

# **BVGer C-658/2015 vom 13. März 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-658\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-658_2015)

FR: TAF C-658/2015 du 13 mars 2018

IT: TAF C-658/2015 del 13 marzo 2018

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Complexe "atteinte à la santé"

#### **E. 1.1.1**

Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

#### **E. 1.1.2**

Succès du traitement ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.3**

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

#### **E. 1.1.4**

Comorbidités

### **E. 1.2**

Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

### **E. 1.3**

Complexe "contexte social" 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

### **E. 2.1**

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

### **E. 2.2**

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a encore précisé que les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel (ci-dessus, catégorie 1) formaient le socle de base pour l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Les conséquences tirées de cet examen doivent ensuite être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (ci-dessus, catégorie 2). Le Tribunal fédéral a également expliqué que ce catalogue d'indicateurs devait être appliqué en fonction des circonstances de chaque cas individuel et ne constituait pas une simple "check list". En outre, il ne saurait être considéré comme immuable. Au contraire, il doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1, et 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016, consid. 4). S'agissant enfin du droit intertemporel, le Tribunal fédéral a indiqué que ces indicateurs

étaient également applicables aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence, soit avant le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 consid. 8 et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1).

### **E. 2.3**

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

### **E. 3**

Le Tribunal établit les faits et les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème édit., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; André Moser / Michael Beusch / Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème édit., 2013, n. 1.55). Le Tribunal n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2547/2013 du 21 mars 2016 consid. 4.3).

### **E. 4**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant doit remplir les conditions cumulatives suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois ans au moins (art. 36 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI). En l'occurrence, A. \_\_\_\_\_ a cotisé pendant plus de trois ans aux assurances sociales suisses (ci-dessus, let. A) et son droit théorique à la rente s'est ouvert au plus tôt le 20 février 2014 (soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, le 20 août 2013 [ci-dessus, let. B]).

### **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 art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles. 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). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70 % au moins. Les

rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le territoire de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004). 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. 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 celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond par conséquent 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 137 V 20 consid. 2.2 et ATF 110 V 273 consid. 4b).

## **E. 5.2**

S'agissant en particulier de troubles somatoformes douloureux persistants, le Tribunal fédéral a récemment rendu un arrêt de principe dans lequel il a modifié sa pratique en tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans ainsi que des critiques formulées tant par la doctrine médicale que par la doctrine juridique à l'encontre de la jurisprudence prévalant auparavant (ATF 141 V 281). Il convient ici d'exposer les points centraux de cette nouvelle jurisprudence.

### **E. 5.2.1**

Selon le Tribunal fédéral, le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014, consid. 3.1, et 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1.1). Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10, F 45.40) de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281, consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2).

### **E. 5.2.2**

Une fois que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été posé *lege artis*, conformément aux règles précitées (ci-dessus, consid. 5.2.1), il convient de déterminer si ledit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. C'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2

; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_607/2015 du 3 février 2016, consid. 4.2.2, et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2). En règle générale, il n'existe aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. Toutefois, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et les références citées ; ATF 131 V 49, consid. 1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014 du 29 juin 2015, consid. 4.1, et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015, consid. 4.1.2).

### **E. 5.2.3**

Lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant a été dûment posé (ci-dessus, consid. 5.2.1) et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée (ci-dessus, consid. 5.2.2), il convient encore de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que dorénavant, la capacité de travail exigible des assurés souffrant de trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable devait être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_569/2015 du 17 février 2016, consid. 4.1 et les références citées, et 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016, consid. 6.3 et les références citées). Depuis le prononcé, en date du 30 novembre 2017, de deux arrêts du Tribunal fédéral (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 et 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017), il en va de même pour les assurés souffrant de maladies psychiques. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a décrit les indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques en les répartissant dans les deux catégories suivantes : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

### **E. 6.1**

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'Office de l'assurance-invalidité compétent 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. 6.2**

Dans le cadre d'un recours, 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 citées).

