



Cour III
C-231/2014

Arrêt du 10 juillet 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Franziska Schneider, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____, France
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18,
Case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 4 décembre 2013).

Vu

la demande de prestations AI déposée le 17 janvier 2013 (pce 1 p. 7) auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI) par A._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante française née le [...] 1972, indiquant une incapacité de travail entière depuis le 28 juillet 2012 en raison de brachialgies, de douleurs lombaires et cervicales, ainsi qu'en raison d'un état dépressif lié au stress dans son activité professionnelle (pce 3), autant de troubles qui l'empêchent de continuer son activité habituelle d'employée frontalière d'un Bar/Tea room/boulangerie consistant à gérer le service, les commandes et la management (pce 14 p. 1 et pce 27); l'assurée est licenciée le 30 novembre 2012 de son poste qu'elle occupait à 80% (pce 9 p. 13),

plusieurs rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée, les Drs B._____, médecin généraliste et C._____, psychiatre, ainsi que ceux de spécialistes en rhumatologie, neurologie et radiologie (pces 3, 8, 9 et 26), faisant notamment état de troubles neurologiques du bras gauche (discrète souffrance des nerfs médians bilatérales) avec atteinte du canal carpien, de protrusions cervicales avec arthrose en C5-C6 et de discarthrose avec protrusion en L5-S1, rendant une activité de serveuse peu recommandable,

un avis d'arrêt de travail établi par la Dresse D._____, médecin des urgences du Centre hospitalier X._____, certifiant que l'assurée nécessite un arrêt de travail de 7 jours dès le 28 juillet 2012 (pce 3 p. 14),

plusieurs avis d'arrêts de travail établis par le Dr B._____ attestant d'une incapacité de travail entière de l'assurée du 2 août 2012 au 29 octobre 2012 (pce 3 pp. 1, 9, 11, 12 et 16),

le rapport médical du 1^{er} février 2013 établi par le Dr B._____ (pce 8 pp. 1 à 3), faisant état chez l'assurée de brachialgies gauches avec dysesthésies du bras gauche depuis juillet 2012, atteintes somatiques améliorées par un traitement de kinésithérapie avec toutefois persistance de cervicalgies et raideurs musculaires (pce 8); l'incapacité de travail reconnue par ce médecin à l'assurée du 2 août 2012 au 29 octobre 2012 d'un point de vue somatique dans son activité de serveuse,

le rapport psychiatrique du 17 janvier 2013 du Dr C._____ (pce 8 p. 8), établi sur demande de l'assurance maladie de l'assurée (pce 9 p. 8), dont il ressort que celle-ci, suivie depuis octobre 2012, souffre d'un état

dépressif avec trouble de la concentration, de désorganisation psychique totale, de perte de repères, de fatigabilité psychique et physique du fait du stress en lien à sa profession empêchant une reprise de son activité habituelle,

le rapport médical intermédiaire du 15 février 2013 établi par le Dr C. _____ lequel retient une incapacité de travail entière de l'assurée depuis le 28 juillet 2012 en raison d'un état dépressif (F 32.9) traité par antidépresseurs et régulateur de l'humeur; le pronostic indéterminé mentionné par ce médecin qui estime que l'assurée ne peut pas faire face au monde du travail en raison d'une mauvaise gestion émotionnelle, d'irritabilité, ainsi que de troubles psychiques et physiques (pce 26),

l'expertise psychiatrique du 26 avril 2013 mandatée par le SMR auprès du Dr E. _____ de la clinique Y. _____, dont il ressort que l'assurée se plaint notamment d'un état dépressif avec troubles de la concentration, d'anxiété, d'asthénie, de perte de poids, ainsi que de troubles du sommeil dans le cadre d'un tableau clinique comprenant des douleurs aux membres supérieurs accompagnés de paresthésies dans le territoire médian symptômes que l'intéressée a tenté de soulager par une augmentation de sa consommation de cannabis, laquelle a débuté en 1999 au décès d'un proche (pce 30 pp. 5-51),

