

BVGer C-3590/2015 vom 7. Februar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3590_2015

FR: TAF C-3590/2015 du 7 février 2017

IT: TAF C-3590/2015 del 7 febbraio 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret il s'agit de l'OCAS, l'assurée ayant travaillé en tant que frontalière à B._____ (cf. doc 17 p. 1 ss). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

E. 3.1

La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 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 (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 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi 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 Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 3.2

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la requérante à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont elle est victime ont pu entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la requérante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6

L'invalidité au sens de la LPGA 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 al. 1 LPGA, 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 réadaptation exigibles. 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 (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 7

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025).

E. 8

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). 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. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b). Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en

principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 9

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsque l'administration doit se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle doit appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves a été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 10.1

En l'espèce, sur le plan somatique, il est tout d'abord admis que l'assurée a, en raison de son accident, souffert de plusieurs traumatismes (traumatisme crânien simple, fracture des branches ilio et ischio-pubienne droite, traumatisme du genou droit avec fracture du péroné droit ainsi que du condyle interne, entorse du ligament latéral externe avec déchirure du ménisque externe, traumatisme du genou gauche avec entorse du ligament latéral interne, et entorse de la première carpo-métacarpienne de la main droite). De manière générale, tant le rapport médical du Dr G._____, médecin interne (AI doc 4 p. 1 s.), que les rapports médicaux intermédiaires de la Dresse F._____(médecin traitant de la recourante ; AI doc 7 p. 32) et des Drs H._____, D._____ et I._____ (département de chirurgie des Hôpitaux de B._____ ; AI doc 4 p. 3 ss, 7 ss) s'accordent sur la nature de ces atteintes. Ces diagnostics ne sont pas non plus contestés par le Dr L._____ (AI doc 50 p. 12).

E. 10.2

Ensuite, en ce qui a spécifiquement trait à l'affection du pouce gauche de l'intéressée, il ressort des documents médicaux une certaine concordance, à laquelle le Tribunal peut se rallier.

E. 10.2.1

Dans leur avis du 1er mars 2013, les Drs H._____ et D._____ posent comme diagnostic une « rhizarthrose de la main gauche avec possible fracture non déplacée surajoutée » (AI doc 4 p. 3 ss).

E. 10.2.2

Ce constat est confirmé par la Dresse E._____ qui, dans ses rapports de consultation du 31 mai 2013 et du 7 octobre 2013 (AI docs 4 p. 9 et 47 p. 6), relève que l'intéressée souffre de douleurs au pouce gauche, à mettre en relation avec l'articulation métacarpo-phalangienne et trapézo-métacarpienne de la colonne du pouce gauche, ainsi que de fractures d'ostéophytes, d'une rhizarthrose évoluée et décompensée du fait du traumatisme, ainsi que d'une majoration importante de la tuméfaction de la base du pouce gauche. Elle relève aussi une rhizarthrose droite peu symptomatique.

E. 10.2.3

Le Dr L._____, dans son rapport du 20 août 2014, indique lui aussi que l'intéressée est atteinte d'une arthrose avancée de la main gauche ; il se montre plus nuancé en ce qui concerne le pouce gauche, indiquant qu'il s'agit d'une contusion, voire d'une entorse (AI doc 50 p. 2 ss). Dans son courrier du 28 juillet 2015, le Dr L._____ maintient qu'il s'agit d'une « entorse bénigne », en insistant sur le fait qu'une « fracture d'ostéophyte n'est pas prouvée ». L'existence d'une entorse chez l'assurée est aussi signalée dans un rapport du 17 mai 2013 établi par les Hôpitaux de B._____ (signature illisible ; AI doc 7 p. 30).

E. 10.2.4

Dans leur avis médical du 22 octobre 2014, les Drs N._____ et M._____ (médecins SMR) ne se sont pas écartés des diagnostics précités, indiquant que l'intéressée avait présenté, à la suite de son accident, un « polytraumatisme accidentel avec décompensation d'une arthrose au pouce gauche » (AI docs 51, 55).

