

BVGer C-6297/2011 vom 12. März 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6297_2011

FR: TAF C-6297/2011 du 12 mars 2013

IT: TAF C-6297/2011 del 12 marzo 2013

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

E. 1.2

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2.1

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que 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. 2.2

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. 2.3

Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zürich 1998 n. 677).

E. 4

La recourante, de nationalité portugaise, est domiciliée dans un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

E. 5

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Eu égard à la demande de prestations AI déposée par A. _____ le 19 décembre 2008 (pce 54), les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 6.1

La recourante a présenté une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 19 décembre 2008 en raison de multiples douleurs au niveau des cervicales et des membres inférieurs et supérieurs, une précédente demande ayant été écartée par décision de non entrée en matière du 26 septembre 2006 (pce 40), faisant à suite à une décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité (pce 27) pour une période limitée du 1er janvier au 31 mars 2003 en raison d'une ostéotomie par varisation de la hanche gauche pour dysplasie en février 2002 avec retrait du matériel d'ostéosynthèse en janvier 2003 (cf. supra let. B et C).

E. 6.2

En application de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière, étant donné qu'en l'espèce, ce point n'est pas litigieux, l'administration ayant procédé à un examen au fond en entrant en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05).

E. 7

Selon les dispositions topiques, 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 trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Or, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 8.1

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. Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 8.2

Aux termes de 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale).

E. 8.3

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 19 juin 2009 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 17 octobre 2011, 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. 9.1

L'art. 69 RAI prévoit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA et ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (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).

E. 9.2

Quant aux rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, ils ne sont pas non plus des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Pour autant, leur valeur probatoire est comparable à celle des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_104/2010 du 27 juillet 2010 consid. 3.2.1 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées [passage non publié in ATF 135 V 254]). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas.

E. 9.3

Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 9.4

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 les références citées).

E. 10.1

La fibromyalgie entre dans la catégorie des affections psychiques qui nécessite en principe une expertise psychiatrique pour déterminer son incidence sur la capacité de travail de la personne atteinte quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le Tribunal fédéral a établi que la fibromyalgie n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail de la personne malade pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi suisse. En effet, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Il existe une présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées).

E. 10.2

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, il faut retenir au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à

la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4).

E. 11.1

En l'occurrence, il est établi que A._____ souffre au moment de la décision entreprise principalement de cervicalgies dans le cadre d'une hernie discale C6-C7 et d'une petite hernie discale C5-C6 droite, d'un syndrome d'Arnold et d'un syndrome de Raynaud avec acrocyanose des extrémités (pce 48, pp. 8 et 9; pces 51, 63, 64, 76 et 81). Dans le cadre d'un status après de multiples interventions chirurgicales en raison d'une dysplasie de la hanche gauche, d'une mastectomie avec reconstruction mammaire, d'un syndrome bilatéral du tunnel carpien et du cubital du coude gauche, plusieurs médecins font état chez l'assurée d'un syndrome complexe de douleurs chroniques ou de signes nets de fibromyalgie (cf. l'expertise du Dr J._____ du 11 août 2009, le rapport médical du 13 octobre 2009 du Dr K._____, le rapport médical du 23 octobre 2009 du Dr L._____ et le rapport médical du 3 novembre 2009 du Dr G._____; [pces 76, pp. 1 à 4 et 8 à 13]).

E. 11.2

Du point de vue psychique, il n'est pas versé en cause de documents permettant de mettre en avant un quelconque trouble psychiatrique ou des symptômes dépressifs. Certes, le Dr G._____, rhumatologue, mentionne dans un rapport médical du 23 octobre 2009 un terrain anxio-dépressif chez l'assurée (pce 76, pp. 2 et 3) et le Dr J._____, neurochirurgien, suspecte dans son expertise du 11 août 2009 que l'assurée, sous antidépresseurs, présente des symptômes somatiques pour des raisons psychiques, requérant pour le surplus qu'une expertise spécialisée soit effectuée (pce 76, pp. 8 à 13). Toutefois, il ressort de l'expertise psychiatrique SMR du 19 avril 2010 que l'assurée, si elle est prise en traitement antidépresseur et anxiolytique, ne présente aucuns antécédents de problèmes psychiques ou dépressifs et déclare n'avoir jamais été suivie par un psychiatre. L'expert psychiatre constate que l'intéressée ne présente pas d'isolement social et ne montre aucuns signes de troubles psychiques ou dépressifs lors de l'examen (pce 88, pp. 6 et 8). Ainsi, l'expertise psychiatrique excluant toute maladie psychique ou symptômes dépressifs, la fibromyalgie n'est pas reconnue comme invalidante par les médecins SMR qui écartent une comorbidité. Aucuns éléments au dossier ne venant contredire cette appréciation, il n'y a pas de raisons de remettre en cause cette conclusion, les rapports médicaux des Drs G._____ et J._____ provenant de plus de médecins non psychiatres.

E. 11.3

En procédure de recours, A._____ invoque bien souffrir nouvellement de dépression, se basant sur un bref certificat médical du 16 novembre 2011 du Dr F._____, médecin généraliste, qui déclare l'assurée en arrêt de travail à 100% pour dépression (TAF pce 1, PJ 20). Cependant, le Tribunal remarque que ce certificat, postérieur à la décision entreprise, n'est pas assez précis et ne sert pas à la constatation rétrospective de la situation antérieure à ladite décision pour être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (ATF 130 V 138 consid.2.1 et réf. cit.). En effet, les faits qui se sont produits postérieurement à une décision et qui ont une influence sur l'état de santé de l'assuré doivent normalement ouvrir

une nouvelle procédure d'examen d'un éventuel droit aux prestations (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b).

E. 12.1

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, de nombreux certificats et rapports médicaux de médecins traitants sont versés en cause, tendant vers une incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle depuis le 18 août 2008 (cf. les arrêts de travail des Drs L._____ et F._____ [pces 48, 81, 84, 95, 102 à 104, 108 et 110]). Pour la plupart imprécis sur la durée de l'incapacité de travail, les médecins ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail de A._____ ou restent indécis quant au pronostic et à une éventuelle reprise professionnelle (pces 51, 63, 64, 76 et pp. 1 à 3; pce 81). Le Dr J._____, neurochirurgien, dans une expertise requise par l'assureur perte de gain maladie, estime même que d'un point de vue médico-théorique l'intéressée devrait pouvoir travailler au moins à 50% dans son activité habituelle et probablement à 100% dans une activité adaptée (pce 76, pp. 8 à 13). Il ressort finalement de l'expertise SMR bidisciplinaire du 31 mars 2010, qu'en raison de cervicalgies sur hernie discale C6-C7 gauche (allant en s'aggravant selon les résultats radiographiques du 10 octobre 2009 [pce 76, p. 15]), d'une petite hernie discale en C5-C6 et d'un syndrome de Raynaud, A._____ est totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'ouvrière dans l'horlogerie et toutes activités nécessitant une position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, le port de charges de plus de 12 kg ou le soulèvement de poids de plus de 5 kg; l'état de santé de l'assurée ne lui permet pas d'effectuer des mouvements répétés ou de tenir une position prolongée de flexion-extension de la nuque, ainsi que d'effectuer des rotations rapides de la tête et pour finir d'être exposée aux vibrations ou aux atmosphères froides. En effet, les médecins relèvent à l'examen clinique des limitations à l'accroupissement, une diminution de force de préhension des deux mains, ainsi qu'une acrocyanose des extrémités (pce 88). Toutefois, les experts estiment que l'assurée est apte à travailler à temps plein dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire depuis le 18 août 2008, mise à part des périodes transitoires d'incapacité de travail de 3 mois en rapport avec la cure chirurgicale du tunnel carpien gauche et la neurolyse au coude du nerf cubital gauche (p. 9 de l'expertise SMR précitée).

