

# **BVGer C-5110/2007 vom 16. Oktober 2009**

Bundesverwaltungsgericht, 2009-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5110\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5110_2007)

FR: TAF C-5110/2007 du 16 octobre 2009

IT: TAF C-5110/2007 del 16 ottobre 2009

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 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), 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 contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

#### **E. 1.1**

Conformément à 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. 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. 1.2**

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. 1.3**

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

#### **E. 2.1**

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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71

(RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. 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. 2.2**

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

## **E. 3.1**

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.

## **E. 3.2**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

## **E. 4**

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 une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 7) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

## **E. 5.1**

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 LPGA et 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.

## **E. 5.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

### **E. 5.3**

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assurée, in casu ressortissante de l'Union européenne, 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).

### **E. 5.4**

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'imptence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

### **E. 6.1**

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008). Sont toutefois réservées les règles jurisprudentielles particulières dans les cas où le recourant présente un âge avancé. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa

situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4; cf. également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4; 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2; I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2 s; I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4; arrêt du Tribunal cantonal du canton de Fribourg du 10 juillet 2008, SVR 2009 IV n° 8).

## **E. 6.2**

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## **E. 7.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## **E. 7.2**

En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe 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. Un renvoi à l'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci 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 références citées).

### **E. 8.1**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

### **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. Toutefois le simple fait qu'un certificat 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. 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, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 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 Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

### **E. 9.1**

Il appert de la documentation médicale versée au dossier que la recourante souffre principalement d'affections d'ordre psychique (cf. notamment pce 27 p. 19 [expertise psychiatrique datée du 21 mars 2003] faisant part d'un état dépressif de gravité légère à moyenne et de personnalité immature à traits de fonctionnement histrionique

"subdécompensé"; pce 91 p. 21 n° 4 [expertise du COMAI datée du 16 février 2007] faisant part de tendances dysthymiques; pce 93 [rapport médical du 2 mai 2007 établi par le Dr J. \_\_\_\_\_] faisant part d'un état anxio-dépressif), de rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques depuis 1984 et de tendinites chroniques aux deux poignets (cf. notamment pce 91 p. 21 n° 4 [expertise du COMAI du 16 février 2007]; pce TAF 9 p. 3 [certificat médical du Dr R. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2008]; pce TAF 14 p. 3 et 4 [prise de position médicale du 29 mai 2008 effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_, du SMR K. \_\_\_\_\_]). Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant 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. En l'occurrence, il ressort du dossier que la recourante a été absente à de nombreuses reprises à partir de 2001 pour des raisons de maladie (pces 6 et 91 p. 11). Elle a toutefois travaillé à plus de 80% d'octobre 2001 à février 2002 (pce 6) et ce n'est qu'à partir du 8 mars 2002 qu'elle a été mise en congé maladie pour une durée indéterminée (pce TAF 1 p. 7). Il convient donc de retenir cette dernière date comme début de la maladie de longue durée (cf. également pce 27 p. 7 [expertise psychiatrique du 21 mars 2003] où il est indiqué que, selon la recourante, ses difficultés actuelles ont commencé à peu près au début 2002). Un éventuel droit à une rente n'a ainsi pu naître que 12 mois plus tard, à savoir le 8 mars 2003.

## **E. 9.2**

Il sied ensuite d'examiner dans quelle mesure, sur le plan médical, l'exercice d'une activité lucrative est exigible de la part de l'assurée.

### **E. 9.2.1**

A titre liminaire, on rappelle que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et références citées ; ATF 115 V 38 consid. 3d). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 et supra consid. 6.1).

#### **E. 9.2.2.1**

En l'espèce, la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a mis cette dernière en congé maladie à 100% à partir du 8 mars 2002 et au minimum jusqu'à la fin du mois de février 2004 en raison de problèmes médicaux, neuropsychologiques et endocriniens importants (pce TAF 1 p. 7 [certificat daté du 20 février 2004]). Aucun rapport médical détaillé de ce médecin n'a toutefois été versé au dossier.

