

BVGer C-6416/2010 vom 23. Februar 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6416_2010

FR: TAF C-6416/2010 du 23 février 2012

IT: TAF C-6416/2010 del 23 febbraio 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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 de l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral 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. 1.2

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. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne de protection 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 la recourante s'étant dûment acquittée de l'avance de frais demandée, le recours est recevable.

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et

apprécie les preuves d'office et librement (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. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

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.

E. 3.2

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. 3.3

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. 3.4

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 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 4.1

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; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). Les dispositions de la 5e révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. 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. 5.1

La recourante a présenté une seconde demande de rente d'invalidité le 12 mars 2009, une précédente demande de prestations ayant été rejetée par décision du 11 avril 2003, au motif que celle-ci ne présentait alors qu'une incapacité dans son ménage de 15%, taux insuffisant pour fonder le droit à une rente d'invalidité.

E. 5.2

En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), 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. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

E. 5.3

Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 5.4

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a

refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration - comme en l'espèce - est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05).

E. 6

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - compter trois années de cotisation (art. 36 LAI), dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AI pendant plus de trois années au total (cf. let. A) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 7.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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'art. 4 al. 2 LAI 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. Par incapacité de travail, l'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 al. 1 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 7.2

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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 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. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 7.3

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que 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 (art. 28 al. 1 let. a LAI); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

E. 7.4

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 (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal de céans peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 12 septembre 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 28 juin 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 8.1

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non 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 et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 peu 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. 8.2

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. 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.

E. 9.2

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

(ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 9.3

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss).

E. 10.1

En l'espèce, il est admis que la recourante souffre de spondylarthrose, de radiculopathie L5 et C7 bilatérale, de lombosciatalgies persistantes de type mécanique, dans un contexte de troubles dégénératifs étagés et protusion discale L1-L2 et L4-L5, de scoliose lombaire sinistro-convexe, de hernie discale foraminale L4-L5, d'altérations dégénératives discales L3-L4 et L4-L5 avec prolapsus asymétrique gauche en L4-L5, de polyalgies diffuses et mal structurées, ainsi que de dépression réactionnelle (OAIE pces 30 à 35, 37, 43 et 49). Par ailleurs, les Drs L._____ et N._____ font état chez l'assurée d'une fibromyalgie, diagnostic ressortant également du formulaire E 213 du 22 avril 2009. Plus particulièrement, le Dr L._____ relève 18/18 points de fibromyalgie lors de l'examen clinique (OAIE pce 35). Le Dr M._____, médecin de l'OAIE, n'en fait quant à lui aucune mention, bien qu'il se réfère au formulaire E 213, et la Dresse S._____, également médecin OAIE, se contente de signaler dans une appréciation du cas que "les différents documents au dossier évoquent une fibromyalgie associée à un état anxio-dépressif. Celui-ci est décrit comme réactionnel aux circonstances de la vie, et ne comporte pas de critère de gravité pouvant justifier une incapacité de travail", sans pour autant poser de diagnostic précis.

E. 10.2

S'agissant de la gravité des troubles psychiques de la recourante, les différents diagnostics ne se recourent pas entièrement. En effet, la Dresse K._____ dans son certificat médical du 20 juillet 2009 évoque un trouble dépressif et adaptatif nécessitant un suivi thérapeutique et médicamenteux depuis 2006, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressée (OAIE pce 34). Par ailleurs, il ressort du rapport E 213 du 22 avril 2009, ainsi que des prises de position des Drs M._____ et S._____, que la recourante souffre d'un trouble adaptatif mixte toutefois non invalidant car n'atteignant pas un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail (OAIE pces 33, 37, 43 et 49). D'un autre

côté, le Dr L. _____, rhumatologue espagnol, déclare l'assurée incapable de travailler, sans toutefois mentionner de troubles psychiques. Pour finir, le Dr N. _____ dans deux certificats quasiment identiques des 19 mai 2010 et 25 février 2011 estime que la combinaison des problèmes de santé de la recourante l'empêche d'exercer aucune activité professionnelle; il constate notamment chez celle-ci un trouble d'adaptation mixte anxieux et dépressif, ainsi qu'un trouble de la personnalité.

E. 10.3

Force est ainsi au Tribunal de constater qu'il existe entre les médecins consultés des divergences importantes concernant le diagnostic même de fibromyalgie et son caractère invalidant, ainsi que sur l'étendue des troubles dépressifs de la recourante.

E. 11.1

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux, auxquels la fibromyalgie est assimilée (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et ses références), peuvent conduire à une incapacité de travail dans certaines circonstances exceptionnelles, au premier plan desquelles figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (cf. ATF 130 V 352). Toutefois, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit d'évaluer l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Il en va de même pour la fibromyalgie - comme de tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 137 V 54 consid. 4-5 et références citées) - quand bien même ce diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3). De surcroît un tel diagnostic doit s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnue (cf. ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6).