E. 12.2

Dès lors, le Tribunal constate que, si une incapacité de travail entière est reconnue par les médecins SMR à l'assurée dans son activité habituelle (cf. les rapports SMR des 28 juin 2010, 18 mai et 1er juin 2011; [pces 87, 113 et 116]), la question de la capacité résiduelle de travail de A._____ reste litigieuse dans le cas d'espèce. En effet, l'autorité inférieure rejette la demande de prestations AI de l'assurée, se basant principalement sur l'expertise SMR bidisciplinaire du 31 mars 2010 susmentionnée (pce 88) et sur un rapport SMR de la Dresse P._____ du 28 juin 2010 (pce 87), dont il ressort que A._____ a conservé depuis le 18 août 2008 une capacité entière de travail dans des activités adaptées, celle-ci étant à traduire en terme de métier par un spécialiste en réadaptation. Quant à la recourante, elle fait valoir qu'elle ne présente pas une capacité résiduelle de travail entière, se prévalant des conclusions des experts en réadaptation qui ont relevé, dans le cadre d'un stage de réorientation effectué en mars/avril 2011, que sur le plan physique ses capacités ne sont pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, eu égard au fait qu'elle ne peut maintenir un rythme exploitable et faire face à une activité continue. A._____ argue dans son mémoire de recours (TAF pce 1) que son rendement moyen dans les travaux

sériels en position assise avec possibilité d'alterner les positions ayant été estimé à 40% sur un quart de journée, elle ne présente plus qu'une capacité de travail résiduelle très réduite. Reprochant aux médecins SMR d'avoir écarté sans aucune justification les conclusions des spécialistes en réadaptation, elle estime que l'autorité inférieure a insuffisamment instruit sa demande et requiert qu'une nouvelle expertise bidisciplinaire soit effectuée, ou qu'une rente entière d'invalidité lui soit reconnue sur la base d'une diminution de rendement de 80% dans des activités adaptées. De son côté, l'autorité inférieure estime que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables ne pouvant être mises en doute par les conclusions des organes d'observation professionnelle, se basant uniquement sur des éléments de plaintes de l'assurée, et qu'ainsi, il n'existe aucun motif de mettre en oeuvre une instruction complémentaire, se basant sur un rapport SMR du 9 décembre 2011 (TAF pce 3).

E. 13.1

Au vu de ce qui précède, le Tribunal souligne que, d'un point de vue purement médical, les certificats des médecins traitants, s'ils contribuent à l'établissement des diagnostics susmentionnés (cf. supra consid. 11.1), ne permettent pas de déterminer clairement la capacité résiduelle de travail de l'assurée (cf. supra consid. 12.1). Seule l'expertise SMR conduite par les Drs N._____ et O._____ prend réellement position sur ce point. Le Tribunal remarque à cet égard que l'expertise présente entière valeur probante et n'est pas remise en cause par les certificats médicaux produits par la recourante. En effet, reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail entière dans son activité habituelle, les experts décrivent des limitations fonctionnelles tout à fait compatibles avec les constatations des différents médecins consultés au cours de la procédure (cf. notamment les rapports des Drs H._____ et J._____ (pces 81 et 76). Ladite expertise, claire et cohérente, est complète et remplit pour le surplus les conditions jurisprudentielles (cf. consid. 9.2 et 9.3). Dès lors, eu égard au fait que l'assurée n'amène pas de documents contraires, elle ne saurait être écartée, eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui prévoit que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

E. 13.2

Toutefois, les experts et le SMR ne se prononcent pas concrètement sur les métiers encore exigibles de la recourante, estimant que ceux-ci sont à déterminer par un spécialiste en réadaptation (pces 87, 88 et 96). Or, il ressort du rapport du COPAI du 18 mai 2011, que l'assurée, suite à un stage d'orientation, n'est pas réadaptable et ne peut être réinsérée dans le circuit économique ordinaire (pce 111). Premièrement, on retient de ce rapport d'observation professionnelle que l'assurée a dû rapidement réduire son taux d'activité à 50% en raison de son état de santé et a manqué 5 jours en tout sur les 19 jours de travail prévus suite aux travaux qu'elle a eu à effectuer (pp. 2 et 7). Les experts, s'ils constatent à plusieurs reprises que l'assurée est démonstrative et plaintive, ainsi que centrée sur ses douleurs (pp. 7 et 11 s.), ne relèvent toutefois pas d'opposition ou de manque de motivation; au contraire, ils décrivent l'intéressée comme ponctuelle, collaborante, attentive, intéressée à la théorie, etc. (pp. 11 et 13). Au final, les experts en réadaptation concluent que A._____ est inapte au travail de manière définitive en raison de limitations physiques (rendement de 40% constaté sur un quart de journée en position optimale selon ses