les conclusions de l'expert psychiatre précité indiquant que l'assurée présente des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (ICD-10 F 12.1) en rémission nécessitant la continuation d'une psychothérapie de soutien (pce 30 p. 19), une réaction à un facteur de stress sévère (ICD-10 F43.9) en rémission nécessitant la continuation d'une psychothérapie individuelle (pce 30 p. 34), ainsi qu'un possible trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique (ICD-10 F 45; pce 30 pp 38 s.); les conclusions de l'expert qui estime que les troubles mentaux de l'assurée résultent de sa consommation de cannabis qui, lorsque celle-ci sera stoppée, permettront à l'assurée de reprendre son activité habituelle à temps partiel (80%) à mi-temps dès le 1^{er} avril 2013, puis de reprendre son ancien taux d'activité à 80% dès le 14 avril 2013,

un courrier du Dr C. _____ du 22 juillet 2013, informant l'assurance maladie de l'assurée que celle-ci souffre de trouble bipolaire probable de type I traité depuis avril 2013 par une nouvelle médication adaptée (pce 31),

un bref rapport médical intermédiaire du 27 août 2013 établi par le Dr B._____, lequel rapporte une amélioration des brachialgies de l'assurée qu'il n'a plus revue depuis le 18 janvier 2013, après qu'elle ait subi un traitement de kinésithérapie (pce 32),

le rapport psychiatrique du Dr C._____ du 27 août 2013 indiquant que le trouble bipolaire de type I dont souffre l'assurée s'est stabilisé depuis la mise en place d'un traitement adapté lequel a entraîné une amélioration significative de l'état psychique de l'assurée; le bon pronostic retenu par le psychiatre pour une reprise du travail à 100% de l'assurée dans une activité adaptée après complète stabilisation et réorientation professionnelle; le médecin atteste en outre d'une incapacité de travail de l'assurée du 28 août 2012 jusqu'au 30 septembre 2013 en raison d'anxiété massive et de désorganisation psychique (pce 33; cf. également les avis d'arrêts de travail établis par ce médecin [pce 3 pp. 2 à 7]),

le rapport du service médical régional (SMR) du 18 septembre 2013 (pce 35) établi par la Dresse F._____ laquelle retient, sur la base de cette expertise psychiatrique (pce 30 pp. 5-51), que A._____ ne peut plus travailler en tant que serveuse en raison de lombalgies sur protrusion arthrosique L5-S1 et névralgies cervico-brachiales sur barre ostéophytique C5-C6, ainsi qu'en raison de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis nocive pour la santé (ICD-10 F 12.1) et d'une réaction à un facteur de stress important sans précision (ICD-10 F 43.9) ayant entraîné un épisode dépressif en rémission sous traitement, mais retenant par contre que l'assurée peut reprendre une activité de substitution adaptée à 100% dès le 15 avril 2013,

la décision du 4 décembre 2013 de l'OAIE (pce 46) confirmant le projet de décision du 30 septembre 2013 de l'OAI (pce 36) et rejetant la demande de prestations AI de l'assurée,

le recours interjeté par A._____ le 14 janvier 2014 (TAF pce 1) auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal ou le TAF) à l'encontre de cette décision, par lequel l'intéressée produit une expertise psychiatrique du 14 novembre 2013 établie par la Dresse G._____ sur mandat de son assurance maladie laquelle met en doute la valeur probante de l'expertise du Dr E._____ (p. 8 de l'expertise de la Dresse G._____) et va à l'encontre des conclusions retenues en attestant d'une incapacité entière de travail depuis le 28 juillet 2012 en raison d'une psychose non hallucinatoire recouverte par d'importantes

défenses obsessionnelles (F 29 et F 60.5), considérant que la consommation de cannabis est secondaire à l'atteinte psychiatrique; selon cette seconde expertise, une reprise professionnelle serait envisageable à moyen terme (mois, voire années, sans pression) dès la stabilisation des symptômes par la poursuite du traitement neuroleptique,

la prise de position du 10 mars 2014 du SMR), établie par la Dresse F._____ (TAF pce 3), indiquant la nécessité d'effectuer un complément d'instruction, par exemple en ordonnant une 3^{ème} expertise psychiatrique afin de départager les avis des deux experts déjà consultés lesquels procèdent à une interprétation différentes des atteintes de la recourante et de ses symptômes,

