

BVGer C-6946/2009 vom 17. November 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6946_2009

FR: TAF C-6946/2009 du 17 novembre 2011

IT: TAF C-6946/2009 del 17 novembre 2011

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

E. 1.2

Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1) et la recourante ayant été dispensée de l'avance de frais par décision incidente du 16 novembre 2009 (TAF pce 2), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

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 TAF 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

Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. 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

La recourante a déposé sa demande de prestations le 30 juillet 2004 (OAIE pces 1 à 4). Dans ce contexte, il sied de rappeler que le droit applicable est déterminé par les règles en

vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier 2008 au 10 septembre 2010, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 4.1

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 30 juillet 2003 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 1er octobre 2009, 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. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 5

Selon les normes applicables, 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 - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant au moins une année (art. 36 LAI), respectivement, à compter du 1er janvier 2008, durant trois années au total, 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'occurrence, la recourante a versé des cotisations AVS/AI de 1969 à 1999 (supra let. A) et partant, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisation. Il reste dès lors à examiner si elle peut être qualifiée d'invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

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. 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). De plus, il n'y a incapacité de gain que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 6.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Toutefois, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1ter LAI). 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. 6.3

Au vu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 6.4

En l'espèce, il est établi que A. _____ souffre essentiellement de fibromyalgie, de troubles dissociatifs et d'un trouble mixte de la personnalité. En outre, d'un point de vue somatique, les médecins relèvent également un syndrome lombo-cervical chronique en raison d'une scoliose avec convexité à droite et des discopathies dégénératives en C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Etant donné qu'il ne s'agit pas d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al.1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 7.1

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 ou 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 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. 7.2

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. 7.3

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. 7.4

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. 7.5

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 précité consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 précité consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 précité consid. 3b/dd et les références citées).

E. 8.1

Le Tribunal fédéral a déjà considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffauser/ Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93).

E. 8.2

Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352; Arrêt du Tribunal fédéral I 870/02 du 21 avril 2004 consid. 3.3.1 et I 515/03 du 15 septembre 2004

consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées; voir ég. Jean Pirrotta, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 523 ss). Il s'agit d'une affection reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous le nom de « syndrome douloureux somatoforme persistant », caractérisée par « une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient » (OMS, CIM-10: F45.4). Le trouble somatoforme douloureux se définit en termes de discrédence entre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivité médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attend à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis et des techniques à disposition permettant de mesurer et objectiver les symptômes (cf. Pirrotta, op. cit., p. 524).

E. 8.3

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Au demeurant, par exemple, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail 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). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; Pirrotta in: RSAS 2005 p. 525).

E. 8.4

Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un

processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; Pirrotta, op. cit., 525 s.). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) d'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) de 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2).

E. 9.1

En l'espèce, l'OAIE rejette la demande de prestations AI de la recourante au motif qu'elle ne présente pas d'incapacité de travail durable. Pour ce faire, l'autorité inférieure se base sur l'expertise bidisciplinaire effectuée le 19 août 2008 par le CEMED, ainsi que sur les prises de position du Dr N. _____, psychiatre et médecin SMR, des 22 décembre 2008, 10 août 2009 et 5 juillet 2010 (OAIE pces 124, 144 et 149). Le Dr N. _____ souligne tout d'abord que les conclusions de l'expertise du CEMED concernant la fibromyalgie ne remplissent pas les critères de qualité que l'on peut attendre pour ce type d'expertise et procède lui-même à une appréciation du caractère invalidant de la fibromyalgie par le biais d'un formulaire prévu à cet effet (OAIE pce 124). Ainsi, il retient, à l'instar des experts mandatés, que, si la recourante souffre effectivement de fibromyalgie, celle-ci n'est pas invalidante, les affections psychiques de la recourante n'étant pas d'une gravité et d'une intensité suffisante pour retenir une comorbidité psychiatrique. En outre, il estime, contrairement au CEMED, que les troubles de la personnalité de la recourante ne sont pas assez importants pour justifier une incapacité de travail durable et déclare celle-ci apte à travailler à 100% sans limitations fonctionnelles.

E. 9.2

Quant à la recourante, elle conteste cette décision et avance être totalement incapable de travailler en raison d'une aggravation de ses troubles psychiques et de ses douleurs chroniques invalidantes, en se basant sur plusieurs certificats médicaux des 10 décembre 2007, 12 juin 2009 et 29 avril 2010, de son médecin traitant, le Dr F. _____ (OAIE pces 108, 138 et TAF pce 9, PJ 10). Celui-ci rapporte que la recourante a subi une décompensation douloureuse progressive devenant invalidante depuis 2003 et une décompensation d'un état anxio-dépressif depuis l'été 2007. En outre, il relève que l'intéressée a dû entamer un traitement antidépresseur et anxiolytique, ainsi qu'un suivi psychiatrique depuis l'automne 2009. La recourante argue que ses troubles psychiques se sont aggravés depuis l'expertise effectuée et remet en cause la valeur probante des prises de position des médecins SMR. Par ailleurs, elle allègue souffrir également d'importants

troubles statiques et dégénératifs du rachis participant au syndrome douloureux chronique dont elle souffre et requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou subsidiairement qu'une nouvelle expertise neurologique soit effectuée.