limitations fonctionnelles), en raison de manque de capacité d'intégration sociale (attitude plaintive et centrée sur ses douleurs) et pour finir, en raison de son inaptitude à maintenir une activité de manière continue. En outre, les experts estiment qu'en raison de son niveau linguistique, bureautique et scolaire (difficultés à l'écriture en français et en portugais), seule une activité manuelle serait envisageable (p. 14). Par ailleurs, cette appréciation est partagée par le médecin conseil du COPAI, le Dr Q._____ (cf. le rapport du 11 mai 2011; pce 111, p. 15), qui atteste que, si elle présente théoriquement une capacité de travail pour des activités manuelles légères, non répétitives et simples, l'assurée n'arrive pas à faire face à une activité continue et ainsi ne peut pas offrir la rentabilité nécessaire dans le monde professionnel.

E. 13.3

A cet égard, le médecin SMR de permanence, dans deux brefs avis des 18 mai et 1er juin 2011, estime que les éléments ressortant du rapport du COPAI ou du certificat du Dr Q._____ - lequel ne fait mention que d'éléments de plainte de la part de l'assurée - ne permettent pas de modifier le taux d'exigibilité de 100% retenu pour l'assurée dans une activité adaptée. Dans le premier avis, le médecin souligne qu'une éventuelle baisse de rendement pourrait être prise en compte, mais ne saurait toutefois être de 100% (pce 113), puis moins d'un mois après il déclare qu'une baisse de rendement ne peut pas être justifiée eu égard à l'expertise SMR du 19 avril 2010 et celle du Dr J._____ du 11 août 2009 versées en cause (pce 116).

E. 14.1

Ainsi, si les limitations fonctionnelles dues à l'état de santé physique de la recourante et son incapacité de travail entière dans son activité habituelle sont reconnues et font l'unanimité, force est de constater une discordance importante entre l'appréciation des experts SMR et des spécialistes en réadaptation concernant la capacité de travail résiduelle de A._____ dans une activité adaptée. Dès lors, il convient d'examiner la pertinence et la valeur de chacun au regard des lignes directrices posée par la jurisprudence et de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

E. 14.2

Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. l'arrêt du TF I 133/07- I 145/07 du 21 janvier 2008; arrêt du TF I 737/04 du 22 août 2005; arrêt du TF I 540/03 du 10 novembre 2004, consid. 4.1; ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) - de confronter les deux appréciations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (cf. Plädoyer 2004/3 p. 64 consid. 4.3 et les références, I 35/03). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison

d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

E. 14.3

Pour déterminer l'étendue de la capacité résiduelle de travail de la recourante, l'autorité inférieure s'est appuyée uniquement sur l'expertise SMR du 19 avril 2010, puis sur deux avis SMR (cf. consid. 13.3.), provenant du même médecin de permanence, rejetant en bloc les conclusions du COPAI et de son médecin conseil, toutefois sans fournir aucune justification à cet égard, à l'exception du fait que le Dr Q._____ ne se base que sur des éléments de plainte de l'assurée. Par ailleurs, le médecin SMR de permanence se contredit quant à la reconnaissance d'une éventuelle diminution de rendement de l'assurée dans des activités adaptées. Or, en l'espèce, le Tribunal remarque que, malgré la valeur probante que l'on peut reconnaître à l'expertise SMR effectuée le 31 mars 2010, le rapport COPAI intervient plus d'une année après l'examen SMR et conclut à une diminution de rendement importante (60% de diminution sur un quart de journée) dans des activités manuelles simples et répétitives, qui combinées aux autres limitations au niveau de la capacité d'intégration sociale, d'apprentissage et d'adaptation, rend l'assurée définitivement inapte au travail sur un marché équilibré. Ce rapport est complet et bien que prenant en compte les plaintes de l'assurée, fait état de limitations physiques objectives au niveau de la résistance, de la force, ainsi que des points d'appuis fonctionnels en position debout et assise (pce 111, pp. 6 et 7). Certes, le COPAI mentionne en plus des facteurs d'incapacité de travail qui ne sont pas directement liés aux capacités physiques de l'assurée: ainsi, a-t-il tenu compte des capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assurée, de même que de ses capacités d'intégration sociale, notant que les capacités résiduelles de cette dernière ne sont pas compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, également en raison de son niveau scolaire et linguistique limité. Toutefois, les limitations physiques décrites, rejoignant les limitations fonctionnelles citées par les experts SMR, constituent en elles-mêmes une diminution de rendement limitant la capacité résiduelle de travail de l'assurée (pce 111, p. 14).