### **E. 6.3**

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas - sauf motifs impératifs - des conclusions d'une expertise médicale mise en oeuvre par une autorité conformément aux règles de procédure dans la mesure où la tâche de l'expert est 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b ; ATF 118 V 220 consid. 1b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.2). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée - même émanant d'un spécialiste - ne suffit cependant 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). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_24/2008 du 27 mai 2008, consid. 2.3.2).

### **E. 6.4**

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (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). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; voir, également, Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, nos 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré

(anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015, consid. 3.1, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009, consid. 7.2, et 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009, consid. 5.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2014 du 16 septembre 2014, consid. 3.2.2 et les références citées).

## **E. 7**

Il convient encore de préciser que le changement de jurisprudence opéré à l'ATF 141 V 281 ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises rhumatologiques et psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016, consid. 6.3, et 9C\_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-543/2014 du 13 juin 2016, consid. 8.4 et les références citées).

## **E. 8**

En l'espèce, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 12 décembre 2014 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande formée par A.\_\_\_\_\_ tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (ci-dessus, let. Q).

### **E. 8.1**

Le Tribunal constate que la décision de l'OAIE est pour l'essentiel basée sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique des Drs H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du 20 mai 2014 (ci-dessus, let. J), sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 13 août 2014 (ci-dessus, let. L) et sur les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ des 21 août et 21 novembre 2014 confirmant les conclusions des deux praticiens précités (ci-dessus, let. M et P).

#### **E. 8.1.1.1**

D'un point de vue somatique, le Dr H.\_\_\_\_\_, constatant le « bon état général » de la recourante, a diagnostiqué chez A.\_\_\_\_\_ des rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'une discopathie L5-S1 modérée sans syndrome radiculaire (M 54) affectant la capacité de travail (pce OAIE 34, pp. 16 et 17). A l'instar du Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que la patiente souffrait d'une fibromyalgie, précisant qu'elle n'affectait toutefois pas la capacité de travail (pce OAIE 34, pp. 16 et 17). En effet, ce spécialiste a constaté « des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie » (pce OAIE 34, p. 17). Il a noté que la recourante marchait lentement mais ne boitait pas, que les réflexes rotuliens étaient normaux malgré le fait qu'elle pleurait, que les épreuves de Lasègue étaient négatives et qu'il y avait de discrets troubles du rachis (pce OAIE 34, p. 17). Par ailleurs, il a souligné que la recourante faisait preuve « d'une certaine démonstrativité, [...] poussant des gémissements au testing du rachis en position debout », développait « une résistance volontaire importante à la mobilisation passive des épaules en élévation et en abduction et pousse des cris à l'élévation et à l'abduction passive des épaules » et faisait preuve d'une « résistance volontaire » lors de la flexion de la hanche gauche qui

est limitée (pce OAIE 34, p. 17). Ainsi, ce spécialiste a retenu une capacité de travail de 80 % dès le 20 août 2012 dans l'activité habituelle, mettant en exergue une limitation fonctionnelle en raison de la discopathie modérée L5-S1, la recourante devant effectuer de fréquents déplacements en voiture, et indiquant « qu'il n'y a[vait] aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure dans cette activité » (pce OAIE 34, p. 18). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 100 %, précisant que dans une telle activité de substitution, il n'y avait jamais eu d'incapacité d'un point de vue rhumatologique, « la fibromyalgie ne s'accompagnant actuellement pas d'une pathologie psychiatrique incapacitante » (pce OAIE 34, p. 20).