E. 10.1

En premier lieu, le Tribunal relève que les médecins SMR comme les experts du CEMED reconnaissent que la recourante souffre de fibromyalgie, de trouble mixte de la personnalité, ainsi que de trouble dissociatif. Toutefois, les avis divergent quant à la gravité et à l'intensité des troubles psychiques de la recourante, ainsi qu'aux conséquences de ces troubles sur sa capacité de travail. Les experts du CEMED retiennent une incapacité de travail de 50% en raison d'un trouble de la personnalité mixte qui s'est aggravé en août 2007. Le médecin SMR, le Dr N. _____, par contre, considère les troubles psychiques de la recourante d'une gravité insuffisante pour entraîner une incapacité de travail durable. Par ailleurs, la recourante, sur la base de deux certificats du Dr F. _____, médecin traitant, fait mention en procédure d'opposition et procédure de recours d'une aggravation de son état de santé psychique, à savoir l'apparition de symptômes dépressifs importants, nécessitant une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique (OAIE pce 138 et TAF pce 9, PJ 10). Le médecin traitant fait état d'idées suicidaires, de fréquents épisodes d'angoisse et de panique, ainsi que d'une baisse importante de son élan vital.

E. 10.2

Or, il ressort de la jurisprudence constante que 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). Cependant, exceptionnellement, les autorités d'assurance-invalidité peuvent - pour des raisons d'économie de procédure - aussi prendre en considération les événements survenus après le prononcé d'une décision, à condition qu'ils soient établis de manière suffisamment précise et dans la mesure où ils servent à la constatation rétrospective de la situation antérieure à la décision elle-même (ATF 130 V 138 consid. 2.1 et réf. cit.). En l'espèce, le certificat du médecin traitant du 29 avril 2010 est postérieur à la décision entreprise; cependant, force est au Tribunal de constater qu'il fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante déjà mentionnée lors de la procédure d'opposition (certificat du 12 juin 2009 du Dr F. _____; OAIE pce 138); ainsi il sert à la constatation rétrospective de la situation antérieure et il sied de le prendre en compte dans l'évaluation de l'invalidité de la recourante.

E. 10.3

En l'occurrence, le Tribunal note que les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise effectuée par le CEMED est remise en cause par le médecin SMR. Non seulement, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie, estime que cette expertise ne remplit pas les critères requis en matière de fibromyalgie, mais prend également le contre-pied des conclusions de l'expert psychiatre concernant la gravité des troubles de la personnalité dont souffre la recourante. En effet, le psychiatre SMR ne retient aucune incapacité de travail sur le plan psychique, alors que l'expert retient une baisse de rendement de 50% à ce titre dans toute activité dès le 2 août 2007, notamment sur la base du rapport médical du Dr F. _____ du 10 décembre 2007 (OAIE pce 108), qui indique chez la recourante une décompensation d'un état anxio-dépressif chronique depuis l'été 2007. Le Tribunal remarque toutefois que le médecin SMR ne motive que très succinctement les raisons qui l'ont poussé à s'éloigner des

conclusions de l'expert concernant le caractère invalidant des troubles de la personnalité de la recourante. En effet, il se contente de mentionner en une ligne que l'affection psychiatrique n'est pas d'une gravité et d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail durable (OAIE pce 124, page 2).

E. 10.4

Néanmoins, le Tribunal remarque également que, bien que l'expertise psychiatrique soit circonstanciée, qu'elle prenne en compte les plaintes subjectives de l'assurée et qu'elle comprenne une anamnèse complète, les conclusions de l'expert concernant l'état de santé psychique de la recourante sont peu claires, voire contradictoires. En effet, le Tribunal relève tout d'abord que l'expert fixe le départ de l'incapacité de travail au 2 août 2007, en se basant sur un certificat antérieur du médecin traitant de l'assurée, à savoir le certificat du 10 décembre 2007 (OAIE pce 108), dont il ressort que l'assurée souffre de profonde dépression avec idée suicidaire et perte de l'élan vital depuis une décompensation intervenue en été 2007. Cependant, il ne ressort nullement de l'expertise que la recourante souffre de dépression; en effet, l'expert relève au contraire qu'il n'y a pas de syndrome dépressif franc, ni d'autre psychopathologie chez la patiente (page 13). De plus, l'expert psychiatre retient une baisse de rendement théorique de 50% dans toute activité professionnelle, alors qu'il mentionne plus haut que le trouble de la personnalité de type mixte de la recourante est présent depuis l'adolescence, que celui-ci ne l'a pas empêchée de travailler pendant près de 30 ans, qu'en outre le trouble dissociatif est surtout subjectif et ne devrait pas être durablement incapacitant, car relativement limité dans son ampleur et dans sa fréquence (page 14).

E. 10.5

Au vu des contradictions et lacunes présentes, tant dans l'expertise psychiatrique du CEMED que dans les prises de position du médecin SMR, le caractère probant de ces dernières est fortement compromis relativement à l'état psychiatrique de la recourante. En outre, concernant l'apparition de symptômes dépressifs arguée par celle-ci, force est au Tribunal de constater que, bien que le Dr F. _____ ne soit pas spécialiste en psychiatrie, les certificats médicaux précités de celui-ci achèvent de semer le doute quant à l'état de santé psychique de la recourante et de ce fait quant au caractère non invalidant de sa fibromyalgie. Dès lors, au vu des avis psychiatriques divergents du SMR et du CEMED, ainsi que de l'écoulement du temps depuis l'expertise effectuée et de son caractère peu probant, le Tribunal se doit de reconnaître qu'un complément d'instruction au niveau psychiatrique est nécessaire en la cause, afin de déterminer précisément l'état de santé psychique de la recourante et si la gravité de ses troubles est suffisante pour conclure au caractère invalidant de sa fibromyalgie ou pour justifier une incapacité de travail durable.

E. 11.1

D'un point de vue somatique, la recourante avance qu'une expertise neurologique complémentaire est nécessaire, l'expert du CEMED n'ayant pas pris en compte toutes ses affections physiques. Elle souligne que ses douleurs au niveau dorsal et lombaire sont également en relation avec d'importants troubles statiques et dégénératifs du rachis. Pour ce faire, elle se réfère aux trois certificats médicaux du Dr F. _____ susmentionnés (OAIE pce 108, 138 et TAF pce 9, PJ 10). Quant à l'expert mandaté, il ne fait mention que d'une discopathie débutante en C4-C5 et d'une colonne cervicale et lombaire dans les limites de la norme avec une héli sacralisation de L5 à droite, et pose le diagnostic d'un syndrome

douloureux chronique pouvant être assimilé à une fibromyalgie, après avoir examiné de manière circonstanciée l'état ostéo-articulaire de la recourante (OAIE pce 120, pages 11 et 13). Le médecin SMR, le Dr N. _____, psychiatre, reprend sans autre les conclusions de l'expert concernant le diagnostic somatique posé, à savoir que l'assurée souffre de fibromyalgie.

E. 11.2

Selon la jurisprudence, le juge des assurances 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 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.). Or, il apparaît au Tribunal que les conclusions rhumatologiques de l'expertise effectuée le 19 août 2008 sont claires et motivées. Le volet rhumatologique de l'expertise apparaît reposer sur une anamnèse et des examens complets et prendre en compte les plaintes exprimées par la recourante, ainsi que les examens antérieurs effectués par des spécialistes radiologues (OAIE pce 120, page 4 à 6), faisant déjà état de troubles importants cervicaux et lombaires.

E. 11.3

De plus, 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: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

E. 11.4

Dès lors, force est au Tribunal de constater que les troubles du rachis cervicaux et lombaires mentionnés par la recourante ont été pris en compte par l'expert rhumatologue dans un rapport ayant pleine valeur probante. Dès lors, il apparaît qu'un complément d'expertise rhumatologique ou neurologique est inutile dans le cas d'espèce, la cause étant suffisamment documentée médicalement sur ce point.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours du 6 novembre 2009 doit être partiellement admis et la décision du 1er octobre 2009 de l'autorité inférieure annulée. La cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'elle procède à un complément d'instruction selon l'art. 61 PA au vu du caractère lacunaire de l'expertise psychiatrique CEMED déjà effectuée et de l'apparition de nouveaux éléments médicalement déterminants (cf. ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.). L'OAIE fera procéder à une nouvelle expertise psychiatrique ou tout autre examen médical qui se justifierait en relation avec le trouble de la fibromyalgie, afin de déterminer l'état psychique de A. _____ et notamment de clarifier s'il existe une comorbidité psychiatrique invalidante ou une autre incapacité de travail en raison de troubles de la personnalité, dépression, etc.

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.).

E. 13.2

Au vue de l'issue du litige et A. _____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 64 et 65 PA).

E. 13.3

Il est alloué à la recourante, représentée par un avocat, une indemnité de dépens d'un montant de Fr. 2'500.-- (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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