E. 14.4

En conséquence, et contrairement à ce que soutient le SMR et l'OAIE, on ne saurait considérer que les facteurs personnels constituent, dans l'appréciation du COPAI, des éléments prédominants par rapport aux autres causes directement liées aux capacités physiques de l'intéressée et que ces dernières causes sont négligeables en soi. Dans ces circonstances, l'appréciation de l'autorité inférieure, qui l'a conduite à écarter les conclusions des responsables de l'observation professionnelle, car ils auraient pris en considération essentiellement des plaintes subjectives de l'assurée, n'est pas soutenable. De même, n'est pas soutenable l'argument selon lequel les constatations médicales objectives fondant les conclusions SMR n'auraient pas permis de mettre en évidence une justification

médicale des observations du COPAI, dans la mesure où l'expert rhumatologique a relevé des limitations fonctionnelles semblables à celles notées par les responsables de l'observation professionnelle, voire même plus étendues (cf. pce 111, p. 6 et pce 88, pp. 5, 7 s.). Il s'avère dès lors que les informations recueillies à l'occasion du stage d'observation, loin d'être subjectives, complètent utilement les données médicales fournies par les médecins du SMR et qu'on ne saurait en faire abstraction. Au vu de la jurisprudence du TF (cf. consid. 14.2), il y a lieu de confronter les deux évaluations contradictoires conformément au principe de la libre appréciation des preuves et non d'écarter systématiquement les conclusions du COPAI. Dès lors, il appartenait aux médecins SMR et à l'autorité inférieure, de confronter l'avis postérieur du COPAI aux constatations des experts SMR; le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI-GE ayant par ailleurs lui-même requis une observation professionnelle afin de déterminer concrètement quelles activités correspondent à ses limitations, ainsi que les rendements attendus (cf. le rapport de réadaptation professionnelle; pce 96, p.4).

E. 14.5

Ainsi, au vu de ce qui précède et des éléments contradictoires indéniables entre les conclusions du COPAI et les avis et observations des médecins du SMR, l'autorité de céans estime que les éléments médicaux requis par l'administration ou produits par la recourante ne permettent pas d'établir s'il existe une capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée, respectivement s'il existe une diminution de rendement, et, dans l'affirmative, quelle est cette capacité.

E. 15

Le Tribunal de céans est dès lors d'avis que, s'il est établi que la recourante n'est plus apte à poursuivre son activité habituelle ou allant à l'encontre de ses limitations fonctionnelles, ce dès le 18 août 2008, il n'est pas possible de parvenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, à une conclusion quant à une éventuelle capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée eu égard aux divergences d'appréciation entre les experts en réadaptation et les médecins SMR. Force est donc au Tribunal d'annuler la décision entreprise et d'admettre partiellement le recours du 17 novembre 2011 interjeté par A._____ en renvoyant la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). D'un point de vue psychiatrique, des informations supplémentaires seront tout d'abord requises auprès des médecins traitants de l'assurée concernant le diagnostic de dépression posé laconiquement par le Dr F._____. L'autorité inférieure devra ensuite soumettre le dossier actualisé aux experts SMR les Drs N._____ et O._____, afin qu'ils discutent plus particulièrement les conclusions du rapport du COPAI du 18 mai 2011 et l'avis médical du 11 mai 2011 du Dr Q._____, médecin consultant du COPAI (pce 111), et se prononcent sur l'existence d'une diminution de rendement et désignent, s'ils constatent une capacité de travail résiduelle, le genre d'activité concrète encore exigible de la part de la recourante. Vu l'issue du litige, les autres conclusions du recours sont sans objet.

E. 16

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2.). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée par A. _____ lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 4 et 5). La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 2'800.-- en raison de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle a nécessité et du temps que l'avocat y a consacré (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2). La demande d'assistance judiciaire gratuite déposée dans le cadre du recours est sans objet.

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