

BVGer C-7555/2015 vom 14. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7555_2015

FR: TAF C-7555/2015 du 14 septembre 2017

IT: TAF C-7555/2015 del 14 settembre 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), 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

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

E. 2

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret il s'agit de l'Office de l'assurance-invalidité du canton B._____, l'intéressée ayant travaillé en tant que frontalière à J._____ (voir supra, let. A). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

E. 3

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 130 V 445 consid. 1.2, ATF 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la recourante, ressortissante franco-suisse domiciliée dans un Etat membre de la Communauté européenne, a déposé sa demande de prestations en janvier 2013, tandis que la décision attaquée a été rendue en octobre 2015 (ATF 131 V 242 consid. 2.1).

E. 3.1

Est dès lors applicable à la présente cause l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, 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), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement n° 1408/71, auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012, contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 3.2

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. 4

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'AI suisse, en particulier sur le point de savoir si les affections dont elle serait victime pourraient entraîner une incapacité de travail suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6

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 al. 1 LPGA, 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 réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, 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 (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 7

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025).

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituaient un élément utile pour déterminer quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1 ; voir supra consid. 6).

E. 8.2

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'intéressé compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle

limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'assuré, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.3

Le juge des assurances sociales doit, quant à lui, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 8.4

S'agissant plus précisément 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 dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 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 (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit. n° 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 (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

E. 9

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine).

E. 10

Il convient en l'espèce de souligner que la documentation médicale versée au dossier soulève deux questions distinctes ; il s'agit en effet, pour le Tribunal, de déterminer si, d'une part, l'intéressée présente des atteintes somatiques invalidantes, et, d'autre part, si elle présente des atteintes psychiatriques invalidantes.

E. 11

S'agissant de la question des atteintes somatiques, le Tribunal ne peut que constater l'existence d'une discordance entre les avis médicaux figurant au dossier.

E. 11.1

Le Dr G._____ a indiqué, dans son certificat médical du 29 avril 2014, que l'intéressée souffrait d'une névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, en bonne voie d'amélioration (voir supra, let. D.d). Dans son rapport E 213 daté du 20 mars 2015 (voir supra, let. B.j), la Dresse K._____ a confirmé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale hyperalgique ; elle a considéré que l'évolution de la pathologie était chronique, mais qu'elle pouvait être améliorée (le Tribunal ne peut que supposer que la pathologie, non définie dans cette section du rapport, était la névralgie cervico-brachiale hyperalgique) ; elle a de plus noté la présence d'un eczéma hyperalgique, ainsi que des douleurs au rachis lombaire et au rachis cervical. Le Dr F._____, enfin, dans ses certificats médicaux du 9 février et du 19 février 2016, a lui aussi posé les diagnostics d'eczéma bilatéral et de névralgie cervico-brachiale. Le Dr H._____ a quant à lui rejeté, dans son expertise psychiatrique du 21 janvier 2015, l'existence d'une atteinte à la santé physique (voir supra, let. B.e). À la lecture de l'historique médical figurant dans l'expertise, le Tribunal constate que le Dr H._____ a toutefois omis de tenir compte de l'avis du rhumatologue ayant posé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, à savoir le Dr G._____ (AI p. 184 - 193, 224).

E. 11.2

En ce qui concernait la question des limitations fonctionnelles relatives à une atteinte à la santé, la Dresse K. _____ a noté, dans son rapport E 213 susmentionné, une limitation des amplitudes de tous les mouvements et de la mobilisation des épaules ; elle précisait que l'intéressée était en mesure d'effectuer à plein temps une activité adaptée demandant des travaux légers (en excluant en revanche une pleine capacité dans l'activité habituelle). S'agissant du Dr F. _____, celui-ci a retenu, dans son certificat daté du 19 février 2016, une incapacité totale de travail à compter du 26 décembre 2013.