E. 10.2.5

En ce qui concerne le rapport du Dr R._____, il faut, dans un premier temps, relever qu'étant daté du 3 juin 2015, il a été établi postérieurement à la décision litigieuse. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, le Tribunal ne peut en principe prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 121 V 362 consid. 1b). Concernant les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, ils doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Ainsi, le Tribunal ne doit tenir compte de ce rapport qu'en ce qu'il a trait à la main gauche de l'intéressée. Ensuite, il faut relever que concernant ladite main de la recourante, le rapport ne contredit pas les autres diagnostics posés, dans la mesure où il reconnaît aussi l'existence, chez l'intéressée, d'une rhizarthrose au pouce gauche (TAF pce 7).

E. 11

Il s'agit à présent d'examiner les conséquences des atteintes à la santé précitées sur la capacité de travail de la recourante. 11.1.1 Le premier rapport au dossier à contenir des indications à cet égard est le questionnaire médical rempli par la Dresse E._____, daté du 18 août 2013, qui, à la question de savoir « quels sont les travaux qui peuvent encore être

exigées de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à la santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap ? » indique que l'assurée ne doit pas exercer une activité dans laquelle elle serait amenée à soulever des objets (sans indiquer une éventuelle limite de poids), à grimper une échelle ou à monter sur un échafaudage (AI doc 11 p. 5). Le rapport n'indique pas si l'assurée est en mesure d'exercer une telle activité adaptée à temps complet ou à temps partiel (AI doc 11 p. 3). 11.1.2 Dans un avis médical du même type, daté du 27 août 2013 et établi par la Dresse F._____, celle-ci indique qu'une activité adaptée est exigible à temps complet à compter du jour de l'établissement de son rapport. Elle précise que l'assurée ne peut exercer une activité adaptée en position debout, en marchant, en position accroupie, ou qui requiert l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. En revanche, elle indique qu'une activité avec port d'objets est possible pour l'intéressée. En ce qui concerne le moment où l'assurée pourra reprendre son activité professionnelle, respectivement ou sa capacité de travail s'améliorera, la Dresse F._____ indique comme suit : « 100% dès récupération post-op. pouce G » (AI doc 12 p. 3). 11.1.3 Dans son rapport du 16 juin 2014, la Dresse E._____ indique que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% pour la période du 1er mai au 31 mai 2014. En revanche, elle ne répond pas à la question de savoir si l'assurée était, à ce moment, en mesure d'exercer une activité adaptée, ni à compter de quelle date (AI doc 46 p. 2). 11.1.4 Dans son rapport médical intermédiaire du 8 juillet 2014, la Dresse F._____ relève que l'intéressée, qui présente un état stationnaire « depuis quelques mois », souffre de limitations à la main gauche (motricité fine du pouce, sous forme de douleurs intermittentes et de paresthésies de l'éminence thénar (AI doc 47 p. 1 s.)). 11.1.5 Dans son rapport intermédiaire du 7 novembre 2014 (complété le 21 novembre 2014), le Dr O._____, chirurgien de la main, maintient l'incapacité de travailler à 50%, mais ne répond pas à la question de savoir si l'exercice d'une activité adaptée est exigible, ni à quel taux, ni, enfin, à compter de quelle date (AI doc AI doc 58 p. 2 s.). Il faut encore relever que c'est de manière manifestement erronée qu'il retient que sa patiente à « débuté à travailler à 50% dès le 12/201(... [dernier chiffre illisible]) et à 70% dès le 8/11/2013 » (AI doc 58 p. 2 s.). 11.1.6 Enfin, dans son rapport du 3 juin 2015, le Dr R._____, orthopédiste et chirurgien de la main, indique qu'en l'état, sa patiente est en incapacité de travail de 20%. À la question de savoir si elle est en mesure d'exercer une activité adaptée, il répond de la manière suivante : « définir une capacité adaptée est un non-sens, la patiente étant parfaitement adaptée au travail qu'elle accomplissait à ce jour » (TAF pce 7).