#### **E. 9.2.2.2**

Le Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre, et la psychologue G. \_\_\_\_\_ ont pour leur part examiné l'assurée en date du 6 février 2003 sur demande de la (...). Dans l'expertise psychiatrique datée du 21 mars 2003 (pce 27), ils posent les diagnostics suivants: Axe I: état dépressif de gravité légère à moyenne; Axe II: personnalité immature à traits de fonctionnement histrionique "subdécompensée"; Axe III: hypothyroïdie substituée; Axe IV: difficultés professionnelles et conjugales (pce 27 p. 16 n° 4.1). Ils précisent que l'axe III, à savoir la

pathologie somatique, est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car cette affection sort du champ des compétences de l'expert psychiatre. Dans la rubrique concernant les plaintes subjectives de l'assurée, ils indiquent que la recourante fait part essentiellement de troubles de la mémoire, d'une fatigabilité, d'un manque de motivation, d'une irritabilité et d'un besoin de s'isoler (pce 27 p. 8 n° 2.1). Par ailleurs, au chiffre 3.4 concernant l'examen clinique, ils relèvent que les plaintes physiques de la recourante sont multiples, difficiles à systématiser et souvent exprimées avec emphase. Ainsi l'assurée allègue souffrir de lombalgies, de douleurs aux jambes, de cervicalgies sans horaire précis, de troubles digestifs et de brûlures gastriques avec reflux post-prandiaux (pce 27 p. 15, 7ème paragraphe). On note que, à plusieurs endroits, les experts signalent une discordance entre les plaintes et les handicaps allégués (pce 27 p. 12, p. 18, 3ème paragraphe; cf. également p. 15, 2ème paragraphe). Retenant que la capacité de la recourante n'est certainement pas nulle comme l'affirme cette dernière, ils soulignent qu'il est difficile de porter un jugement en la matière vu le manque de documentation médicale versée au dossier, l'absence jusqu'alors de traitement médical adéquat de l'assurée et la personnalité de la recourante qui est emphatique et théâtrale (pce 27 p. 18). Ils proposent pour cette raison de retenir "par souci de gain de paix" une incapacité de travail de 50% à partir du 6 février 2003, tout en indiquant qu'une nouvelle évaluation de la capacité de travail devra intervenir dans un délai de 3 à 4 mois après la mise en route de mesures médicales mieux adaptées à l'état de santé de la recourante (pce 27 p. 19 s.).

#### **E. 9.2.2.3**

Dans leur expertise effectuée suite à un examen de l'assurée en date du 30 novembre 2006 au COMAI à M. \_\_\_\_\_, les Drs O. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ posent les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de rachialgies cervico-dorso-lombaires chroniques non spécifiques (depuis 1980 environ) et de tendances dysthymiques (pce 91 p. 21 n° 4.2 [rapport de synthèse daté du 16 février 2007]). Ils retiennent que l'essentiel des plaintes de la recourante concerne son état physique, ses douleurs dorsales et de la tête et les limitations qui en découlent (pce 91 p. 19). Sur le plan somatique, ils font part d'un tableau de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques sur troubles posturaux et de l'absence d'évidence d'atteinte arthrosique majeure au niveau cervical et dorsal ni de signe d'instabilité au niveau L4-L5 ou L5-S1, tout en précisant que l'auto-évaluation faite par la recourante contraste fortement avec les éléments cliniques et fonctionnels observés (pce 91 p. 18). Sur le plan psychique, ils retiennent que la distance que l'assurée a prise par rapport aux événements antérieurs, à savoir un conflit à son dernier lieu de travail, lui a fait beaucoup de bien. Ils ont de ce fait l'impression que les troubles qui ont conduit à son arrêt de travail et au constat d'une invalidité partielle sont largement résorbés (pce 91 p. 19). Ils concluent que, du point de vue somatique et psychique, il n'y a aucun élément déterminant qui limite la capacité de travail comme employée de bureau (pce 91 p. 20). Ils estiment toutefois que la recourante présente une diminution de rendement de 20%, précisant que cette diminution est comparable à ce que l'on observe parfois comme décalage entre une personne âgée et un sujet jeune, et que, en cas de réintégration de l'assurée sur le marché du travail, cette dernière aurait besoin d'un cahier des charges précis et d'une certaine guidance (pce 91 p. 20).

#### **E. 9.2.2.4**

Appelé à se déterminer, le Dr L. \_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 14 mars 2007 (pce 81), relève que l'expertise pluridisciplinaire est complète, claire et convaincante. Il retient

qu'une diminution de rendement de l'ordre de 20% est le lot normal des anciens qui compensent cela par leur expérience. Il est d'avis que le trouble dépressif réactionnel de gravité légère à moyenne constaté dans l'expertise datée du 21 mars 2003 ne justifiait pas, sur le plan médical, un arrêt de travail de longue durée et conclut à une capacité entière de la recourante dans sa profession habituelle.

#### **E. 9.2.2.5**

L'administration se base principalement sur l'expertise du COMAI et l'avis précité du Dr L. \_\_\_\_\_ pour motiver le rejet de la demande de prestations de l'assurée. Ainsi, selon elle, la recourante n'a jamais présenté, sur le plan médical, une atteinte psychique ou somatique d'une durée et d'une gravité suffisante pour ouvrir le droit à une rente (pce TAF 7 p. 2 [réponse au recours du 14 février 2008]).

#### **E. 9.2.2.6**

Pour sa part, la recourante conteste qu'elle n'ait pas présenté d'incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année, mettant en avant que, depuis le 8 mars 2002 jusqu'au 29 février 2004, elle était au bénéfice d'un certificat médical pour des problèmes médicaux, neuropsychologiques et endocriniens importants. Par ailleurs, elle souligne qu'elle est actuellement soumise à un suivi rhumatologique pour des lombalgies avec sciatique en rapport avec des discopathies protrusives L3-L4, L4-L5 et L5-S1 associées à une arthrose postérieure diffuse très importante, ainsi que pour des tendinites chroniques aux poignets avec une ténosynovite de De Quervain du côté gauche associé à une rhizartrose du pouce gauche. Précisant que les traitements en cours n'ont pas réussi à calmer ses douleurs, elle conclut qu'elle est incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle (cf. pces 42 et 87; pces TAF 1 et TAF 9).

#### **E. 9.2.3**

Cela étant, le Tribunal de céans constate que le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente invalidité à partir du 8 mars 2003 (cf. consid. 9.1) de même que sur le taux d'invalidité fondant le droit à des prestations. Or, le rapport d'expertise du COMAI, daté du 16 février 2007, se prononce uniquement quant à l'état de santé de la recourante à partir du moment où celle-ci a été examinée par les experts, à savoir le 30 novembre 2006 (pce 91 p. 19). Elle n'est par conséquent d'aucun secours pour juger de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail dans la période allant de mars 2003 à fin novembre 2006. Il convient donc de se référer aux autres documents versés au dossier pour se déterminer sur ce point.

#### **E. 9.2.3.1**

Dans l'expertise psychiatrique du 21 mars 2003, le Dr F. \_\_\_\_\_ et la psychologue G. \_\_\_\_\_ concluent à une incapacité de travail de 50% de l'assurée dans sa profession habituelle à partir du 6 février 2003, à savoir la date à laquelle la recourante a été examinée par les experts (pce 27 p. 19; cf. supra consid. 9.2.2.2). Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin du SMR K. \_\_\_\_\_, est d'avis que cette expertise n'est pas convaincante notamment du fait que les experts proposent de retenir "par gain de paix" un taux d'incapacité de 50%. Selon lui, cela démontrerait que le Dr F. \_\_\_\_\_ et la psychologue G. \_\_\_\_\_ auraient marchandé une incapacité de travail qui de toute évidence n'existait pas (pce 81 [prise de position médicale du 14 mars 2007]). Il s'étonne également que, au vu des plaintes alléguées, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'ait pas été retenu (pce 31 [prise de position médicale du 17 mars 2006]). Le Tribunal de céans ne peut se rallier à cette appréciation pour les raisons

suivantes. Tout d'abord, il est certes vrai que l'expertise du 21 mars 2003 ne permet pas de juger définitivement de l'état de santé de la recourante en ce sens que les experts eux-mêmes indiquent que leur appréciation est provisoire et qu'une nouvelle évaluation de la capacité de travail doit intervenir dans un bref délai de 3 à 4 mois. Dans ce contexte, ils n'excluent pas une éventuelle aggravation de l'état de santé au vu de la personnalité sous-jacente de l'assurée (pce 27 p. 19 n° 6 et p. 20 n° 8). Par ailleurs, ils restent peu précis en posant le diagnostic d'état dépressif de gravité légère à moyenne tout au plus et en signalant que, probablement, la recourante majore volontairement les symptômes. Ces incertitudes sont toutefois compréhensibles étant donné que les experts ne disposaient d'aucune documentation médicale antérieure au moment de l'expertise et que l'état de santé de la recourante n'était apparemment pas stabilisé. En outre, le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ soulignent que la recourante a vraisemblablement développé un trouble anxio-dépressif réactionnel à une situation professionnelle délicate fin 2001 début 2002 et que celui-ci s'est probablement structuré en un véritable état dépressif en mars 2002 (pce 27 p. 17, 3ème paragraphe). Ils précisent également que le comportement assez démonstratif, parfois un peu théâtral de l'assurée, semble plus être en rapport avec son fonctionnement de personnalité prémorbide que lié à une volonté de travestir la réalité (pce 27 p. 15, 8ème paragraphe). Ainsi, le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ expliquent de façon plausible pour quelles raisons ils retiennent une incapacité de travail de 50% de la recourante au moment où celle-ci a été examinée. Dans ces conditions, on ne peut, à l'instar du Dr L.\_\_\_\_\_, attacher trop d'importance au fait que les experts ont conclu "par souci de gain de paix" à une incapacité de travail de la recourante de 50%. En effet, cette formulation, certes peu adroite dans le sens où elle donne l'impression de renvoyer à des facteurs d'ordre extra-médical, n'apparaît en l'espèce pas liée à la volonté des experts de conclure un "marchandage" assécurologique avec l'assurée mais à l'attention de tenir compte des particularités du cas. En effet, étant donné l'absence de documentation médicale complète au moment de l'expertise et vu l'état de santé non stabilisé de la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ n'avaient pas d'autres solutions que de donner une appréciation prudente de la capacité de travail de l'assurée mais correspondant à leur conviction, tout en réservant une nouvelle réévaluation dans un bref délai. En l'état du dossier, il n'y a donc aucune raison de penser que le taux d'invalidité retenu par les experts n'existait pas "à toute évidence" comme le prétend le Dr L.\_\_\_\_\_. Il convient ensuite de relever que l'expertise du 21 mars 2003 n'a pas été contestée par les autres médecins ayant étudié le dossier. En effet, dans sa prise de position du 3 août 2005 (pce 30), le Dr I.\_\_\_\_\_ se limite à attirer l'attention de l'administration sur le fait que l'expertise effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ ne saurait être déterminante pour juger de l'incapacité de travail actuelle de la recourante. Les experts du COMAI ne remettent également pas en cause les conclusions de l'expertise du 21 mars 2003. Bien plus, il constatent que, au moment de leur examen, les troubles qui avaient conduit à l'arrêt de travail et au constat d'une invalidité partielle se sont largement résorbés (pce 91 p. 19 [rapport d'expertise du 16 février 2007]). Au vu de ces éléments, on peine à partager les doutes du Dr L.\_\_\_\_\_ quant à la valeur probante de l'expertise du 21 mars 2003 (cf. pce 81) du simple fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ n'aient pour le moins pas évoqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Finalement, il ressort des actes de la cause que la recourante a été mise en congé maladie à 100% à partir du 8 mars 2002 (cf. pce TAF 1 p. 9 où la Dresse D.\_\_\_\_\_ indique sommairement que, en raison de problèmes médicaux, neuropsychologiques et endocriniens importants, l'assurée est en arrêt