#### **E. 8.1.1.2**

S'agissant de la valeur probante de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, le Tribunal constate que le rapport a été rédigé à la suite d'une visite médicale effectuée le 24 mars 2014, que l'expert a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, pp. 10, 11, 13, 14, 17, 18) et qu'il s'est fondé sur des examens cliniques complets. Par ailleurs, le Dr H. \_\_\_\_\_ a eu accès aux rapports médicaux décrivant les résultats des examens radiologiques - un RX du rachis cervical du 26 avril 2012, un RX du rachis dorsal du 26 avril 2012, un RX de la colonne lombaire avec radiographie du bassin du 26 avril 2012, une échographie abdominopelvienne du 28 août 2012, un RX du thorax du 28 août 2012 - ainsi qu'aux résultats des examens de laboratoire effectués le 12 septembre 2012 concernant les anticorps et les 24 septembre 2012 et 8 juillet 2013 concernant la vitamine D (pce OAIE 34, pp. 15 et 16). Certes, le jour de l'examen clinique, la recourante a omis d'apporter les radiographies précédemment mentionnées. Elle les a toutefois transmises par la suite et le Dr H. \_\_\_\_\_, qui, dans un avis médical complémentaire daté du 2 juin 2014, a fait référence au rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ - cité dans le rapport clinique du 24 mars 2014 (p. 8 ; pce OAIE 34, p. 15) -, et a indiqué que, après avoir visualisé et examiné lesdites radiographies (à l'exception des radiographies du thorax et de l'échographie abdominopelvienne que la recourante n'a semble-t-il pas transmises), il n'avait rien à ajouter et aucune modification à apporter (pce OAIE 34, p. 7). Ainsi que le relève la recourante dans son mémoire de recours (p. 9), le Dr H. \_\_\_\_\_ a rédigé son rapport du 20 mai 2014 (pce OAIE 34, pp. 8 ss) sans avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ (ci-dessus, let. D). Ce fait ne saurait toutefois en diminuer la valeur probante. En effet, le Dr H. \_\_\_\_\_ a mené des examens similaires à ceux pratiqués par le Dr G. \_\_\_\_\_. Ces deux praticiens ont tous deux décelé une fibromyalgie et le Dr H. \_\_\_\_\_ a au surplus retenu des rachialgies diffuses, ce que n'a pas fait le Dr G. \_\_\_\_\_. Finalement, la description du contexte médical et l'appréciation, par le Dr H. \_\_\_\_\_, de la situation médicale sont claires et les conclusions auxquelles il parvient sont précises, convaincantes et détaillées (pce OAIE 34, pp. 8 à 18). Il y a donc lieu de conférer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise rhumatologique daté du 20 mai 2014.

#### **E. 8.1.1.3**

Le Tribunal de céans considère qu'en l'occurrence, l'expertise, datée du 20 mai 2014, cosignée par les Drs H. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, permet une appréciation convaincante de la situation, également au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral publiée aux ATF 141 V 281 - et de ses indicateurs standards (ci-dessus, consid. 5.2.3) -, et qu'un complément d'instruction n'est par conséquent pas nécessaire. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en effet posé sans équivoque le diagnostic de fibromyalgie, ayant observé, lors de l'examen clinique du 24

mars 2014, « des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie » (pce OAIE 34, p. 17). S'agissant des traitements suivis, il ressort du rapport d'expertise que A.\_\_\_\_\_ s'est vu prescrire un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs, sans anxiolytique ni neuroleptique (pce OAIE 34, p. 11). Aucun traitement physique (physiothérapie à sec, en piscine, bains chauds à domicile, bains en piscine, sophrologie, acupuncture, ostéopathie) ne l'a durablement soulagée (pce OAIE 34, p. 17). Par ailleurs, l'expertise retient que la fibromyalgie diagnostiquée n'est accompagnée d'aucune comorbidité (pce OAIE 34, p. 19). Sur un autre plan, les experts ont mis en exergue « une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée », précisant qu'il ne s'agissait pas d'un grave trouble de la personnalité, ayant valeur invalidante, et ajoutant que ce trouble de la personnalité n'avait pas empêché l'intéressée de suivre une scolarité normale et d'assumer des responsabilités socioprofessionnelles (pce OAIE 34, p. 19). Ils ont de surcroît noté que la prénommée tenait « un discours cohérent, accéléré, plaintif » sans « objectivisation de symptômes de la lignée psychotique » (pce OAIE 34, p. 15). Quant au contexte social, il y a lieu de relever l'affirmation de la recourante selon laquelle « sa vie sociale avait changé » en raison du fait qu'elle voyait moins souvent ses amis. Rien n'indique toutefois une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Au contraire, A.\_\_\_\_\_ a mentionné avoir conservé plusieurs contacts, qu'elle rencontre régulièrement, et d'autres avec lesquels elle converse au téléphone. Il est à noter que la recourante ne s'était pas présentée seule à l'examen clinique du 24 mars 2014, mais accompagnée d'une amie (pce OAIE 34, pp. 13 et 14). Finalement, revenant sur le comportement de l'assurée, les experts ont insisté sur son attitude plaintive, l'intéressé pleurant continuellement sur son sort, et son positionnement dans un rôle de victime (pce OAIE 34, pp. 14 et 19). Les experts ont ainsi conclu, en résumé, que la fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ni d'un échec de traitement, précision faite que l'assurée ne bénéficie d'aucune prise en charge au plan rhumatologique. Ils ont objectivé une amélioration de l'état de santé de l'assurée et ont considéré que l'assurée était en pleine capacité de travail dès le jour de l'examen clinique du 24 mars 2014.