E. 11.2

L'autorité inférieure soutient que la recourante était en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à 100% dès le 1er décembre 2013, soit lorsqu'elle avait pu reprendre son activité habituelle à un taux de 30%. Pourtant, aucun avis médical ressortant du dossier ne permet, avec un degré de vraisemblance prépondérante, de confirmer cette position. Certes, dans son avis médical du 27 août 2013, la Dresse F._____, médecin traitant de la recourante, opère une distinction entre l'activité habituelle et l'activité adaptée. En effet, elle indique que si l'intéressée est en mesure d'effectuer une activité professionnelle adaptée à temps complet dès l'établissement du présent certificat, une reprise par cette dernière de son activité professionnelle à 100% ne sera en revanche exigible que dès la récupération post-opératoire de son pouce gauche. De la même manière, la Dresse E._____, dans le questionnaire médical du 18 août 2013, admet implicitement qu'il est possible pour l'intéressée d'effectuer une activité adaptée, dans la mesure où elle désigne les limitations fonctionnelles à prendre en compte dans l'exercice d'une telle activité

(AI docs 11 p. 1 ss, 12 p. 1 - 3). En revanche, les positions de ces deux mêmes médecins s'avèreront, par la suite, plus ambiguës ; ainsi, la Dresse E. _____, dans son rapport du 24 février 2014, indiquera à l'employeur de l'intéressée qu'il n'est pas nécessaire de lui trouver un poste de travail plus adéquat que celui de son activité habituelle. La Dresse F. _____ ne répondra, quant à elle, plus à la question de savoir s'il existe une telle activité adaptée, dans son avis du 8 juillet 2014 (AI doc 28 p. 2, 47 p. 1 s). Les divers certificats médicaux d'arrêt de travail, quant à eux, ne font qu'indiquer une reprise dans l'activité habituelle de secrétaire, à 30% dès le 1er décembre 2013, et à 50% dès le 3 février 2014. Ils n'indiquent en revanche pas si la recourante disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ni quel type d'activité (AI doc 4 p. 2, doc 7 p. 15, 17, 18, 31, 33, 34 et 35, doc 16 p. 1, docs 24, 26 et 28 p. 2, docs 29, 36). Le Dr O. _____, quant à lui, dans son rapport du 7 novembre 2014 (complété le 21 novembre 2014), ne se prononce pas sur la possibilité, pour la recourante, d'exercer une activité adaptée (AI doc 58 p. 1 ss) ; or il est impossible de savoir s'il s'agit d'un simple oubli, ou d'une omission volontaire soulignant l'inexistence d'une telle activité. En ce qui concerne le Dr R. _____, enfin, il rejette entièrement, dans son rapport du 3 juin 2015, l'existence d'une activité plus adaptée que celle de secrétaire (TAF pce 7).

E. 11.2.1

Dès lors, s'agissant des répercussions des atteintes précitées sur la capacité de travail de la recourante, il ne ressort pas des pièces versées au dossier une concordance particulière des opinions des médecins, auxquelles pourrait se rallier le Tribunal, certaines pièces ne se prononçant pas sur la possibilité d'exercer une activité adaptée, d'autres l'admettant ou la réfutant explicitement. Par ailleurs, l'avis médical du 19 janvier 2015, dans lequel les médecins SMR soutiennent que l'exercice d'une activité adaptée est exigible, n'apporte aucun éclaircissement à ce sujet ; au contraire, il renvoie au rapport établi par l'employeur le 20 novembre 2014, alors que celui-ci ne répond précisément pas à la question de savoir si l'intéressée est en mesure d'exercer une autre activité, indiquant tout au plus que l'activité habituelle demande « une grande dextérité et une excellente vitesse de frappe » (AI doc 23 p. 6, 60 p. 1). Or le seul fait, pour l'autorité inférieure, de relever les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle ne saurait suffire à démontrer la possibilité, pour l'intéressée, d'effectuer une activité adaptée à 100%. Ainsi, et contrairement à l'avis de l'autorité inférieure du 19 août 2015 (TAF pce 3), aucune pièce ressortant du dossier ne permet de conclure, avec un degré de vraisemblance prépondérant, que l'assurée était en pleine capacité d'exercer une activité adaptée à compter du 2 décembre 2013, ni même que l'exercice d'une activité plus adaptée que celle de secrétaire eût été possible pour elle.