de travail à 100% depuis le 8 mars 2002 pour une durée indéterminée et que cet état durera jusqu'à fin février 2004 au moins) et que la (...) a payé des indemnités journalières basées sur un taux d'incapacité de travail de 100% du 4 septembre 2002 au 30 avril 2003 et des indemnités journalières basées sur un taux de 50% du 1er mai 2003 au 29 février 2004 (pces 5-6; 11; 12; 26). Au vu de ce qui précède, il existe des indices non négligeables incitant à penser que l'assurée avait droit à une demi-rente à partir de mars 2003 (cf. supra consid. 9.1). Dans ce contexte et en l'état actuel du dossier, l'expertise du 21 mars 2003 laisse supposer que ce droit a vraisemblablement perduré pour le moins jusqu'à juillet 2003, soit quatre mois après la date de l'expertise du 21 mars 2003. En effet, on rappelle que le Dr F. \_\_\_\_\_ et la psychologue G. \_\_\_\_\_ avaient signalé que leurs conclusions quant à la capacité de travail de la recourante devaient être réévaluées dans un délai de 3 à 4 mois (pce 27 p. 19 n° 6). Étant donné qu'il manque de la documentation médicale utile à la détermination de l'état de santé de l'assurée pendant la période se situant aux alentours de l'examen effectué par les experts précités le 6 février 2003 (notamment les rapports médicaux établis la Dresse D. \_\_\_\_\_; la documentation médicale provenant du Service de psychogériatrie de la polyclinique S. \_\_\_\_\_ où la recourante a été soumise à des investigations neuropsychologiques et a été suivie par un psychologue [cf. à ce sujet pces 27 p. 2 et 7 ou il est indiqué que Mme T. \_\_\_\_\_, psychologue, a suivi l'assurée] et du Centre V. \_\_\_\_\_ où l'assurée a été traitée pour hypothyroïdie [cf. pce 27 p. 7 n° 1.8 et 16]), que les experts eux-mêmes ont émis des réserves vu l'absence de documentation médicale et que par ailleurs l'expertise du 21 mars 2003 n'a pas pris en compte l'aspect somatique, dont notamment les problèmes endocriniens de la recourante (pce 27 p. 16 n° 4), le Tribunal de céans estime toutefois que des investigations complémentaires sont nécessaires pour s'assurer rétrospectivement que les conclusions de l'expertise du 21 mars 2003 étaient justifiées respectivement qu'aucun élément significatif ne remet en cause l'appréciation des experts que ce soit à l'avantage de la recourante ou en sa défaveur.

#### **E. 9.2.3.2**

Il sied ensuite de relever que les Drs O. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, dans le rapport d'expertise du 16 février 2007, se limitent à indiquer que, au moment où ils ont examiné la recourante, les troubles psychiques ayant conduit au constat d'invalidité partielle sont largement résorbés. Ils n'indiquent toutefois pas à partir de quel moment l'amélioration de l'état de santé est intervenue. La documentation médicale versée au dossier ne permet pas de combler cette lacune. On note en particulier que, contrairement à ce que le Dr F. \_\_\_\_\_ et la psychologue G. \_\_\_\_\_ avaient conseillé (pce 31 p. 19 n° 6), aucune nouvelle appréciation de la capacité de travail de la recourante n'a été effectuée 3 à 4 mois après l'expertise du 21 mars 2003. Outre l'expertise du COMAI datée du 16 février 2007, le seul document médical postérieur à cette période et portant sur l'état psychique de la recourante provient du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis mars 2004. Dans son rapport du 2 mai 1997 [recte: 2007] (pces 92-93), celui-ci signale qu'il a soumis la recourante à un traitement médicamenteux suite à un état anxio-dépressif (état stabilisé). Il n'indique toutefois pas à partir de quel moment précis l'état de santé de l'assurée s'est stabilisé sur le plan psychique.

#### **E. 9.2.3.3**

Il appert ainsi que la documentation médicale versée au dossier n'est pas suffisante pour juger valablement de la capacité de travail de la recourante dans la période allant de mars 2003 à novembre 2006, étant précisé que, en l'état du dossier, l'expertise du 21 mars 2003

donne des indices quant à une incapacité de travail de l'assurée de 50% pour le moins à partir de mars jusqu'à juillet 2003 (cf. supra consid. 9.2.4.1). Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). En l'occurrence, l'administration a certes demandé à plusieurs reprises des informations médicales auprès de la recourante et de son médecin traitant (cf. supra consid. B). Étant donné que l'assurée n'a jamais reçu une mise en demeure au sens de l'article précité, l'autorité inférieure ne pouvait toutefois pas se prononcer sur la base d'un dossier incomplet. Il convient donc de compléter les actes de la cause et de statuer à nouveau sur la capacité de travail de la recourante dans la période courant de mars 2003 à novembre 2006.

#### **E. 9.2.3.4**

En ce qui concerne l'état de santé de la recourante à partir du 30 novembre 2006, il semble certes sur la base de l'expertise du COMAI que, dès cette date, l'assurée est en mesure d'accomplir à plein temps la profession exercée jusqu'à son atteinte à la santé. On note que, selon la jurisprudence, une autorité judiciaire statuant avant le Tribunal fédéral doit autant que possible éviter de se prononcer matériellement sur une période ultérieure du droit à la rente contesté (en l'espèce à partir du 30 novembre 2006) lorsqu'elle renvoie la cause à l'administration pour des investigations complémentaires portant sur la période initiale (in casu de mars 2003 à fin novembre 2006). Si elle choisit quant même un tel procédé, elle ne pourra pas rendre une décision partielle mais uniquement une décision incidente (ATF 135 V 148 consid. 5). Cette jurisprudence se fonde notamment sur l'idée que l'examen du droit à des prestations dans une période initiale peut éventuellement mettre à jour des éléments nouveaux qui remettraient en question le jugement portant sur la période ultérieure. En l'occurrence, il n'y a donc pas lieu de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée à partir du 30 novembre 2006, d'autant plus qu'il s'est écoulé plus d'une année et demie entre l'examen de la recourante par les experts du COMAI et le prononcé de la décision attaquée.

#### **E. 9.2.4.1**

Au vu de ce qui précède, il se justifie, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire. L'autorité inférieure veillera à effectuer toutes les démarches nécessaires permettant de juger valablement de la capacité de travail de la recourante à partir de mars 2003 en recueillant, voire éventuellement en faisant établir, toute la documentation médicale utile à cet effet, notamment celle provenant: de la Dresse D.\_\_\_\_\_; du Dr J.\_\_\_\_\_. (on note notamment que ce médecin, dans son rapport du 5 mai 1997 [recte: 2007], indique qu'il a traité la recourante pour des troubles psychiques et que ceux-ci sont stabilisés); du Service de psychogériatrie de la policlinique S.\_\_\_\_\_. où la recourante a été soumise à des investigations neuropsychologiques et a été suivie par un psychologue (cf. à ce sujet pces 27 p. 2 et 7 ou il est indiqué que Mme T.\_\_\_\_\_, psychologue, a suivi l'assurée); du Centre V.\_\_\_\_\_. où l'assurée a été traitée pour hypothyroïdie (cf. pce 27 p. 7 n° 1.8 et 16). L'administration complétera également les actes de la cause avec le dossier complet de la (...). Elle prendra ensuite toute mesure utile permettant d'apprécier valablement, sur la base de cette nouvelle documentation médicale,

la capacité de travail de la recourante et prononcera une nouvelle décision.

#### **E. 9.2.4.2**

Par ailleurs, l'autorité inférieure se prononcera également sur les conséquences de l'âge avancé de la recourante sur sa capacité de travail (2009: 62 ans). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce facteur, en corrélation avec d'autres circonstances personnelles et professionnelles peut conduire à ce que l'on ne puisse plus exiger d'un assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008 consid. 3.5 et supra consid. 6.1).

#### **E. 10**

La recourante ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

#### **E. 11**

La recourante ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). (dispositif à la page suivante)

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