#### **E. 8.1.1.4**

Aucun document médical produit par la recourante ne vient infirmer le diagnostic auquel a abouti le Dr H.\_\_\_\_\_. En effet, le Dr B.\_\_\_\_\_ a lui aussi retenu d'un point de vue somatique une fibromyalgie (pce OAIE 11, p. 2), tout comme le Dr G.\_\_\_\_\_ (pce OAIE 22, p. 4). A ce propos, la recourante se plaint du fait que le SMR n'aurait pas donné à ses médecins traitants la possibilité de prendre position sur le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique. Cet argument est infondé dans la mesure où la recourante aurait pu produire dans le cadre de son recours une prise de position de ses médecins traitants s'agissant du volet rhumatologique de l'expertise du 20 mai 2014. Or tel n'a pas été le cas. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu que son état de santé ne lui permettait d'exercer aucune activité, que ce soit l'activité habituelle ou une activité de substitution (pce OAIE 11). Force est à l'analyse de son rapport de constater que ce praticien s'est toutefois contenté d'indiquer que la recourante « ne [pouvait] travailler » (p. 3), qu'il n'y avait « aucune activité possible » (p. 4) et qu'il n'y avait « aucune réadaptation possible » (p. 5). Il n'a point exposé les raisons pour lesquelles les pathologies de la recourante impliqueraient une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Il n'y a par ailleurs aucune précision quant à la façon dont le Dr B.\_\_\_\_\_ est parvenu

au diagnostic retenu. Aussi, ce rapport médical a une valeur probante limitée qui, partant, ne saurait remettre en cause le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail tels qu'établis par le Dr H.\_\_\_\_\_. Le fait que le Dr G.\_\_\_\_\_ retienne que la capacité de travail était de 50 % entre le 1er mai et le 31 mai 2013, puis de 100 % dès le 1er juin 2013 n'est pas à même de remettre en cause les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ ayant simplement repris les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail (pce OAIE 22, p. 4). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué que « sur le plan rhumatologique, il n'y [avait] pas de contre-indication médicale à une reprise de travail compte tenu tout à la fois du diagnostic de l'affection de l'assurée et de sa profession qui ne nécessite pas de port de charge importante, ni de position statique prolongée » (pce OAIE 22, p. 4). Retenant qu'il fallait tenir compte de la durée d'arrêt de travail, de l'asthénie, des douleurs et des difficultés thérapeutiques dans l'asthénie, il a par ailleurs noté que les dates et les taux de capacité de travail retenus par le Dr E.\_\_\_\_\_ lui « sembl[ai]ent » être conformes au diagnostic de fibromyalgie retenu. En conséquence, vu qu'aussi bien le Dr H.\_\_\_\_\_ que le Dr G.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de fibromyalgie, que le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré que cette pathologie n'affectait pas la capacité de travail dans une activité adaptée et que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 20 %, que le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de contre-indication à une reprise du travail, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'opinion du Dr H.\_\_\_\_\_ qui retient qu'il n'y a jamais eu d'incapacité dans une activité adaptée et que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 80 % dès le 20 août 2012 (sur ce dernier point, voir pce OAIE 34, p. 20).

#### **E. 8.1.1.5**

Par conséquent, les conclusions auxquelles a abouti le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son expertise rhumatologique, laquelle a valeur probante, ne sauraient être remises en cause par les documents médicaux versés par la recourante durant la procédure et se rapportant au volet rhumatologique.