la prise de position de l'Office AI cantonal du 13 mars 2014 et la réponse de l'autorité inférieure du 19 mars 2014, lesquelles concluent à l'admission du recours, à l'annulation de la décision du 4 décembre 2013 ainsi qu'au renvoi de la cause à l'administration, afin qu'il soit procédé au complément d'instruction requis par le SMR (TAF pce 3),

l'ordonnance du 1^{er} avril 2014 du Tribunal invitant la recourante à se prononcer sur l'admission du recours et le renvoi envisagé de la cause dans un délai de 20 jours dès réception (TAF pce 4),

la prise de position du 22 avril 2014 de la recourante, par lequel elle indique être à disposition pour effectuer une troisième expertise psychiatrique qu'elle souhaite être effectuée rapidement et fournit des indications quand à son état de santé actuel; en outre, l'intéressée requiert que son invalidité soit reconnue par anticipation afin qu'elle puisse recevoir une rente lui permettant de faire face à ses besoins financiers (TAF pce 6),

et considérant

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

que 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), le TAF, 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 prises par l'OAIE,

que selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le TAF 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,

qu'en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où est applicable la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1),

qu'à cet égard, aux termes de 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 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA,

que la recourante, particulièrement touchée par la décision attaquée, a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 59 LPGA) et dispose ainsi de la qualité pour recourir,

que le recours, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), est recevable,

qu'en vertu des art. 43 LPGA et 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'autorité inférieure doit examiner les demandes de prestations d'invalidité, prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements et les pièces dont il a besoin, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté,

que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est un motif de recours (art. 49 let. b PA),

que, en particulier, le Tribunal fédéral a établi que 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 la loi (cf. les ATF 132 V 65, 131 V 49 et 130 V 352); qu'il existe ainsi une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; que le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la

personne incapable de fournir cet effort de volonté, et qu'il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux,

qu'à cet égard, il faut retenir au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; que parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 1) des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux,

qu'il ressort de la dernière prise de position du 10 mars 2014 du SMR que, au vu des pièces médicales versées en procédure de recours, un complément d'instruction est nécessaire sous la forme d'une troisième expertise psychiatrique qui devra se positionner par rapport aux expertises déjà réalisées étant donné que, sur la base des mêmes faits, elles retiennent des conclusions diagnostiques et des limitations fonctionnelles différentes (TAF pce 3),

que, dans sa réponse du 19 mars 2014, l'autorité inférieure a dès lors proposé l'admission partielle du recours, l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire selon la prise de position de l'OAI du 13 mars 2014 et le rapport SMR du 10 mars 2014 (TAF pce 3),

que, faisant suite à l'ordonnance du 1^{er} avril 2014 du Tribunal impartissant un délai à la recourante pour se prononcer sur le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, celle-ci ne s'oppose pas au renvoi de la cause pour complément d'instruction et dit être prête à se soumettre au plus vite à une expertise psychiatre supplémentaire (TAF pce 6),

qu'en effet, l'expertise psychiatrique du Dr E._____ est contredite et critiquée par une seconde expertise psychiatrique mandatée par l'assurance maladie de A._____ suite au rapport médical du

22 juillet 2013 de son psychiatre traitant, le Dr C._____, retenant nouvellement que l'intéressée présente un trouble bipolaire de type I,

qu'en l'espèce, le Tribunal ne saurait départager ces deux avis d'experts et qu'ainsi, à la lecture des pièces versées au dossier et notamment au vu du rapport médical détaillé du SMR du 10 mars 2014, le Tribunal ne voit pas de motifs de s'écarter de la proposition de l'OAIE, attendu que l'art. 61 al. 1 PA l'autorise, bien qu'exceptionnellement, à renvoyer l'affaire à l'autorité inférieure avec des instructions impératives (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4),

que, le Tribunal a de plus donné à la recourante l'occasion de se prononcer sur le renvoi de la cause auprès de l'OAIE par ordonnance du 1^{er} avril 2014 (TAF pce 4), laquelle a indiqué son accord de principe quant au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique (ATF 137 V 314, consid. 3.2.4),

qu'en l'espèce, le droit à la rente de la recourante ayant été nié par l'autorité inférieure dans le cadre de la décision entreprise, le renvoi de la cause à l'OAIE ne risque pas d'entraîner pour l'intéressée une péjoration de la situation dans laquelle elle a été placée par la décision querellée,

