que la cardiomyopathie avec fibrillation auriculaire diagnostiquée n'a pas vocation à aggraver l'incapacité de travail du recourant. Il convient de rappeler ici que l'assurance-invalidité suisse ne couvre toutefois pas la maladie en tant que telle, mais seulement ses conséquences invalidantes. En l'espèce, le cardiologue sollicité a considéré que l'échocardiogramme était normal, sans troubles de la repolarisation ni de la conduction, et fait état d'une situation tout à fait maîtrisée, traitée, avec un bon ventricule gauche et une fraction d'éjection allant jusqu'à 64%. Le spécialiste a même encouragé son patient à maintenir une activité physique régulière modérée. Le Dr Berger, dans sa note du 1^{er} décembre 2008, a confirmé cette appréciation.

L'incapacité de travail est donc de 25% comme déjà admis par l'assureur-accident. Le recourant n'atteint donc en aucun cas globalement 40% d'incapacité de travail et n'a dès lors pas droit à une rente d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313; ATF 104 V 135 consid. 2b p. 136 s.; art. 28 al. 1 LAI).

10.3. Le recours du 7 octobre 2008, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

11.

Vu l'issue du litige, les frais de la procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge du recourant (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

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

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de A._____. Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant qu'il a versé au cours de l'instruction.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le juge unique :

Le greffier :

Francesco Parrino

Yann Hofmann

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: