

BVGer C-3110/2007 vom 4. Dezember 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3110_2007

FR: TAF C-3110/2007 du 4 décembre 2009

IT: TAF C-3110/2007 del 4 dicembre 2009

Regeste

Assurance-invalidité (divers)

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), le Tribunal de céans, 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. En application de 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 et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2.1

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.

E. 2.2

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4ème révision). Les dispositions de la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables.

E. 2.3

La recourante a présenté sa demande de rente le 27 novembre 2002 (pce 1 p. 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 se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 27 novembre 2001 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 mars 2007, 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. 2.4

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 compensations [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. 3

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); compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 5) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

E. 4.1

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.

E. 4.2

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. 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). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants suisses (cf. 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], Annexe II art. 1er ch. 2), qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (arrêt du Tribunal fédéral I 702/03 du 28 mai 2004 consid. 1 et références).

E. 4.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assurée, in casu ressortissante de l'Union européenne, 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; voir 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).

E. 4.4

Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.1

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008).

E. 5.2

Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

E. 6.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 6.2

En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. 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 références citées).

E. 7.1

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

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 V 351 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 V 351 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 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8

En l'espèce, le litige concerne le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et porte sur les diagnostics à retenir et les conséquences de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée.

E. 8.1

Le Tribunal de céans constate tout d'abord que l'argumentation développée par l'autorité inférieure n'est pas suffisante et que la constatation des faits est inexacte et incomplète.

E. 8.1.1

Ainsi, dans la décision du 12 décembre 2005 (pce 84), l'OAIE se limite, sur le plan matériel, à indiquer que la recourante ne peut pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité au vu des actes de la cause et que, de ce fait, sa demande y relative doit être rejetée. Cette motivation des plus sommaires apparaît toutefois très critiquable notamment eu égard aux avis divergents exprimés dans les rapport médicaux versés au dossier. On note en particulier que les experts mandatés par l'administration pour apprécier l'état de santé de la recourante ont conclu à une capacité de travail de l'assurée de 50% dans son activité habituelle et de 80% dans une activité de substitution (expertise du 7 octobre 2005 signée par les Drs Q. _____ et R. _____ [pce 81 p. 13 ss]; cf. également la prise de position semblable du Dr J. _____ dans son rapport médical du 23 octobre 2003 [pces 46, 47, 50 et 51] et le rapport médical du Dr D. _____ du 28 janvier 2003 retenant par contre une incapacité de travail totale de la recourante basée sur le seul diagnostic de fibromyalgie [pces 35 et 40]). Dans ces circonstances, on pouvait attendre de l'autorité inférieure que, pour le moins, elle explique pour quelles raisons elle ne suivait pas l'avis des Drs Q. _____ et R. _____ et avait renoncé à effectuer une comparaison des revenus, ceci pour permettre à la recourante de comprendre les motifs de la décision et de se défendre correctement en procédure d'opposition.

E. 8.1.2

Dans la décision sur opposition du 14 mars 2007 (pce 98), l'OAIE précise que, selon la documentation médicale versée au dossier, le diagnostic de fibromyalgie est le seul trouble médical avec répercussion sur la capacité de travail et cite la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à cette affection. En outre, il indique que son service médical confirme les

conclusions de l'expertise selon lesquelles "un travail régulier sans horaire nocturne, en évitant les postures assise ou debout prolongées ainsi que le port de charges est tout à fait exigible avec une capacité de travail réduite à 80% en raison de la fatigabilité importante dans un contexte de douleur." Or, force est de constater que cette allégation est inexacte. En effet, le Dr N._____, dans ses prises de position du 1er décembre 2005 (pce 82) et du 28 février 2007 (pce 97), s'écarte des conclusions de l'expertise du 7 octobre 2005 et conclut à l'absence d'une quelconque incapacité de travail de la recourante en se basant sur la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie. Dans ces conditions, on voit mal sur quelle pièce du dossier l'administration se fonde pour retenir une capacité de travail de la recourante de 80% dans sa profession habituelle. La réponse au recours du 17 septembre 2007 (pce TAF 5) n'apporte également pas de renseignement en la matière.

