

BVGer C-2314/2012 vom 17. Oktober 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2314_2012

FR: TAF C-2314/2012 du 17 octobre 2013

IT: TAF C-2314/2012 del 17 ottobre 2013

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

L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que 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. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontrière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

E. 2.1

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. 2.2

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. 2.3

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). 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 (cf. 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/Martin Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3e éd., Zurich 2013, n°154 ss).

E. 4.1

En l'espèce, A. _____ est citoyenne d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (art. 80a LAI; concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 [RS 0.831.109.268.1 et RS 0.831.109.268.11], on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne sont pas applicables en l'espèce).

E. 4.2

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), 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. 40 du règlement [CEE] n° 574/72 en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 [RO 2004 121, RO 2008 4219, RO 2009 4831]).

E. 5.1

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). En l'espèce, dès lors que la recourante fait valoir être victime d'une atteinte incapacitante dès 2003 ou au plus tard dès le mois de juin 2004 et avoir droit à une rente entière d'invalidité dès janvier 2005 (TAF pce 1) et que la demande y afférente a été déposée le 9 janvier 2006 (pce 1), le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (4ème révision de la LAI; RO 2003 3837; FF 2001 3045); les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 et celles de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 ne sont par contre pas applicables.

E. 5.2

La recourante a présenté sa demande de rente le 9 janvier 2006 en faisant valoir une atteinte à la santé présente depuis l'année 2003. 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 se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 9 janvier 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 6 mars 2012, 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 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 6.1

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au une année entière de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Or, en l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'un an (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 6.2

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. 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). 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. 7.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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. 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).

E. 7.2

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et réf. cit.).

E. 8.1

En l'espèce, il est admis que A._____ souffre principalement de douleurs de type fibromyalgique depuis 2003, ainsi que d'ostéomalacie avec fracture de fatigue au niveau des pieds (pce 12 pp. 12 et 15; pce 13 p.14 et 26 pp. 2 à 4), et que celle-ci a présenté un cancer du sein gauche opéré à deux reprises en juillet 2004 par tumorectomie et mastectomie (cf. pces 4, 12 et 18). Traitée par chimiothérapie et radiothérapie jusqu'à la fin de l'année 2004 (pce 54 p. 39), l'assurée poursuit une hormonothérapie de janvier 2005 à juin 2010 (pces 32, 41 p. 2 et 62 p. 9). Par ailleurs, celle-ci présente des symptômes dépressifs depuis l'année 2004 et bénéficie d'un suivi psychothérapeutique depuis l'automne 2006 (pces 26 pp. 1 et 4).

E. 8.2

S'agissant d'une éventuelle invalidité, les médecins et experts consultés ne s'accordent pas sur la gravité des symptômes dépressifs de l'assurée ni sur l'influence de ses diverses affections sur sa capacité de travail. En effet, des suites des traitements oncologiques, A._____ est reconnue en incapacité de travail du 17 juin 2004 au 5 septembre 2005 par ses médecins traitants (pces 12, 18, 21). Après une tentative de reprise du travail à 50%

soldée par un échec, la Dresse F. _____, dans deux rapports médicaux des 7 et 17 janvier 2006 (pces 4 et 12) déclare l'assurée incapable de travailler depuis le mois de janvier 2006 dans tout type d'activités en raison de la recrudescence de ses douleurs fibromyalgiques, d'une asthénie importante due à la poursuite de l'hormonothérapie et d'un trouble dépressif réactionnel. Suite à une première instruction, l'OAIE arrive toutefois à la conclusion que l'assurée ne présente pas d'invalidité malgré une dysthymie (cf. le rapport d'expertise du Dr G. _____ du 30 décembre 2006; pce 32) et un état douloureux diffus et fluctuant associé à une fibromyalgie, ainsi qu'un status après mastectomie gauche pour carcinome mammaire en rémission (cf. le rapport d'expertise du 8 juin 2007 du Dr K. _____; pce 54) et rejette la demande de rente de l'assurée par décision du 16 octobre 2007 (pce 69).

E. 8.3

L'assurée ayant recouru contre cette décision, le Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal) par arrêt du 19 janvier 2010 (C-7772/2007; pce 75) a annulé la décision entreprise et renvoyé la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction. D'une part le Tribunal estime alors qu'un rhumatologue aurait dû être consulté et l'expertise aurait dû contenir un échange de vues entre les experts afin de juger du caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre l'assurée. D'autre part, le Tribunal souligne les lacunes de l'expertise somatique qui ne tient pas compte des conséquences du traitement d'hormonothérapie sur la capacité de travail de l'assurée et dont les conclusions sont peu claires; en effet, l'expert retient que l'assurée a retrouvé une capacité de travail depuis juillet 2005 sans préciser laquelle et mentionne plus haut que celle-ci présente une capacité de travail entière dans sa dernière activité avec une diminution de rendement de 25% au moment de l'expertise; une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2003 est également mentionnée (pce 54). Le Tribunal estime alors qu'une expertise oncologique, rhumatologique et psychiatrique avec échange de vues des spécialistes doit être ordonnée par l'OAI-GE afin de clarifier la capacité de travail de l'assurée pour la période déterminante, à savoir dès le 17 juin 2005.

E. 8.4

L'OAI-GE rassemble des informations supplémentaires auprès des médecins traitants de l'assurée, qui la déclarent en substance incapable de travailler en raison d'une profonde asthénie, de sa fibromyalgie, d'un état dépressif majeur de degré moyen (cf. les rapports médicaux des Drs N. _____, C. _____ et O. _____; pces 80, 82, 83, 100 et 102). L'Office AI cantonal consulte ensuite son service médical, lequel, dans un avis du 11 février 2011, considère qu'une expertise rhumatologique, psychiatrique et oncologique est nécessaire. Dès lors, l'OAI-GE requiert qu'une expertise pluridisciplinaire soit effectuée auprès de la polyclinique médicale universitaire (PMU). Sur la base de cette expertise du 18 octobre 2011 et de l'appréciation du SMR (pces 111 et 114), l'OAIE, par décision du 6 mars 2012, rejette finalement la demande de rente de l'assurée déposée le 9 janvier 2006 lui niant tout droit à une rente.

E. 8.5

Dans le cadre de son recours contre cette décision, la recourante reproche à l'autorité inférieure d'avoir mal exécuté l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 19 janvier 2010, relevant d'une part qu'un rhumatologue n'a pas participé au colloque de synthèse et d'autre part que le volet oncologique requis par le Tribunal n'a pas été effectué. Remettant ainsi en cause la valeur probante de l'expertise effectuée, la recourante relève également que, si par

impossible son cancer en rémission ne devait plus avoir d'influence sur sa capacité de travail, il ressort clairement du dossier qu'elle a subi une longue incapacité de travail durant la période déterminante. Considérant ces lacunes, la recourante requiert qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée depuis le 1er juin 2005 sur la base des rapports médicaux de ses médecins traitants ou subsidiairement que le Tribunal ordonne un complément d'expertise oncologique (TAF pces 1 et 7).

E. 9.1

A titre préliminaire, il sied de noter qu'un arrêt de renvoi oblige l'autorité à laquelle le dossier est renvoyé à statuer et que celle-ci doit le faire dans les limites tracées par l'arrêt de renvoi, c'est-à-dire en se conformant aux considérants du jugement. L'autorité de première instance est donc liée non seulement par le dispositif lorsqu'il entre en force, mais également par les motifs de l'arrêt. Enfin, les considérants de l'arrêt lient non seulement l'autorité de renvoi, mais aussi les parties et l'autorité de recours elle-même, qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêts du Tribunal fédéral 9C_837/2011 du 29 juin 2012 consid. 5.2, 9C_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1.1, I 711/04 du 6 mars 2006 consid. 1; RDAF 2011 I p. 113 n° 126).

E. 9.2

Or, en l'espèce force est au Tribunal de reconnaître que l'autorité inférieure n'a pas mis complètement en application l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010 en omettant de requérir la participation d'un oncologue à l'expertise pluridisciplinaire et considérant l'absence d'échange de vues entre l'expert psychiatrique et l'expert rhumatologue, qui a été en l'espèce uniquement consulté en consilium et n'a pas signé l'expertise du 18 octobre 2011. L'autorité inférieure, se référant à l'avis du SMR, considère que le volet oncologique n'était pas nécessaire, l'assurée étant en rémission et ne bénéficiant plus que d'une surveillance simple par le Dr C._____ (TAF pce 3). En effet, dans son rapport du 31 mai 2012, le SMR estime qu'un médecin interniste était le mieux à même de suivre une maladie tumorale en rémission depuis de nombreuses années. S'agissant de la reconnaissance du caractère invalidant de la fibromyalgie de l'assurée, le SMR relève que les signes jurisprudentiels de gravité sont bien explicités par les experts et manifestement insuffisants pour reconnaître une incapacité de travail de l'assurée à ce titre.

E. 9.3

Dans la présente occurrence, le renvoi de la cause à l'OAIE pour complément d'instruction par le TAF en 2010 avait justement pour but de clarifier la capacité de travail de l'assurée depuis le 17 juin 2005, soit une année après la survenance de son cancer du sein. Si l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'à la fin de sa chimiothérapie et radiothérapie ne fait que peu de doute et semble admise par les divers médecins et experts, à savoir jusqu'à la fin de l'année 2004 (pces 12 et 54), l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée pour les périodes ultérieures divergent de manière importante entre les premiers experts, les Drs G._____ et K._____, et les médecins traitants de l'assurée (cf. supra consid. 8.2). A l'exception d'une reprise du travail à 50% pour la période du 6 septembre 2005 au 11 janvier 2006 (entrecoupée d'un arrêt complet durant 10 jours), l'assurée est mise en arrêt à 100% par ses médecins traitant du 17 juin 2004 au 5 septembre 2005 puis dès le 1er janvier 2006 en raison de douleurs fibromyalgiques accrues accompagnées d'un trouble dépressif réactionnel et d'asthénie (cf. supra consid. 8.2). Quant à l'expert interniste, le Dr K._____, il livre dans son expertise du 8 juin 2007 des conclusions peu claires à propos de l'influence

des atteintes de l'assurée sur sa capacité de travail (cf. supra consid. 8.3). Dès lors, l'imbrication des douleurs fibromyalgiques, du trouble dépressif de l'assurée et de l'asthénie provoquée par le traitement d'hormonothérapie suivie par celle-ci dès janvier 2005 est telle que le TAF a estimé que seule une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et oncologie avec échange de vues des spécialistes était à même de déterminer les conséquences des atteintes somatiques et psychiques de l'assurée sur sa capacité de travail.

E. 9.4

Or, s'agissant de l'atteinte oncologique de l'assurée, le Tribunal relève que, même en admettant qu'un médecin interniste est également apte à juger de l'évolution d'un cancer en rémission, l'expertise pluridisciplinaire effectuée en complément d'instruction le 18 octobre 2011 reste lacunaire. En effet, les experts relèvent uniquement que l'assurée n'est plus suivie par un oncologue pour son cancer en rémission et ne présente plus d'asthénie importante au moment de l'expertise. Ainsi, en tenant compte des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche liée aux interventions et à la radiothérapie, ils concluent à une capacité de travail entière dans une activité adaptée au moment de l'expertise (pce 111 p. 21). A cet égard, le Tribunal estime cette appréciation d'un point de vue oncologique réellement insuffisante. Les experts concluent globalement à une capacité de travail à 100% dès le début de l'année 2007 (se référant à la date de l'expertise du Dr K. _____) et indiquent qu'il est "difficile de se prononcer sur la période entre janvier 2006 et janvier 2007", reprenant pour les périodes antérieures les arrêts de travail fixés par les médecins traitant (p. 23 de l'expertise). Ils ne se prononcent donc pas sur une grande partie de la période déterminante pour l'octroi d'une rente d'invalidité et ne discutent pas de l'influence du traitement d'hormonothérapie suivi par l'assurée combinée avec les douleurs fibromyalgiques, alors que son incapacité de travail depuis juillet 2005 est justement un point de divergence entre les divers médecins consultés dans le cadre de ce dossier.

E. 9.5

Le service SMR s'est ainsi à tort contenté de cette expertise pour juger du droit à la rente de l'assurée durant la période déterminante et aurait dû à tout le moins réclamer un complément d'expertise en formulant les questions aux experts de manière à mettre en oeuvre de manière correcte l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010, afin qu'ils discutent les divers rapports médicaux au dossier, expliquent pour quelle raison ils se rallient à l'expertise du Dr K. _____ et se positionnent clairement sur la capacité de travail de l'assurée depuis le mois de juin 2005. Par ailleurs, le service SMR lui-même a requis une expertise pluridisciplinaire contenant un volet oncologique auprès de la PMU (avis SMR du 11 février 2011; pce 104); toutefois, il n'apparaît pas au dossier pour quelles raisons un oncologue n'a pas participé à l'expertise demandée. Ce d'autant que, durant la période déterminante, il ressort du dossier que l'assurée présentait bel et bien une asthénie souvent décrite comme importante en rapport avec son traitement d'hormonothérapie, élément qui n'a pas été discuté dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire (cf. les rapports des 26 juin 2006 et 27 juillet 2007 de la Dresse F. _____ [pces 23 et 59 p. 2]; les rapports des 18 janvier 2008, 14 et 20 février 2008, ainsi que des 9 mars 2008, 22 juin 2009 et du 22 juillet 2011 de la Dresse N. _____ [pces 73, 80 p. 3 et 82] et du rapport du 17 janvier 2011 du Dr C. _____ [pce 100]).

E. 9.6

Ainsi, comme il ressort de l'arrêt du TAF du 19 janvier 2010, ces éléments sont de nature à semer un doute important quant au point de savoir si l'atteinte oncologique permettait effectivement à la recourante d'exercer à 100% son ancien métier ou une activité adaptée, en raison de l'imbrication avec ses autres atteintes. Le Tribunal ne saurait se déterminer sans une appréciation globale et pluridisciplinaire sur toute la période déterminante. Dès lors, considérant les conclusions peu claires de l'expertise pluridisciplinaire du 18 octobre 2011 pour les périodes antérieures à l'expertise, soit depuis le mois de juin 2005, le Tribunal considère que la cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

E. 10.1

S'agissant de la valeur probante de l'expertise du 18 octobre 2011 et de savoir si celle-ci s'en trouve altérée par l'absence d'un échange de vues formel entre l'expert psychiatrique et l'expert rhumatologique, le Tribunal relève qu'il ne ressort pas de la jurisprudence du Tribunal fédéral que cela soit obligatoire. En effet, le Tribunal fédéral considère qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques est la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut toutefois réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.

E. 10.2

Ainsi, le Tribunal considère que l'absence d'échange de vues ou l'absence de signature d'un expert consulté ne saurait invalider de manière automatique une expertise pluridisciplinaire. Dans le cas présent, les conclusions des experts psychiatrique et rhumatologique apparaissent correspondre aux conditions jurisprudentielles en la matière (consid. 7.1). En effet, le Dr T._____, expert rhumatologue, indique sans équivoque qu'au moment de l'examen du 15 juin 2011 "la capacité d'un point de vue rhumatologique médico-théorique est complète, à moins que le syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgique [dont souffre l'assurée] soit accompagné d'une comorbidité psychiatrique ayant valeur de maladie" (page 18 de l'expertise). Les deux médecins internistes et le médecin psychiatre étaient à même de livrer une appréciation globale et interdisciplinaire de l'état fibromyalgique de l'assurée au moment de l'expertise, l'absence du médecin rhumatologue lors du colloque de synthèse n'apparaît pas au Tribunal comme portant atteinte à la valeur probante de l'expertise s'agissant de la fibromyalgie.

E. 10.3

Toutefois, l'intérêt d'un échange de vues entre les experts rhumatologue, psychiatre et oncologique reposait en l'espèce également dans le fait de pouvoir déterminer si le cumul des différentes affections de l'assurée pouvait justifier un incapacité de travail telle que retenue par ses médecins traitant suite à son traitement oncologique par chimiothérapie et radiothérapie. Or, comme relevé sous considérant 9, non seulement les experts internistes et psychiatriques n'ont pas pris position de manière satisfaisante sur une éventuelle incapacité

de travail de l'assurée antérieurement à l'expertise, mais, de plus, une appréciation globale de l'influence de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée entre le début de son hormonothérapie (janvier 2005) et l'expertise effectuée au printemps 2011 n'a pas été réalisée, l'expert rhumatologue n'ayant pas participé au colloque de synthèse et les médecins internistes, au demeurant non spécialisés en oncologie, n'ayant discuté à aucun moment de l'influence de l'asthénie importante de l'assurée décrite par les médecins traitant jusqu'à la fin de son traitement d'hormonothérapie en juin 2010 (cf. consid. 9.4).

E. 10.4

Malgré le fait que l'on peut reconnaître une certaine valeur probante à l'expertise de la PMU s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée au moment de l'expertise et pour l'avenir, le Tribunal rappelle l'ATF 135 V 148, fixant qu'une autorité judiciaire qui statue avant le Tribunal fédéral doit autant que possible éviter de se prononcer matériellement sur une période ultérieure du droit à la rente contesté lorsqu'elle renvoie la cause à l'administration pour des investigations complémentaires portant sur la période initiale. Si elle choisit quant même un tel procédé, elle ne pourra pas rendre une décision partielle mais uniquement une décision incidente (ATF 135 V 148 consid. 5). Cette jurisprudence se fonde notamment sur l'idée que l'examen du droit à des prestations dans une période initiale peut éventuellement mettre à jour des éléments nouveaux qui remettraient en question le jugement portant sur la période ultérieure. Dès lors, le Tribunal ne saurait se déterminer sur le droit à la rente de l'assurée au moment de l'expertise effectuée en mai-juin 2011 (pce 111), étant donné que les faits fondant un éventuel droit à une rente d'invalidité pour la période antérieure ne sont pas suffisamment instruits pour pouvoir se prononcer en l'état du dossier.

E. 11.1

En conséquence, le Tribunal admet partiellement le recours et annule la décision entreprise (ATF 135 V 148, consid. 5.3). Pour le surplus, faisant droit à la conclusion subsidiaire du recourant, la cause est renvoyée à l'autorité inférieure, en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4), afin quelle mette en oeuvre une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et oncologique avec échange de vues, dans le but de déterminer précisément et de manière interdisciplinaire la capacité de travail de la recourante depuis le 9 janvier 2005 dans son activité habituelle et dans des activités adaptées. Auparavant, une actualisation des rapports des médecins traitants pourra être requise par le service médical de l'administration. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 11.2

Il est précisé que l'autorité inférieure portera un soin tout particulier à la formulation des questions aux experts, qui devront non seulement se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante au moment où l'expertise sera effectuée, mais qui devront également, sur la base des pièces médicales au dossier, se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée depuis le 9 janvier 2005 en tenant compte des expertises déjà effectuées et des rapports des médecins traitants rapportant plusieurs affections s'influençant entre elles. Les experts devront expliciter pour quelle raison ils s'écartent de l'avis des médecins dont ils ne suivent pas les conclusions et en particulier ils discuteront de

l'éventuelle influence de l'hormonothérapie suivie par l'assurée de janvier 2005 à juin 2010; l'asthénie provoquée par ce traitement étant susceptible d'influencer sa capacité de travail dans le contexte de ses autres affections. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen et d'autres mesures d'instruction seront entreprises si nécessaire. Enfin, une nouvelle décision sera prise sur la base d'un dossier complété et actualisé conformément aux considérants du présent arrêt.

E. 12

A. _____ ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement. La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'800.--, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que l'avocat pouvait y consacrer (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]). (Le dispositif se trouve à la page suivante)

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