E. 11.3

S'agissant du Dr M. _____, dernier médecin SMR à s'être prononcé sur le dossier, celui-ci n'a pas même fait mention, dans son avis du 7 octobre 2015 (voir supra, let. B.k), de la question des atteintes somatiques, se limitant au contraire à retenir que l'intéressée ne présentait pas de pathologies invalidantes sur le plan psychique. Pourtant, l'ensemble des documents médicaux portant sur cette question, à l'exception notable de l'expertise du Dr H. _____, retenaient l'existence d'atteintes à la santé physique, et s'accordaient au minimum à dire que l'intéressé ne présentait pas une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle ; par ailleurs, le Dr H. _____ avait omis de tenir compte du certificat médical du 29 avril 2014, établi par le Dr G. _____, dans lequel celui-ci avait explicitement posé le diagnostic de névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique (voir supra, consid. 11.1) Au vu de telles disparités, pour ne pas dire lacunes, dans les avis susmentionnés, il appartenait au médecin SMR de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale, et d'établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne devaient pas être suivies. Pourtant, l'avis médical du Dr M. _____ a complètement éludé la question des atteintes somatiques ; il ne saurait dès lors se voir reconnaître une quelconque valeur probante (voir supra, consid. 8.4).

E. 11.4

Dès lors, l'autorité inférieure se devait de constater que la documentation médicale versée au dossier ne permettait pas d'établir avec certitude si les atteintes somatiques, notamment la névralgie cervico-brachiale C7 gauche initialement hyperalgique, retenues par les Drs G. _____, K. _____ et F. _____, étaient toujours présentes, et si elles présentaient un caractère invalidant. L'autorité intimée se devait donc d'instruire la question des affections somatiques plus en avant, ce qu'elle a pourtant omis de faire, en violation de son devoir d'instruire (voir supra, consid. 9). Pour ce motif déjà, le recours doit être admis partiellement.

E. 12

S'agissant de la question de l'état de santé psychique, le Tribunal constate qu'il existait, à l'instar des atteintes somatiques, un désaccord entre les médecins qui se sont prononcés sur la question.

E. 12.1

Le Dr C. _____, dans son expertise du 20 mars 2009 et dans son rapport du 20 février 2013 (voir supra, let. B.b), a retenu que l'intéressée souffrait d'un trouble panique d'intensité modérée avec agoraphobie évoluant depuis 5 ans ; il a posé comme diagnostics un trouble panique avec agoraphobie d'intensité moyenne (F 40.0), une dépression majeure chronique moyenne (F 34.8), et enfin une personnalité obsessionnelle et dépendante (F 60.5). Cet avis

se retrouvait dans les conclusions du Dr D. _____ (qui a fait mention, dans son certificat du 18 janvier 2010, d'une grave névrose phobique avec attaque de panique ; voir supra, let. B.b), du Dr E. _____ (qui a retenu, en date du 7 novembre 2011, un état dépressif, un état de stress et une hypertension artérielle ; voir supra, let. B.b), et du Dr F. _____ (qui a indiqué, dans ses certificats et rapports du 3 avril 2012 et du 17 avril 2013, que l'intéressée souffrait d'une grave névrose phobique avec attaques de panique et d'agoraphobie). Le Dr G. _____, premier médecin SMR s'étant prononcé sur la documentation médicale versée au dossier, n'a pas remis en cause les conclusions posées en 2009 par le Dr C. _____, en considérant toutefois qu'une nouvelle évaluation psychiatrique plus récente s'imposait ; il n'a pas non plus écarté les avis des Drs F. _____ et D. _____, constatant simplement qu'ils étaient trop succincts (voir supra, let. B.c). Le Dr H. _____, en revanche, a posé comme diagnostics, dans son expertise du 21 janvier 2015, une possible persistante d'agoraphobie, d'intensité moyenne, sans troubles panique (F.40.00), un trouble factice (production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique ; F 68.1), et un trouble de la personnalité dyssociale (F 60.2) ; s'agissant de ce dernier, il a précisé qu'il ne s'agissait pas d'un trouble psychique, mais social.

E. 12.2

De ces médecins, ceux qui se sont prononcés sur la question de l'incapacité de travail, à savoir les Drs C. _____, E. _____ et F. _____, se sont accordés à dire que l'intéressé présentait une invalidité de 50 % (voire même de 75% selon l'avis du Dr F. _____ ; voir supra, let. B.b). Selon l'avis du Dr F. _____ daté du 10 octobre 2014, cette incapacité était survenue à compter du 26 décembre 2013 et pour une durée indéterminée (voir supra, let. B.b). Le Dr H. _____, quant à lui, a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, à compter du mois de juin 2010.