E. 8.2

Parallèlement à ces irrégularités, le Tribunal de céans constate que l'intéressée a fait parvenir au Tribunal administratif fédéral des rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise dont il convient de tenir compte dans le jugement de la présente cause (cf, à ce sujet ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 99 V 98 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 856/02 du 24 décembre 2003 consid. 2.3). Il ressort de cette documentation que, contrairement à ce qu'a retenu l'administration, la fibromyalgie diagnostiquée chez l'assurée n'est pas la seule affection qui était susceptible d'avoir des incidences sur la capacité de travail de cette dernière au moment déterminant. En effet, dans le compte rendu opératoire du 9 juillet 2008, le Dr V._____ fait part d'une tumeur extra-durale rétro-médullaire localisée en D8-D9 exerçant un effet de masse net sur la moëlle qui est refoulée en avant et à droite (pce TAF 15 p. 3; cf. également pce TAF 27 p. 6 [rapport médical du 5 janvier 2009 signé par le Dr W._____] et pce TAF 27 p. 7 [rapport médical du 19 janvier 2009 établi par le Dr X._____ faisant part de séquelles d'une compression médullaire dorsale par une tumeur extra-durale opérée en juillet 2008]). Dans son rapport médical du 11 septembre 2008 (pce TAF 19 p. 12), le Dr V._____ précise que cette lésion de nature bénigne évolue très lentement, ce qui explique que le diagnostic est souvent porté tardivement chez des patients ayant des troubles évoluant sur des années. Cette appréciation n'est par ailleurs pas contredite par le Dr N._____, du service médical de l'OAIE, qui considère comme possible que l'angiome capillaire localisé en D8-D9 ait été à l'origine de dorsalgies au milieu du dos observées chez la recourante avant le prononcé de la décision entreprise du 14 mars 2007 (pce 102 p. 3 [prise de position du 17 novembre 2008]). Il précise toutefois qu'"il faut être prudent car ces dorsalgies étaient incluses dans la description d'une extension des douleurs à tout le corps, réalisant les critères de la fibromyalgie. Ainsi, il n'est même pas certain que ces dorsalgies soient dues à la tumeur et par conséquent qu'elles puissent être soulagées par l'exérèse de cette dernière." En outre, il estime que les manifestations neurologiques de la tumeur dorsale chez l'assurée sont mineures énumérant comme éventuelles limitations fonctionnelles une minime diminution de la force musculaire de la racine des membres inférieurs, une diminution du sens positionnel et de la sensibilité aux vibrations des membres inférieurs expliquant l'instabilité à la marche, une sensation de compression douloureuse et de froid douloureux ainsi que des troubles urinaires. Il ne décèle ainsi aucun motif de revenir sur ses appréciations antérieures selon lesquelles la recourante ne présenterait pas d'incapacité de travail dans sa profession habituelle et dans une activité de substitution. Le Tribunal de céans ne peut cependant, en l'état du dossier, se rallier à ces conclusions qui ne sont pas convaincantes. En effet, le fait

que la recourante, outre les dorsalgies, ait fait part d'autres douleurs non imputables à la tumeur lors de l'instruction de la cause ne permet pas d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte cancérigène et les symptômes y relatifs n'aient pas entraîné une incapacité de travail significative au moment déterminant. Par ailleurs, les déficits éventuels retenus par le médecin de l'Office en rapport avec l'angiome capillaire n'apparaissent pas tous de prime abord comme étant anodins. Il sied en particulier de relever que, avant le prononcé de la décision attaquée, l'intéressée avait signalé des douleurs au niveau de la région des omoplates, à savoir un endroit qui - pour le moins dans sa partie inférieure - est très proche du lieu où la tumeur dorsale a été localisée postérieurement (rapport du 18 juillet 2002 établi par la Dresse H. _____ [pces 32-33]; rapport du 28 janvier 2003 signé par le Dr D. _____ [pce 35]; expertise du 7 octobre 2005 [pce 81 p. 7]), des pertes de l'équilibre (expertise du 7 octobre 2005 [pce 81 p. 8]; acte d'opposition de la recourante du 23 février 2006 [pce 95 p. 3]; prise de position du Dr N. _____ du 28 février 2007 [pce 97 p. 6]) et des percussions rachidiennes diffusément sensibles (acte de recours du 3 mai 2007 [pce TAF 1 p. 5]). Les symptômes décrits par l'assurée étaient ainsi compatibles avec les éventuels déficits fonctionnels liés à la tumeur tels que mentionnés par le Dr N. _____. Dans ce contexte, on remarque également que le Dr T. _____, dans son rapport du 19 octobre 2007, retenait que le discours s'enlisait à tort dans le diagnostic de fibromyalgie (pce TAF 7 p. 20), ce qui, a posteriori, semble être confirmé par la nouvelle documentation médicale produite. Au demeurant, on note que l'assurée n'a pas été soumise à une imagerie par résonance magnétique de la colonne vertébrale lors de l'instruction médicale ayant abouti à la décision entreprise (cf. pce 81 p. 3 [expertise médicale du 7 octobre 2005 faisant uniquement mention d'un rapport radiographique de la colonne cervicale et lombaire du 9 novembre 1999]). Dans ces circonstances, il y a de sérieuses raisons de penser que la tumeur dorsale découverte en 2008 seulement chez l'assurée était susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail de cette dernière dans la période déterminante (cf. à ce sujet supra consid. 4.3; voire également consid. 2.3) que ce soit dans sa profession d'infirmière exigeant d'accomplir des travaux lourds ou dans une activité de substitution. Il semble en particulier vraisemblable que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs Q. _____ et R. _____, dans l'expertise du 7 octobre 2005, et imputées à ce moment-là exclusivement au diagnostic de fibromyalgie (pce 81 p. 12), aient eu en partie leur cause dans cette affection (non décelée par les experts), étant donné qu'un lien de causalité semble être donné pour le moins en ce qui concerne les dorsalgies et que, de toute façon, celui-ci ne peut pas être écarté en l'état du dossier.

E. 8.3

Au vu de ce qui précède, il se justifie, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment une nouvelle expertise pluridisciplinaire se prononçant sur l'état de santé de la recourante. L'autorité inférieure veillera notamment à ce que les experts mandatés se prononcent de manière précise et différenciée quant aux conséquences de la tumeur dorsale en D8-D9 sur la capacité de travail de l'assurée avant et après l'intervention chirurgicale effectuée sur l'intéressée le 9 juillet 2008. Cas échéant, ils se prononceront également sur l'exigibilité d'une activité de substitution avec indication des professions entrant en ligne de compte et détermination du status de l'assurée ainsi que de la méthode adéquate pour effectuer la comparaison des revenus (cf. à cet égard ATF 134 V 9 consid. 7.3 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4 portant sur la problématique d'un facteur de pondération à prendre en considération lors d'effets réciproques dommageables entre les champs d'activité

lucrative et ménagère; concernant la nécessité éventuelle d'une enquête ménagère ou d'autres mesures de substitution adéquates voire également arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.2.1 et les références; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7828/2007 du 8 septembre 2009 consid. 11.1 et C-5131/2007 du 16 mars 2009 consid. 4.2.5). L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 9

Indépendamment de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure. En effet, étant donné que la recourante a présenté son opposition à la décision de l'OAIE du 12 décembre 2005 au mois de décembre 2005/février 2006 et que, par conséquent, la procédure d'opposition était pendante auprès de l'OAIE au moment de l'entrée en vigueur, le 1er juillet 2006, de la modification de la LAI du 16 décembre 2005 (et notamment de son art. 69 al. 2), la procédure était gratuite pour celle-ci (cf. la let. b des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005 concernant les mesures de simplification de la procédure en relation avec l'art. 69 al. 2 LAI a contrario).

E. 10

La recourante ayant agi en étant représentée, il lui est alloué une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- (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).

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