#### **E. 8.1.2**

D'un point de vue psychiatrique, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a procédé à deux expertises à trois mois d'intervalle.

#### **E. 8.1.2.1**

8.1.2.1.1 Dans son rapport du 20 mai 2014, la prénommée a retenu un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.11), une anxiété généralisée en rémission, diagnostic anamnestique (F 41.1) et une personnalité limite avec des traits dépendants et narcissiques, non décompensée (F 61) (pce OAIE 34, p. 16). La Dresse I.\_\_\_\_\_ a relevé que l'épisode dépressif léger était caractérisé par la présence d'une humeur dépressive d'intensité légère, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, associés à une attitude pessimiste face à l'avenir et à un sentiment de persécution (pce OAIE 34, pp. 18 et 19). Elle a souligné que la recourante présentait une importante labilité émotionnelle, qu'elle pleurait sur son sort, que la thymie était légèrement triste, qu'il n'y avait pas d'angoisse objectivée, qu'elle présentait une attitude très négative face à l'avenir et un sentiment de persécution ainsi qu'une anxiété, notamment en raison de l'incertitude quant à son avenir professionnel et de ses difficultés financières, et que des symptômes en faveur d'un épisode dépressif léger étaient mis en évidence (pce OAIE 34, p. 14). Elle a par contre indiqué ne pas avoir objectivé de symptôme de la lignée psychotique, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic de trouble obsessionnel

compulsif, ni de symptôme en faveur d'un diagnostic de trouble dissociatif (pce OAIE 34, p. 15). La psychiatre a relevé que la recourante présentait « une amplification verbale de toutes ses plaintes, accompagnée d'un sentiment de détresse » et qu'elle n'avait pas de comportement algique (pce OAIE 34, p. 15). Elle a également fait mention de l'existence chez A.\_\_\_\_\_ « d'une fragilité narcissique, [d'une incapacité à] se remettre en question et demander de l'aide » (pce OAIE 34, p. 15), ajoutant que le patiente « se positionn[ait] dans un rôle de victime » niant l'amélioration de son état de santé (pce OAIE 34, p. 19). Enfin, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de « symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » (pce OAIE 34, p. 15). Contrairement au Dr C.\_\_\_\_\_, la psychiatre n'a pas mis en exergue un trouble dépressif récurrent dans la mesure où elle a considéré que les critères cliniques de la CIM-10, soit la répétition d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie, n'étaient en l'espèce pas remplis. En effet, la recourante a développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, qui s'est aggravée en avril 2013, dans le cadre d'un premier épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (pce OAIE 34, p. 18). La Dresse I.\_\_\_\_\_ a finalement indiqué que la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique manifeste, de sorte que le critère de gravité du trouble somatoforme douloureux n'était pas réalisé (pce OAIE 34, p. 19). Ainsi, la psychiatre a retenu que la capacité de travail était de 0 % dès le 1er avril 2013, date à laquelle la recourante a commencé à être suivie par le Dr C.\_\_\_\_\_ et à laquelle ce dernier a objectivé une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, et de 100 % dès le 24 mars 2014, soit le jour de l'examen clinique et ce dans toute activité (pce OAIE 34, pp. 19 et 20).

8.1.2.1.2 S'agissant de sa valeur probante, le Tribunal constate que le rapport du 20 mai 2014 fait suite à un examen clinique qui a eu lieu le 24 mars 2014 et que l'experte a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, p. 12, 14, 15 et 19) et qu'elle s'est fondée sur des examens cliniques complets. A ce propos, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a eu accès au rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, daté 29 mars 2013, ainsi qu'au rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2013 et, partant, a eu connaissance de l'anamnèse de la patiente (pce OAIE 34, p. 8). A cet égard, il sied de relever qu'elle a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr C.\_\_\_\_\_ en y indiquant la raison, à savoir l'absence des critères cliniques de la CIM-10 (pce OAIE 34, p. 18). Le Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre, n'avait lui non plus pas retenu ce diagnostic. Partant, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a tenu compte des pièces essentielles du dossier ainsi que des conclusions auxquelles ont abouti les Drs C.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Elle a dressé un tableau motivé et cohérent et indiqué qu'elle souhaitait revoir la recourante dans un délai de trois mois afin de vérifier si l'amélioration qu'elle avait constatée était durable. Il y a dès lors lieu de conférer pleine valeur probante à ce rapport d'expertise psychiatrique.