E. 12.3

Comme exposé ci-dessus, le Dr M. _____ a, dans son avis médical SMR du 7 octobre 2015, retenu que l'expertise du Dr H. _____ était particulièrement fouillée et probante ; il a dès lors considéré que l'intéressée ne présentait aucune pathologie psychiatrique invalidante (voir supra, let. B.k).

E. 12.4

La recourante conteste précisément la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 21 janvier 2015 établie par le Dr H. _____, en faisant valoir avoir entretenu une relation « chaotique » avec celui-ci ; elle conteste ainsi, en substance, l'impartialité du Dr H. _____. Il s'agit dès lors d'examiner la question de l'existence de circonstances propres à faire naître un doute sur la question de l'impartialité de l'expert (« expert prévenu »). L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de la personne expertisée, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1). Dans ce contexte, le comportement du médecin pendant l'examen peut éventuellement fournir un tel indice. Il en va ainsi d'allégations qui, dès le départ, de façon plus ou moins ouverte, mettent en doute la crédibilité des dires de l'assurée et de son appréciation personnelle de la capacité de travail, de propos déplacés de nature personnelle, et selon les circonstances, de la manière dont l'examen est mené. L'objectivité de l'évaluation est aussi remise en cause notamment lorsque l'expert juge certains aspects de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail en se basant essentiellement sur des critères sans rapport avec la matière

ou qu'il se sert d'un ton offensant. Comme indice supplémentaire pour juger de l'apparence de prévention, on prendra éventuellement en considération le fait que la relation entre l'expert et l'assuré était tendue, quand bien même aucun élément n'incite à conclure à un manque de coopération de la part de la personne expertisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 1.2.2 ; 9C_1061/2009 du 11 mars 2010 consid. 5.1.1). Finalement, d'après la jurisprudence, le motif de récusation doit être évoqué dès que possible. Il serait en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 120 Ia 19 consid. 2c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.1).

E. 12.4.1

En l'espèce, force est de constater que l'expertise du Dr H._____, si elle se révèle certes fouillée, est parsemée d'éléments qui font douter de son impartialité. Le Tribunal relève en effet, dans l'expertise, un nombre important de tournures de phrases mettant d'office en doute la crédibilité des dires de l'intéressée, mais aussi des appréciations personnelles sur sa capacité de travail, voire même à certaines reprises des propos déplacés prenant un ton offensant (par exemple : « Les explications sur l'issue de la proposition et sur l'arrangement qui a été fait finalement sont strictement incompréhensibles » et « En demandant de plus en plus de précisions, j'arrive finalement à savoir que l'assurée empêchait alors N._____ de travailler (...) Elle est ennuyée de ne plus avoir de coiffeuse pour femmes, mais elle réussit à se débarrasser de celle qu'elle a... » [AI p. 200] ; « l'assurée se montre en apparence coopérante et collaborante, mais elle donne très souvent des réponses ou relate spontanément des faits dont la véracité est particulièrement questionnable » [AI p. 214] ; « la description de l'attaque de panique est franchement ridicule » [AI p. 222] ; « les manifestations de cette maladie (trouble panique) telles que décrites par l'assurée, sont des inventions, construites avec une certaine naïveté » [AI p. 223] ; ; « l'histoire de son conflit (...) est ridicule » [AI p. 229] ; « Peut-être ses relations se sont-elles dégradées aussi à cause de son besoin de diriger les autres, et peut-être aussi à cause des mensonges omniprésents - personne n'aime être pris pour un sot » [AI p. 232] ; « cet argument semble être tiré d'un sketch » [AI p. 233], etc.) Toutefois, encore plus que les extraits susmentionnés, c'est la persistance du médecin à vouloir démontrer les prétendues intentions malveillantes de la recourante qui remet fortement en cause son impartialité. Les extraits suivants sont, en ce sens, particulièrement flagrants : « Nous avons à faire, manifestement, (...) dans le meilleur des cas, à une exagération des symptômes visant à obtenir un avantage » (AI p. 240), « Malgré leur importance par le nombre, ces mensonges ne tiennent pas de la mythomanie, car ils ont deux visées précises : a) obtenir un avantage matériel. Lors du divorce, elle le fait afin d'obtenir des avantages financiers, de pouvoir garder la maison du couple, d'obtenir la garde exclusive de son fils, en ignorant les besoins de celui-ci et ceux de l'ex-mari. Lors de la mise en avant d'une incapacité de travail, afin d'obtenir des prestations de l'assurance perte de gain, puis des prestations de l'assurance-invalidité » (AI p. 227), et surtout : « On se demande comment l'assurée faisait pour payer ce crédit (qui représentait, entre 2005 et 2008, entre 1'500 et 1'700 francs par mois) avec des recettes aussi maigres que celle qu'elle déclarait, et dans des conditions où son mari ne lui versait pas la pension alimentaire, comme elle l'affirme (...) En analysant ses bilans comptables 2008 - 2011 (probablement destinés au fisc), les différents frais et les différents revenus de son salon, on est étonné de certaines incongruences (...) les bulletins de salaire sont fantaisistes et soulèvent des interrogations (...) les déductions que l'entreprise opère sur le salaire de l'employée pour

