

BVGer C-3932/2013 vom 4. Mai 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3932_2013

FR: TAF C-3932/2013 du 4 mai 2015

IT: TAF C-3932/2013 del 4 maggio 2015

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), 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

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

E. 1.5

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), selon lequel 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, l'OCAS a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAIE conformément à la disposition précitée (al. 2 in fine), a été déferée

devant le Tribunal de céans.

E. 2.1

La recourante est ressortissante française domiciliée en France. L'accord 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 son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

E. 2.2

Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1er al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1er avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

E. 2.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. L'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 prévoyait une disposition analogue.

E. 2.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats 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 au droit interne suisse.

E. 2.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. Toutefois les dispositions de la 5^e révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables, vu le dépôt de la demande le 4 janvier 2011, s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive que les dispositions citées ci-après sont également celles en vigueur jusqu'à cette date. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1^{er} juillet 2011 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 4 janvier 2011 [pce 1 et accusé de réception pce 10]) jusqu'au 12 juin 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.).

E. 4

L'objet de la contestation est constitué en l'espèce par le refus du droit à une rente d'invalidité. Même si la décision querellée nie non seulement le droit à une rente d'invalidité mais aussi in fine le droit à des mesures professionnelles au motif qu'elles ne seraient pas indiquées car non de nature à améliorer la capacité de gain, dans ses écritures la recourante a seulement contesté le refus du droit à une rente d'invalidité. Le tribunal de céans se limitera donc à examiner le bien-fondé du rejet du droit à une rente d'invalidité.

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la LPGa et de la LAI (art. 8 LPGa; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). 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 puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement CE 883/2004). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 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 al. 1 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.

E. 6.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - 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; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. 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. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 6.3

Selon l'art. 28 al. 2 LAI 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% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.2), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

E. 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 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 du 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 LPGA).

E. 7.1

La recourante a travaillé en Suisse en dernier lieu depuis le 1er avril 2004 jusqu'au 10 janvier 2011 (Fin des rapports de travail au 31 octobre 2011) comme infirmière dans un EMS. Depuis le 11 janvier 2011, elle n'a pas repris d'activité lucrative hormis une brève

tentative de reprise de travail de 3 semaines en mai 2011.

E. 7.2

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. 28a al. 1 LAI, 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 (méthode générale).

E. 7.3.1

L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, telles les personnes s'occupant du ménage, étudiant ou vivant dans une communauté religieuse, et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA (art. 5 LAI) qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

E. 7.3.2

La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête menée sur place (cf. art. 69 al. 2 RAI) par une personne qualifiée, laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (ATF 128 V 93, 130 V 97; arrêts du TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1, I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). Le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation des limitations fonctionnelles qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2159). Lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique, et qu'il existe des divergences entre les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir des travaux habituels et les conclusions de l'enquête à domicile, les constatations médicales ont en principe plus de poids du fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (cf. les arrêts du TF C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2. et les références, C_687/2014 cité consid. 4.3.1). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a ainsi lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1 et 3.1.1 p. 337; arrêt du TF

9C-514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

E. 7.4

Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à une activité non lucrative au sens de l'art. 5 LAI (cf. supra 7.3.2), il convient de pondérer les deux méthodes (méthode mixte) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI; ATF 125 V 146 = Pratique VSI 1999 p. 231, ATF 130 V 97 consid. 3.4). Pour déterminer, en cas d'avis contradictoires, la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. A cette fin, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision. Il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références citées; arrêts du Tribunal fédéral I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 5.2). Avant d'appliquer la méthode mixte, l'office AI doit au préalable, comme pour les autres méthodes d'évaluation de l'invalidité, déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'activité que l'assuré exercerait s'il n'était pas atteint dans sa santé sans tenir compte du taux d'activité qui pourrait raisonnablement être exigé s'il était en bonne santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 et les références, ATF 125 V 146 consid. 2c et les références; Valterio, op. cit., n° 2172 ss).

E. 7.5

L'invalidité de l'assuré est évaluée impérativement selon l'une ou l'autre de ces trois méthodes, réserve faite de la méthode dite extraordinaire s'agissant des personnes exerçant une activité lucrative indépendante et pour lesquelles un calcul suffisamment sûr des revenus à comparer n'est pas possible nécessitant une appréciation de la répercussion économique de la baisse de rendement induite par l'invalidité (cf. ATF 128 V 29 consid. 1; Valterio, op. cit., n° 2183 ss). La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (Valterio, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGA) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (Valterio, op. cit. n° 2051 et les références). Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent 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).

E. 8.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

E. 8.2

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de

résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies. Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3, 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; Valterio, op. cit. n° 2920).

E. 8.3

En l'espèce il sied de préciser que l'examen médical bidisciplinaire du 30 août 2011 qui a donné lieu au rapport médical du 12 octobre 2011 a été un examen sur la personne effectué par le SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI alors que les rapports médicaux établis ultérieurement par le SMR ont été des rapports médicaux sur dossier au sens de l'art. 49 al. 1 RAI prévus par l'art. 59 al. 2bis LAI. Ces derniers rapports ont donné une appréciation sous l'angle médical concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont donné une appréciation sur celles déjà existantes, ce qui implique en présence de rapports médicaux contradictoires de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre pièce médicale ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire.

E. 8.4

Le Tribunal fédéral s'est à réitérées reprises prononcé sur certains types d'atteintes à la santé peu objectivées à l'étiologie incertaine telles le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65; arrêts du TF 9C_762/2013 du 24 juin 2014 consid. 4.2, 9C_877/2012 du 8 avril 2013 consid. 5.2), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt du TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt du TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), les troubles moteurs dissociatifs (arrêt du TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Pour que ces maladies soient considérées comme invalidantes, il est nécessaire que les douleurs ressenties par l'assuré soient en corrélation avec une comorbidité psychiatrique importante. Elle sera reconnue telle par sa gravité, son acuité et sa durée liée à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, en raison d'affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. A défaut de ces caractéristiques l'atteinte à la santé d'origine étiologique non déterminée n'est pas considérée comme propre à entraîner une incapacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au contraire il est présumé que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, arrêt du TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 6.3).

E. 9

Dans ses écritures l'intéressée fait valoir que sans ses atteintes à la santé elle aurait travaillé à 100% depuis 2004 et requière implicitement que son incapacité de travail soit prise en compte depuis le 11 janvier 2011 en référence à une activité de 100%. L'allégué de la recourante ne peut être suivi car il appert de sa demande de prestation d'invalidité et des

annexes jointes, dont un document intitulé "projet de vie", une activité exercée à 80% par choix de vie pour un équilibre entre travail et famille, l'intéressée ayant un enfant élevé seule. C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure a considéré que l'invalidité de l'assurée devait s'évaluer en relation à une activité lucrative à 80%, les autres 20% restant étant consacrés à des occupations familiales et ménagères. Par ailleurs il n'apparaît pas du dossier, notamment des rapports médicaux, ni des allégués de la recourante, qu'elle soit limitée dans ses tâches ménagères d'une manière telle qu'une invalidité puisse être retenue dans les tâches en question. C'est donc à juste titre que l'office AI a renoncé à une enquête ménagère au motif d'une pleine capacité de travail prévisible dans lesdites activités.

E. 10.1

Sur le plan médical, la recourante a été en incapacité de travail durable à 100% depuis le 11 janvier 2011. Cette incapacité de travail a été précédée de trois périodes d'incapacité à 100% du 5 au 22 janvier, du 24 août au 1er octobre et du 16 au 26 décembre 2010 (cf. supra B). Dans sa demande de reconversion professionnelle adressée à l'AI enregistrée le 4 janvier 2011 (cf. supra A), l'assurée fit état d'une diminution progressive de vitalité, d'une augmentation des douleurs en lieux et intensité. Il appert du dossier un status de fibromyalgie dans le cadre d'une symptomatologie algique avec des douleurs ressenties comme importantes, diffuses depuis notamment 2009. A ce moment le rapport médical du Prof. B. _____ du 24 juillet 2009 ne releva cependant aucune constatation objective sur les différents examens morphologiques et biologiques pratiqués. Le 25 mai 2010 le Dr C. _____ fit état d'une évaluation neurologique normale malgré les plaintes évoquées et retint un syndrome douloureux chronique, une importante fatigue et un rythme de vie stressant. Le Dr E. _____, médecin généraliste traitant, ensuite d'un suivi de 2000 au 23 décembre 2010, posa le diagnostic (rapport non daté) d'asthénie chronique, fibromyalgie, syndrome des jambes sans repos, syndrome d'apnées du sommeil appareillé, dépression, notant cependant l'exigibilité de l'activité exercée mais à un moindre pourcentage. C'est dans ce contexte médical que l'assurée s'est trouvée en arrêt maladie à 100% à compter du 11 janvier 2011. Les rapports médicaux ultérieurs notamment de la Dresse G. _____, rhumatologue, du 15 mars 2011, de la Dresse H. _____ du 10 mars 2011 ayant confirmé une hépatite médicamenteuse suite à un traitement pour tuberculose latente (traitement cependant arrêté par la suite [cf. l'expertise SMR pce 74 p. 9 et p. 8 relevant le diagnostic lié d'antécédent d'hépatite médicamenteuse sans répercussion sur la capacité de travail]) et du Dr I. _____, rhumatologue, du 23 mars 2011 et encore du Prof. B. _____ du 24 juin 2011 font communément état notamment d'une symptomatologie algique diffuse, d'un état de fatigue chronique, de fibromyalgie, d'un état dépressif. Une tentative de reprise de travail en mai 2011 de quelque 3 semaines à 50% fut stoppée pour cause de grande fatigabilité, de douleurs dans les membres. Assurément la résiliation du contrat de travail du 11 juillet 2011 pour fin octobre n'a pas aidé l'intéressée à faire face à ses maux physiques et à ses atteintes à sa santé psychologique. Il résulte de ce qui précède que l'intéressée, comme l'a admis l'OAIE dans sa décision dont est recours, a eu une capacité de travail considérablement réduite depuis le 11 janvier 2011.

E. 10.2

Il appert cependant de l'expertise bidisciplinaire du SMR, requise par la Dresse K. _____ au vu de l'ensemble de la documentation médicale, datée du 12 octobre 2011, sur la base d'un examen du 30 août 2011, alors que l'intéressée connaissait la résiliation du 11 juillet de ses rapports de travail au 31 octobre suivant, que son status s'est entre le début de l'année et

le 30 août 2011 amélioré. Cette expertise ne fut cependant communiquée à l'OCAS qu'à fin mars 2012 après plusieurs rappels, ce pour des raisons inconnues (examen du 30 août 2011). Sur le plan ostéoarticulaire, bien que des douleurs généralisées furent relevées, il fut retenu que le dossier radiologique était sans éléments significatifs hormis quelques troubles dégénératifs débutants parfaitement en adéquation avec l'âge, que l'intéressée ne présentait pas de contractures musculaires paravertébrales sur l'ensemble du rachis, ni ne présentait de tuméfactions articulaires, ni de signes de synovite objectivés. Sur le plan psychiatrique si l'expression d'un sentiment de détresse, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne furent relevées, il fut constaté un discours cohérent et adéquat, l'absence de trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire d'évocation, du cours de la pensée ou du contenu et l'absence d'idées délirantes ou suicidaires, de sorte que le rapport ne retint aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Le rapport retint sur le plan psychiatrique un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, un trouble panique, mais non une comorbidité psychiatrique en relation avec la fibromyalgie affectant l'intéressée. Au final le rapport retint une incapacité de travail ponctuelle pour une période de maximum 6 semaines après normalisation des tests hépatiques (pas de dates indiquées mais cette absence de date n'est pas déterminante au 30 août 2011) et une capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans toute autre forme d'activité de 100%. Ce au moins à la date de l'examen du 30 août 2011.

E. 10.3

Le statut décrit par le rapport d'expertise du 12 octobre 2011 sur la base de la consultation du 30 août 2011 paraît s'être péjoré en fin d'année selon la communication du 15 décembre 2011 du Dr E. _____ à l'OCAS, mais cette communication succincte ne permet pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise du SMR que le Tribunal de céans ne peut que confirmer à défaut de documentation médicale contraire et suffisamment étayée portant sur le deuxième semestre 2011. Il sied d'ailleurs de relever que la recourante elle-même a admis le bien-fondé des conclusions de cette expertise dans sa réplique du 18 février 2014 en référence à la date d'examen du 30 août 2011, mais faisant valoir depuis août 2011 une dégradation de son état de santé. L'avis SMR du 2 avril 2012 de la Dresse J. _____ retient en effet les conclusions de l'expertise effectuée le 30 août 2011, signale une hospitalisation pour un bilan électro-physiologique en octobre 2011 en raison de palpitations/tachycardie ne révélant pas d'atteintes particulières, notant par contre l'indication abstraite d'une détérioration de l'état de santé établie par le médecin traitant de l'assurée en date du 15 décembre 2011. Dans son rapport la Dresse J. _____ a sollicité des compléments médicaux d'ordre psychiatrique qui ont été adressés à l'OCAS au cours du 2ème semestre 2012.

E. 11.1

Il appert du dossier à compter de 2012 un status psychiatrique apparemment aggravé décrit par les médecins traitant de l'assurée comme s'étant dégradé et ne lui permettant plus d'exercer son activité habituelle. Faisant référence à une consultation du 16 juin 2012 le Dr O. _____ indiqua le 2 juillet 2012 une situation psychopathologique extrêmement délicate avec la nécessité d'un suivi pour une durée au moins supérieure à 6 mois, un pronostic extrêmement réservé quant aux capacités fonctionnelles et la reprise des activités professionnelles. Le Dr P. _____, dans un rapport du 13 septembre 2012 retint les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques et anxiété généralisée. Il releva que l'importance du trouble anxieux généralisé limitait de