#### **E. 8.1.2.2**

8.1.2.2.1 Dans son rapport du 13 août 2014, faisant suite à l'examen du 2 juillet 2014 que la Dresse I.\_\_\_\_\_ a décidé de diligenter dans la mesure où la recourante contestait les conclusions auxquelles aboutissait la première expertise, la psychiatre a posé les mêmes diagnostics que dans le cadre du rapport du 20 mai 2014, précisant que l'épisode dépressif léger avec syndrome somatique était en rémission partielle (F 32.11). La Dresse I.\_\_\_\_\_ a aussi noté qu'il n'y avait pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un

diagnostic de dépression majeure. Elle a à nouveau souligné que la recourante « présent[ait] une amplification verbale de ses plaintes somatiques, sans comportement algique dans le cadre d'une fibromyalgie diagnostiquée par le médecin rhumatologue », que son discours était « très plaintif » et que la recourante était une personne notamment « incapable de se remettre en question », « sans moyens d'introspection », « immature », « fragile psychologiquement » et « narcissique » (pce OAIE 34, p. 5). L'experte a par ailleurs précisé que la recourante était accompagnée d'une amie au rendez-vous et qu'elle avait quelques amies dans sa vie sociale, relevant au surplus qu'elle était bien habillée et très soignée de sa personne (pce OAIE 34, p. 4). Au regard des constatations faites, elle a considéré qu'il existait une amélioration durable sur le plan psychiatrique, que le diagnostic d'anxiété généralisée, retenu par le Dr C.\_\_\_\_\_, était en rémission et ne justifiait par conséquent pas une diminution de la capacité de travail, que l'épisode dépressif léger déjà mis en évidence dans le rapport du 20 mai 2014 était en rémission partielle et n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail tout comme le trouble de la personnalité limite (AI pce 34, p. 5). La Dresse I.\_\_\_\_\_ a ainsi déclaré persister dans son opinion selon laquelle le critère de gravité du trouble somatoforme douloureux n'était in casu pas rempli. La Dresse I.\_\_\_\_\_ a par conséquent confirmé les conclusions prises dans le rapport du 20 mai 2014, soit, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail totale dans toute activité dès le 24 mars 2014 précisant qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant (AI pce 34, p. 6). 8.1.2.2.2 S'agissant de sa valeur probante, le Tribunal constate que ce rapport du 13 août 2014 fait suite à un examen clinique s'étant déroulé le 2 juillet 2014, que l'experte a tenu compte des plaintes subjectives de la recourante (pce OAIE 34, p. 3) et qu'elle s'est fondée sur des examens cliniques complets. Le contexte médical est clairement décrit. La médication actuelle de la recourante est aussi mentionnée (pce OAIE 34, p. 3). Les traits saillants de la personnalité de la recourante sont décrits de façon claire et précise (pce OAIE 34, p. 5). Les conclusions auxquelles aboutit l'experte sont limpides et reflètent les données obtenues lors de l'examen qu'elle a pratiqué sur la recourante. Il sied dès lors de considérer que ce rapport psychiatrique a pleine valeur probante.

### **E. 8.1.2.3**

Quant à la capacité de travail retenue par la Dresse I.\_\_\_\_\_ dans ses deux rapports, soit une capacité de travail de 100 % dans quelque activité que ce soit dès le 24 mars 2014, il n'y a pas de raison de s'en écarter. En effet, les constatations faites par cette spécialiste ainsi que les conclusions auxquelles elle a abouti montrent de manière convaincante que A.\_\_\_\_\_ ne souffre pas de pathologie à caractère incapacitant sur le plan psychiatrique, si bien que c'est à juste titre que la psychiatre a retenu une capacité de travail complète dès après le premier examen clinique, ce qui fut confirmé par le second examen. A ce propos, on relèvera que la capacité de travail ainsi retenue n'est nullement contradictoire avec celle évaluée par le Dr E.\_\_\_\_\_. Ce dernier a en effet conclu à une capacité de travail totale dès le 1er juin 2013 (pce OAIE 23, p. 22). Par ailleurs, il n'y a pas non plus lieu de remettre en cause le fait que la Dresse I.\_\_\_\_\_ a considéré que, se fondant sur les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, la recourante était en incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dès avril 2013. En effet, l'objet de l'expertise établie par la Dresse I.\_\_\_\_\_ était d'examiner l'état de santé et la capacité de travail dès le jour de l'examen et non antérieurement, de sorte qu'elle n'avait pas à se prononcer de façon rétroactive sur les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_. Au demeurant, on relèvera que ce dernier a indiqué que la recourante était en incapacité de travail totale dès le 20 août 2012, soit la date retenue par le