l'achat de matériel et de produits est tout aussi fantaisiste (...) Ces bulletins de salaire semblent avoir été fabriqués après coup pour le dossier (...) Globalement, il apparaît que l'assurée déclare des revenus plus bas lorsqu'elle veut obtenir une somme plus importante de la part de son mari, mais aussi lorsqu'elle doit payer des impôts sur ses revenus. Par contre, les revenus déclarés sont plus élevés lorsqu'il s'agit de calculer le montant des prestations éventuelles de l'AI » (AI p. 237, 238, 239). Dans ces conditions, le Tribunal ne peut que croire l'intéressée lorsqu'elle affirme que sa relation avec le psychiatre était tendue (ce qu'elle a, par ailleurs, implicitement fait valoir dès la procédure d'audition suivant l'établissement de l'expertise, en indiquant notamment à l'autorité inférieure que le médecin lui avait fait savoir que sa demande d'une rente d'invalidité serait compromise, si elle ne se rendait pas dans son cabinet à I._____, malgré son agoraphobie ; voir supra, let. B.h). Ces éléments sont donc, dans leur ensemble, de nature à ébranler sérieusement la crédibilité de l'expertise, de sorte qu'il n'est raisonnablement pas possible d'en suivre les conclusions.

E. 13

Au regard de l'ensemble de ce qui précède, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'autorité inférieure ne pouvait se fonder sur l'expertise médicale du Dr H._____ (reprise intégralement par le Dr M._____, médecin SMR, en date du 7 octobre 2015 [voir supra, let. B.I]), afin de prendre la décision querellée. L'OAIE aurait au contraire dû constater qu'aucun document ne permettait clairement d'établir avec certitude les atteintes à la santé actuelles de la recourante, ainsi que les limitations fonctionnelles qui pouvaient en découler.

E. 14.1

Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure. Dans la mesure où aucun élément figurant au dossier ne s'y oppose (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 et références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4575/2013 du 3 février 2015 consid. 7.6), une expertise bidisciplinaire (rhumatologique - psychiatrique), ainsi que toutes autres mesures d'instruction jugées utiles, devront être menées en Suisse. Dans le cadre de l'établissement de l'expertise bidisciplinaire, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir supra, consid. 8.3), la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210. Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

E. 14.2

Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision du 22 octobre 2015 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente des affections psychiatriques et somatiques invalidantes.

E. 15.1

L'intéressée ayant bénéficié de l'assistance judiciaire totale (voir supra, let. C.b), il n'est pas perçu de frais de procédure, étant du reste précisé qu'aucun de ces frais n'est mis à la charge de l'office intimé (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 15.2

L'art. 64 al. 1 PA et l'art. 7 du règlement 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 entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 2'800.- (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE. (dispositif : page suivante)

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