que, toutefois, il ressort également du dossier que la recourante présente des lombalgies avec protrusion L5-S1 venant compliquer une discarthrose locale (pce 3 p.21), ainsi qu'une symptomatologie douloureuse des cervicales et du membre supérieur gauche avec paresthésies sans déficit moteur réflexe et sensitif en raison de modifications arthrosiques avec barres disco-ostéophytiques en C5-C6 (pce 3 pp. 17 à 19); qu'il ressort notamment des rapports médicaux des 1^{er} février et 27 août 2013 du Dr B._____, que malgré une amélioration des brachialgies par traitement de kinésithérapie, les cervicalgies et raideurs musculaires persistent chez la recourante; que, par ailleurs, le Dr E._____, dans le cadre de son expertise, mentionne que la recourante se plaint de douleurs permanentes au niveau des cervicales et du bras gauche associées à une sorte de tétanie le matin (pce 30 p. 37),

que le médecin SMR dans son rapport du 18 septembre 2013 retient notamment des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg) sur la base des atteintes somatiques de la recourante ne lui permettant plus d'exercer son activité habituelle de serveuse (pce 35),

que, pour finir les deux experts psychiatriques ne s'accordent pas sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, la Dresse G. _____ estimant laconiquement que le tableau clinique ne correspond pas à un tel trouble (TAF pce 1) et le Dr E. _____ considérant que les pièces au dossier ne lui permettent pas sans examens complémentaires de se prononcer sur l'existence d'un tel trouble bien que selon les critères jurisprudentiels il ne serait de toute manière pas considéré comme invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique (pce 30 pp. 38 et 43),

que, dès lors il apparaît indispensable au Tribunal d'ajouter un volet rhumatologique à l'expertise que l'autorité inférieure devra ordonner, afin de déterminer précisément les atteintes somatiques de la recourante et leur évolution, ainsi que de permettre une appréciation globale de l'état de santé de l'intéressée et de sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans des activités adaptées,

que, dans ces circonstances, le recours du 20 novembre 2012 doit être partiellement admis, en ce sens que la décision entreprise est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction à tout le moins sous la forme d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique; que, l'OAIE prendra une nouvelle décision après avoir mandaté cette troisième expertise laquelle devra permettre une appréciation globale de l'état de santé de la recourante et des conséquences de ses atteintes somatiques et psychiatriques sur sa capacité de travail, en établissant des diagnostics somatiques clairs d'un point de vue rhumatologique et neurologique, et qui ensuite se positionnera par rapport aux expertises psychiatriques réalisées quant aux différents diagnostics posés (état dépressif, trouble bipolaire de type I, troubles mentaux consécutifs à la consommation de cannabis, psychose non hallucinatoire recouverte par d'importantes défenses obsessionnelles, etc.), quant aux limitations fonctionnelles retenues et à leur influence sur la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle de serveuse, ainsi que dans des activités de substitution adaptées depuis le 28 juillet 2012; en particulier, cette expertise devra se pencher sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et sur son éventuelle influence sur la capacité de travail de la recourante,

que, par ailleurs, le Tribunal relève qu'une rente d'invalidité ne saurait être octroyée par anticipation à un assuré alors même que la procédure d'instruction n'est pas terminée, considérant que cette possibilité n'est pas prévue par la législation suisse; que, en toute état de cause, l'intérêt

privé d'un assuré à obtenir le versement d'une rente afin de ne pas devoir faire appel à un organisme d'assistance ne saurait être considéré comme prépondérant par rapport à celui de l'autorité inférieure à éviter une procédure en recouvrement de rentes versées à tort (cf. par analogie la jurisprudence du TF à propos de la restitution de l'effet suspensif: ATF 129 V 375 consid. 4.3, ATF 119 V 507 consid. 4 et réf. cit., ATF 105 V 266, consid. 3),

que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2),

qu'il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA),

que, la recourante n'étant pas représentée et n'ayant pas fait valoir de frais particuliers de défense, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2),

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision entreprise annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et pour nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __. __. __. __ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Audrey Bieler

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions des articles 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: