

# **BVGer C-3118/2006 vom 10. Juni 2008**

Bundesverwaltungsgericht, 2008-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3118\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3118_2006)

FR: TAF C-3118/2006 du 10 juin 2008

IT: TAF C-3118/2006 del 10 giugno 2008

## **Regeste**

Assurance-invalidité (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1er janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]).

### **E. 1.2**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

### **E. 1.3**

En l'espèce, dans la mesure où l'assurée était domiciliée à l'étranger au jour de la décision attaquée, celle-ci aurait dû être rendue par l'OAIE conformément à l'art. 40 al. 1 let. b du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). La décision du 2 novembre 2006 entreprise par A. \_\_\_\_\_ ayant été notifiée à tort par l'OCAI, l'OAIE a proposé de rendre formellement une nouvelle décision matériellement identique qui se substituerait alors à la première comme objet du recours. L'assurée a donné son accord par acte du 2 mars 2007. En outre, par arrêt du 22 février 2007 le Tribunal cantonal genevois s'est déclaré incompétent *ratione loci* et a transmis la cause au Tribunal de céans pour la suite de procédure. Par économie de procédure, il convient dès lors de considérer que la décision du 1er février 2007 de l'OAIE constitue l'objet du recours, le Tribunal administratif fédéral étant par voie de conséquence compétent pour connaître de la présente cause en application des dispositions précitées.

### **E. 2.1**

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. L'art. 1 al. 1 LAI prévoit que 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. 2.2**

La recourante est particulièrement touchée par la décision querellée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a, partant, qualité pour recourir.

## **E. 2.3**

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours.

## **E. 3**

S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1er janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4ème révision), 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). Pour les mêmes raisons, les dispositions relatives à la 5ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. Les dispositions de la LAI et de son ordonnance d'exécution seront donc citées dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

## **E. 4**

La recourante a présenté sa demande de rente le 18 novembre 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si un 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 18 novembre 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 1er février 2007, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

## **E. 5.1**

Selon les normes en vigueur à la date de la décision attaquée, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse: - :- - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

## **E. 5.2**

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

## **E. 6.1**

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

## **E. 6.2**

Un 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant de l'UE et y réside.

## **E. 6.3**

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

## **E. 6.4**

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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. 7**

La recourante a travaillé en Suisse à compter de 1994 comme secrétaire dans diverses entreprises. Elle a cessé définitivement de travailler le 18 novembre 2004 pour cause de maladie. Elle a été congédiée le 4 mai 2006. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

## **E. 8**

En l'espèce, il est établi que la recourante souffre principalement de fibromyalgie, ainsi que d'un état dépressif. Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **E. 9**

L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées).

## **E. 10**

Dans l'arrêt ATF 130 V 352, le Tribunal fédéral des assurances a précisé la jurisprudence prévoyant que les troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Le TFA a, en outre, considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. Buchard, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443, spécialement p. 446; cf. aussi Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaffhauser/Franz

Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 s. ) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et réf. cit.; ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c i. f.). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.3 i. f.; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant 2.3.2 ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.4).

### **E. 11.1**

En l'espèce, l'OAIE avance que la requête de A. \_\_\_\_\_ a été instruite à satisfaction et qu'il ressort tant du rapport d'expertise du SMR que de celui du Dr Klinke que l'assurée ne souffre pas d'une affection invalidante au sens des dispositions légales topiques. La capacité de travail de l'assurée serait dès lors complète. La recourante rappelle que la Generali Assurances lui a accordé 720 indemnités journalières perte de gain. Elle fait principalement valoir que le rapport du Dr Klinke doit avoir la préséance sur celui du SMR, dans la mesure où ce dernier n'émane pas d'un médecin indépendant de l'administration et contient des contradictions internes. Elle ne serait ainsi plus apte à exercer une activité professionnelle.

### **E. 11.2**

La Generali Assurances, en qualité d'assureur perte de gain maladie de l'employeur de la recourante, a ordonné la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique; divers documents

médicaux attestaient en effet de l'existence d'une fibromyalgie et d'un syndrome anxio-dépressif. Dans son rapport d'expertise, la Dresse Lomier Viret a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et un trouble anxieux d'intensités moyennes. La psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 80%, mais estimait que la situation clinique de l'assurée devait évoluer favorablement. Elle a ainsi retenu une augmentation progressive de la capacité de travail de 10% par mois à compter du 1er août 2005. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée auprès de l'assurance-invalidité, les rapports des Drs Kieny et Bendeck, médecins traitant de l'assurée, respectivement généraliste et psychiatre, ont encore été produits. Le premier conclut à une incapacité de travail totale. Le second diagnostique un état dépressif sévère et une fibromyalgie. A. \_\_\_\_\_, au titre de contre-expertise à l'expertise réalisée par la Dresse Lomier Viret, commande et verse en cause le rapport du Dr Klinke, psychiatre. L'expert diagnostique un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, une personnalité émotionnellement labile, de type borderline, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il estime que l'état physique et psychique de l'assurée est incompatible avec l'exercice d'une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Le SMR, estimant les expertises Lomier Viret et Klinke discordantes sur les diagnostics et leur impact sur la capacité de travail, a organisé une surexpertise rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport, les Drs Pfister et Habicht retiennent, au titre d'affections non invalidantes, une fibromyalgie, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, un trouble anxieux sans précision et des traits de personnalité émotionnellement instables de type borderline.

### **E. 11.3**

Au vu des seules pièces versées au dossier par la Generali Assurances (pces 22), les affections dont souffre A. \_\_\_\_\_ ne sauraient être considérées comme invalidantes à l'aulne de la jurisprudence développée par le TFA en matière de trouble somatoformes douloureux. La Dresse Lomier Viret a en effet considéré que ces troubles étaient d'intensités moyennes. Le diagnostic de fibromyalgie absorbe d'ailleurs celui de syndrome anxio-dépressif, excluant l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'experte émettait en outre un pronostic favorable. La production des rapports des Drs Kieny et Bendeck ne change rien à cette appréciation, le juge pouvant et devant 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). Le rapport d'expertise du Dr Klinke a a priori mis en cause l'appréciation médicale de la Dresse Lomier Viret. Force est toutefois de constater qu'il contient certaines incertitudes, voire des contradictions: essentiellement, l'expert qui dans son appréciation relève expressément la présence d'une comorbidité psychiatrique majeure et conclut à une incapacité de travail complète (pce 51 p. 11), ne diagnostique finalement qu'un épisode dépressif moyen, ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (pce 51 p. 10). Eu égard aux apparentes divergences opposant les Drs Lomier Viret et Klinke, c'est à bon droit que le SMR a requis une surexpertise rhumatologique et psychiatrique. A. \_\_\_\_\_ met toutefois l'indépendance des experts en cause. Il est, partant, le lieu de rappeler que la création des SMR a été imposée par l'art. 59 LAI. Les tâches desdits services sont déterminées par cette disposition, ainsi que par les art. 47 ss RAI. En particulier, en vertu de l'art. 49 RAI, les SMR évaluent

les conditions médicales du droit aux prestations; ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral, et peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Expressément autorisé et commandé par le législateur, l'expertise du SMR doit pouvoir disposer d'une pleine valeur probante, lors même qu'en raison de la proximité existante entre les médecins du SMR et l'autorité investie du pouvoir discrétionnaire, le juge se montrera généralement plus exigeant envers une telle expertise. Au demeurant, dans le cas présent, l'expertise a été rédigée de concert par un rhumatologue et un psychiatre, à savoir par les spécialistes des domaines de la médecine auxquels la fibromyalgie a trait. Les points litigieux, en particulier les divergences entre les Drs Lomier Viret et Klinke, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la personne. Enfin, les conclusions de l'expert sont univoques et dûment motivées. Il n'y a donc, en l'occurrence, aucune raison de ne pas accorder foi à l'expertise du SMR. Or, les Drs Pfister et Habicht ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Au titre d'affections non invalidantes, ils relèvent une fibromyalgie à l'instar de leur confrères, ainsi qu'un trouble anxieux et des traits de personnalité instables qui ne sauraient équivaloir à une maladie psychiatrique indépendante. Avant d'admettre que la fibromyalgie est invalidante, comme indiqué au considérant 10, il faut que certains critères soient remplis. En l'espèce, l'existence d'une maladie psychiatrique indépendante de la pathologie de base est expressément exclue par les experts du SMR, qui s'inscrivent en faux contre les conclusions du Dr Klinke. Lesdits experts exposent que dans le rapport de ce dernier on ne trouve pas suffisamment de symptômes qui permettraient de retenir une dépression majeure. Ils soulignent que le Dr Klinke ne retient dans son status qu'une humeur légèrement dépressive, ce qui est une composante de la fibromyalgie. Ainsi, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. Il est en outre constant qu'hormis les douleurs qu'entraîne la fibromyalgie la recourante ne souffre d'aucune affection corporelle chronique. Il ressort de plus des divers documents médicaux produits que l'assurée a un compagnon et continue de rencontrer des amis. Il n'y a donc pas non plus de perte d'intégration sociale. Les critères imposées par la jurisprudence ne sont donc pas remplis.

#### **E. 11.4**

A. \_\_\_\_\_ tire enfin argument du fait que l'assureur maladie Generali Assurances lui a reconnu une incapacité de travail entière et lui a versé 720 indemnités journalières perte de gain. Dans un arrêt ATF 126 V 288, le TFA a précisé sa jurisprudence concernant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Il a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans ces différentes branches, ainsi que son effet de coordination dans l'évaluation de l'invalidité. En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais, même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (VSI 2003 p. 107 consid. 2a, ATF 112 V 175 s.

consid. 2a = RCC 1987 p. 397). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 s. consid. 2d). En outre, le TFA avait considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 119 V 468 consid. 4a). En l'occurrence, les rapports des Drs Lomier Viret et Klinke se contredisaient a priori ou, à tout le moins, n'aboutissaient pas à la conclusion unanime que la recourante était totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. La première avait même posé un pronostic favorable. De plus, le rapport d'expertise du second contient des incertitudes, voire des contradictions. Le SMR l'a bien vu et c'est ainsi à juste titre qu'il a requis une surexpertise de l'assurée. Sans le rapport des Drs Pfister et Habicht, la cause était insuffisamment instruite pour pouvoir statuer valablement sur la capacité de travail de A.\_\_\_\_\_. En tous les cas au vu des documents médicaux dont il disposait, l'assureur maladie ne pouvait pas reconnaître à l'assurée une incapacité de travail permanente. L'Office de l'assurance-invalidité n'était par voie de conséquence pas liée par l'appréciation infondée de l'assureur maladie.

#### **E. 11.5**

Eu égard à ce qui précède, force est pour l'autorité de céans de se rallier à l'OAIE et de considérer que la recourante ne présente pas une invalidité d'au moins 40%. Elle n'a dès lors pas droit à une rente invalidité.

#### **E. 12**

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que la recourante ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c). Par voie de conséquence, le recours du 4 décembre 2006 doit être rejeté.

#### **E. 13**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

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