Dr B. \_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans considère à ce propos qu'il est inenvisageable pour un expert psychiatre, se basant sur les conclusions d'un médecin généraliste, d'attester d'une incapacité de travail totale qui aurait débuté près de huit mois avant qu'il n'ait vu pour la première fois la personne examinée.

### **E. 8.2**

C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation médicale repose sur une évaluation médicale complète, telle qu'en l'espèce, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation de l'expert, de faire état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). En l'espèce, la recourante, en annexe à son mémoire de recours, ne produit aucun document médical nouveau susceptible d'étayer ses conclusions. Au contraire, elle se contente de rappeler les diagnostics posés par son médecin traitant et son psychiatre traitant ainsi que le fait que ces derniers ont retenu une incapacité de travail totale dans toute activité (pce TAF 1, p. 2). Or, les deux experts mandatés par le SMR ont eu connaissance et ont tenu compte de ces documents comme cela ressort du reste de leurs rapports d'expertise des 20 mai 2014 et 13 août 2014. De plus, le médecin traitant n'est spécialisé ni en psychiatrie ni en rhumatologie et que l'on ne connaît pas le cheminement l'ayant conduit à retenir que la recourante souffrait d'un état dépressif (couplé à une fibromyalgie) conduisant à une incapacité de travail totale dans toute activité. S'agissant du psychiatre traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, il convient de mentionner que celui-ci a conclu à une incapacité de travail complète dans son rapport médical AI du 24 septembre 2013 ainsi que dans ses rapports destinés à l'assureur perte de gain, les 23 octobre 2013 et 17 février 2014. Dans aucun de ces trois rapports, il ne fait référence à un quelconque examen ou test spécifique, contrairement à la Dresse I. \_\_\_\_\_ et au Dr E. \_\_\_\_\_. On ne parvient dès lors pas à déterminer comment et pour quelle raison ce praticien a retenu une incapacité de travail dans toute activité que ce soit. De plus, à aucun endroit ne sont discutées les conclusions - notamment celle de trouble dépressif récurrent - du Dr E. \_\_\_\_\_. Partant, les documents médicaux établis par le Dr C. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse I. \_\_\_\_\_, laquelle a effectué deux examens cliniques complets sur la recourante. Finalement, on relèvera que le fait que l'assureur perte de gain ait continué à verser des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie en se basant sur les rapports pour le moins succincts du Dr C. \_\_\_\_\_ des 24 septembre 2013 et 17 février 2014 (pce OAIE 35, pp. 7 et 18) n'est pas pertinent pour remettre en cause la valeur probante du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ et encore moins celle des rapports de la Dresse I. \_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans n'est quoi qu'il en soit pas lié par les décisions de l'assureur perte de gain.

### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'autorité inférieure a retenu une incapacité totale de travail du 1er avril 2013 au 24 mars 2014 ainsi qu'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 25 mars 2014. Par conséquent, le recours du 2 février 2015 doit être rejeté et la décision du 12 décembre 2014 confirmée.

### **E. 10.1**

A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, les frais de procédure, comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours, sont en règle générale mis à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre 200 francs et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario et 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2), la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige.

### **E. 10.2**

En l'occurrence, vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, arrêtés à 400 francs, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ et compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée durant l'instruction (pce TAF 4). Ayant succombé, aucun dépens ne lui est alloué. (dispositif page suivante)

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