E. 11.3

Ensuite, aucune pièce ne permet de conclure que la date de reprise dans l'activité habituelle aurait été de 100% à compter du 1er août 2014, et non pas, par exemple, à compter du 1er septembre 2014. En effet, dans son rapport médical daté du 16 juin 2014, basé sur des consultations du 19 février et du 9 avril 2014, la Dresse E. _____ relevait qu'une reprise de travail dans l'activité habituelle ne serait possible qu'à compter des mois « d'août-septembre 2014 » (AI doc 46 p. 2). Il faut en ce sens souligner que dans leur prise de position du 22 octobre 2014, les médecins SMR ont expressément demandé à la Dresse E. _____ de confirmer que l'intéressée était en mesure de reprendre son activité « dès septembre 2014 ». Ils ont ainsi considéré que l'avis de la Dresse E. _____, ou du moins d'un médecin du département des Hôpitaux de B. _____ dont elle était la cheffe de

clinique, faisait foi pour fixer la date de retour à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle (cf. AI doc 55). Or le Dr O. _____ n'a pas répondu à leur question (cf. AI doc 58 p. 3) ; cela n'a pourtant pas empêché les médecins SMR de fixer la date de reprise au 1er août 2014, dans leur prise de position du 17 août 2015 (TAF pce 3). Ainsi, les médecins SMR, en retenant cette date, n'ont pas cherché à obtenir l'avis des médecins qu'ils avaient, dans un premier temps, jugés compétents pour déterminer le moment de retour à une pleine capacité de travail. En outre, ils se sont écartés sans motif apparent de leur propre prise de position du 22 octobre 2014, dans laquelle ils demandaient à la Dresse E. _____ de confirmer qu'une reprise à 100% était possible dès le mois de septembre 2014, et non d'août 2014 (cf. AI doc. 55 p. 1, TAF pce 3 ; voir supra, let. D et I). Dans ce contexte, il y a lieu de rappeler que le rapport du service médical de l'Office compétent en matière d'assurance-invalidité doit contenir 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. Le rôle du service médical est ainsi de résumer et de porter une appréciation sur les conclusions déjà existantes et la situation médicale de la personne concernée, ce qui implique aussi de dire sur quelle pièce médicale il y a lieu de se fonder ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, le rapport du service médical de l'Office ne constituant pas un examen médical sur la personne concernée. Ce rapport ne doit pas ainsi poser de nouvelles conclusions médicales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Le Tribunal considère en conséquence qu'au vu des pièces à leur disposition, les médecins SMR auraient dû insister pour obtenir des documents médicaux conformes aux exigences jurisprudentielles et conseiller encore un complément d'instruction, avant de soutenir que la capacité de travail de la recourante était totale à compter du 2 décembre 2013 dans une activité adaptée, et dès le 1er août 2014 dans son activité habituelle.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, à compter de quelle date l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, pour peu qu'une activité plus adaptée que celle de secrétaire eut été envisageable ; de plus, elle ne permet pas de porter un jugement sur la date à partir de laquelle l'intéressée aurait été pleinement capable d'exercer son activité habituelle. L'autorité inférieure ne pouvait donc, en se basant sur les pièces médicales au dossier et sur les appréciations de son service médical, justifier, dans la décision dont est recours, puis dans la prise de position du 19 août 2015, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, et aurait dû procéder à des investigations supplémentaires avant de statuer (voir supra, consid. 8). Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (art. 61 al. 1 PA). Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références; Michel Valterio, op. cit., n. m. 2870). Partant, en application de l'art. 61 al. 1 PA et en accord avec la jurisprudence en la matière (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 1er mai 2015 est annulée et la cause

renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les limitations fonctionnelles qui découlent de l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail, tant dans son activité habituelle de secrétaire que dans des activités adaptées. Pour ce faire, l'OAIE s'adressera en premier lieu aux Drs E._____ et O._____, chirurgiens de la main (la première citée ayant notamment assuré le suivi de l'intéressée et établi ses certificats médicaux d'arrêt de travail), afin d'obtenir des informations complètes et précises sur les limitations fonctionnelles dont a souffert l'intéressée ; il s'agira, d'une part, de déterminer si celle-ci était en mesure d'exercer une activité adaptée à compter du mois de décembre 2013, et, le cas échéant, à quel taux. D'autre part, il conviendra de déterminer à compter de quelle date précise l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire. En outre, vu l'âge de la recourante, 61 ans actuellement, l'autorité inférieure prendra également en considération la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes assurées se trouvant proche de l'âge de la retraite (arrêts du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 et 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 ; ATF 138 V 457 consid. 3). Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 13

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), 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. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante au cours de la procédure lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 2800.-, à la charge de l'autorité inférieure. (dispositif page suivante)

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