E. 11.2

La jurisprudence prescrit que, bien que la fibromyalgie soit à la base un diagnostic rhumatologique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_285/2009 du 16 mars 2010, consid. 2.4), il y a lieu de considérer, en suivant l'opinion dominante, que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Le Tribunal fédéral estime pour cette raison qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît être en principe la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut cependant réserver les cas où le médecin rhumatologue s'étant prononcé sur les affections somatiques est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (8C_821/2009 du 22 mars 2010 consid. 4.2 ATF 132 V 65 consid. 4.3 arrêt du Tribunal fédéral I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

E. 11.3

En l'espèce, aucune expertise psychiatrique ou rhumatologique ne figure au dossier. À l'exception d'un certificat médical succinct (OAIE pce 34) de la Dresse K. _____, médecin à la clinique psychiatrique du complexe hospitalier de X. _____, aucun autre

spécialiste en psychiatrie n'a pris position sur la nature et la gravité des troubles psychiques de la recourante. De plus, la praticienne se contente de diagnostiquer chez A._____ un trouble adaptatif dépressif uniquement sur la base de ses déclarations, au terme d'une seule consultation et sans se prononcer sur la gravité de ses troubles psychiques; le Tribunal de céans ne saurait ainsi lui attribuer de valeur probante suffisante et a fortiori ne saurait considérer les exigences jurisprudentielles susmentionnées comme remplies en l'espèce.

E. 11.4

D'autre part, le certificat médical du Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, bien que faisant état de 18/18 points douloureux pour étayer son diagnostic de fibromyalgie, ne saurait non plus présenter une valeur probante suffisante eu égard à la jurisprudence précitée. En effet, le spécialiste ne fait aucune mention des troubles psychiques de la recourante, élément pourtant déterminant dans l'appréciation des répercussions de la fibromyalgie sur sa capacité de travail. De plus, dans un bref certificat médical, il se contente de poser les différents diagnostics rhumatologiques et de déclarer l'intéressée totalement incapable de travailler, sans pour autant décrire de limitations fonctionnelles ou étayer de manière objective son appréciation. Son avis est corroboré par le Dr N._____ dans deux certificats médicaux des 19 mai 2010 et 25 juin 2010 (OAIE pce 43 et TAF pce 10, PJ 3) qui bien que se recoupant presque entièrement n'est pas dépourvu de toute valeur probante (anamnèse, antécédents, appréciation de la capacité de travail, etc.). Toutefois, bien que ce dernier médecin se présente comme un expert, il ne ressort pas du dossier qu'il soit spécialiste en rhumatologie ou psychiatrie. De plus, le Tribunal rappelle que selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). Il sied, en outre, de reconnaître une valeur probante plus grande à une expertise mise en oeuvre par un tribunal ou un assureur-invalidité qu'à une expertise privée (ATF 125 V 151).

E. 11.5

Par ailleurs, les Drs L._____ et N._____ sont contredits par le formulaire E 213 du 22 avril 2009, établi par la Dresse J._____, qui estime, après examen de la recourante, que son trouble psychique ne présente pas une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Elle ne retient aucune limitation fonctionnelle découlant des problèmes de rachis de l'intéressée et la déclare totalement capable de travailler dans toute activité (OAIE pce 33).

E. 11.6

Finalement, il sied de souligner que les avis des médecins de l'OAIE consultés, divergent quant à la capacité de travail résiduelle de A._____. En effet, la Dresse S._____ établit une incapacité de travail de 50% de la recourante en tant que femme de ménage, et une capacité entière dans des activités de substitution plus légères, sans port de charge, sans station debout prolongée et sans mouvements répétés du rachis (OAIE pce 49). Alors que le Dr M._____, se basant notamment sur le formulaire E 213, ne retient aucune incapacité de travail (OAIE pce 37).

E. 12

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse du 25 juin 2010 annulée. S'agissant d'élucider une question nécessaire non réglée (cf. ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), la cause peut être renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision (art. 61 PA), afin qu'elle mette en oeuvre une expertise pluridisciplinaire intégrant l'avis d'un rhumatologue et d'un psychiatre. Dans ce cadre, les experts se prononceront notamment sur l'existence chez la recourante d'une fibromyalgie et de son caractère invalidant, sur les limitations fonctionnelles engendrées par ses problèmes de rachis, ainsi que sur la nature et la gravité de ses troubles psychiques avant de rendre une nouvelle décision.

E. 13.1

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). Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 13.2

Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce, la recourante n'ayant pas établi avoir dû supporter de tels frais, il ne lui est pas attribué de dépens.

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