façon importante sa capacité à entrer en relation avec les autres dans le cadre de son emploi et qu'il lui paraissait difficile pour cette patiente d'exercer son activité habituelle à temps complet malgré l'évolution globalement positive depuis sa prise en charge en hôpital de jour, que ses douleurs physiques limitaient grandement l'intéressée de travailler comme infirmière. Il nota aussi que le suivi thérapeutique trois fois par semaine était incompatible avec un travail à plein temps. Le Dr Q. _____ décrivit dans un rapport du 7 décembre 2012 un trouble de la personnalité de type phobo-obsessionnel avec retentissement professionnel majeur. Il indiqua un pronostic réservé et une incapacité de travail de 100% comme infirmière, voire préconisa une incapacité de travail totale. Il s'ensuit de ce qui précède que c'est à tort que la Dresse K. _____ du SMR confirma le 10 avril 2013, simplement sur dossier et sans spécialisation psychiatrique, les conclusions du rapport d'expertise SMR du 12 octobre 2011 selon l'examen du 30 août 2011 (antérieures de 20 mois). En effet la documentation médicale psychiatrique postérieure à l'expertise SMR établissait unanimement une incapacité de travail dans l'activité habituelle devant pour le moins donner lieu à une soumission du dossier à un médecin psychiatre du SMR pour détermination sur l'évolution du cas présentée par les médecins psychiatres ayant suivi l'intéressée. Dans son rapport du 10 avril 2013 la Dresse K. _____ indiqua que le rapport médical du Dr Q. _____ du 7 décembre 2012, succinct, "confirme la présence d'une atteinte non incapacitante en lien avec une fibromyalgie". Le Tribunal de céans ne peut y lire cette confirmation. De même, c'est également à tort que la Dresse J. _____ du SMR, sans spécialisation psychiatrique, dans une note du 23 mai 2013, n'a pas pris en compte le rapport psychiatrique du Dr Q. _____ du 7 mai 2013. Celui-ci a relevé des troubles dépressifs chroniques, associés à un trouble anxieux généralisé compliqué de crises d'attaque de panique lors de crises d'angoisse aiguës, devenant très invalidants. Il a indiqué des troubles de la personnalité de type phobo-obsessionnel avec conduite d'évitement ayant un retentissement sévère sur sa vie sociale et familiale, une pathologie psychiatrique sévère à laquelle s'associait le syndrome douloureux chronique avec fibromyalgie et que dans ces conditions il paraissait inenvisageable que l'intéressée puisse reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il sied par ailleurs de relever que l'activité infirmière est exigeante et nécessite une santé physique et une santé psychique solide que manifestement l'intéressée ne semble plus avoir depuis le début de l'année 2012 selon l'appréciation unanime des médecins traitants ressortant de leurs rapports médicaux, lesquels devaient pour le moins être soumis à un médecin expert en psychiatrie.

E. 11.2

Le Tribunal de céans ne peut dans ces circonstances que confirmer partiellement et jusqu'à fin 2011 la décision de l'OAIE du 12 juin 2013. Il ne peut cependant pas confirmer la décision attaquée pour ce qui concerne la période à compter du 1er janvier 2012 dans la mesure où l'état de santé psychique de l'intéressée n'a pas été investigué depuis 2012 malgré les indices d'une dégradation probable de cet état de santé et du fait que l'OCAS n'a pas effectivement tenu compte des exigences professionnelles du monde des soins infirmiers. Le Tribunal de céans ne peut en l'occurrence pas confirmer au vu du dossier que l'intéressée, selon l'avis du SMR, peut exercer à plein temps son activité d'infirmière, sa capacité de travail étant entière depuis toujours.

E. 11.3

L'état de santé et la capacité de travail de l'intéressée n'ayant pas été investiguée à compter du 1er janvier 2012 notamment sur le plan psychique, malgré de forts indices de

dégradation, il se justifie de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction dans le sens d'une expertise psychiatrique, complétée cas échéant selon la nouvelle documentation médicale produite, d'un volet rhumatologique (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 12

Vu ce qui précède il convient par le présent arrêt de confirmer l'activité antérieure exercée à 80% par choix de l'intéressée, de confirmer l'inexistence d'un droit à des prestations d'invalidité jusqu'à fin 2011 et de renvoyer le dossier à l'instance inférieure pour complément d'instruction (art. 61 PA) afin qu'elle examine le droit de l'intéressée à des prestations d'invalidité à compter du 1er janvier 2012 en soumettant le dossier à un médecin-expert en psychiatrie, en procédant ainsi à une nouvelle expertise psychiatrique en Suisse portant sur l'évolution des atteintes à la santé psychique de l'intéressée depuis le début de l'année 2012, cas échéant en intégrant en même temps notamment un volet rhumatologique.

E. 13

Vu l'issue du recours il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais de 400.- francs versée par la recourante lui est restituée. La recourante ayant agi sans s'être fait représenter et n'ayant pas eu des frais nécessaires particulièrement élevés, elle n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 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]).

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