

BVGer C-7772/2007 vom 19. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7772_2007

FR: TAF C-7772/2007 du 19 janvier 2010

IT: TAF C-7772/2007 del 19 gennaio 2010

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 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 contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

E. 1.1

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. 1.2

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. 1.3

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

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) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71

(RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 3.1

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. 3.2

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). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 3.3

La recourante a présenté sa demande de rente le 11 janvier 2006. 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 11 janvier 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 16 octobre 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. 4

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 (doc 12 p. 1-4) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

E. 5.1

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. 5.2

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 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.

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, 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. 5.4

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. 6.1

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 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). Sont toutefois réservées les règles jurisprudentielles particulières dans les cas où le recourant présente un âge avancé (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 61/05 du 27 juillet 2005 consid. 4.4; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2; I 462/02

du 26 mai 2003 consid. 2 s; I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4; arrêt du Tribunal cantonal du canton de Fribourg du 10 juillet 2008, SVR 2009 IV n° 8).

E. 6.2

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. 7.1

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. 7.2

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 les références citées).

E. 8.1

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. 8.2

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. 9.1

En substance, l'administration nie tout droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité sur la base notamment des expertises psychiatrique et somatique des 30 décembre 2006 et 8 juin 2007 (pce TAF 6 p. 4 [réponse au recours du 28 janvier 2008]). La recourante conteste cette appréciation en faisant notamment valoir que son atteinte oncologique n'est toujours pas guérie, qu'elle remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître à la fibromyalgie dont elle est victime un caractère invalidant et que les institutions de sécurité sociale françaises lui ont reconnu un degré d'invalidité d'au moins deux tiers, ce qui devrait sans autre être reconnu par les autorités suisses (doc 60 p. 1; doc 62 p. 1-7).

E. 9.2

A titre liminaire, on rappelle que, 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). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1). En l'espèce, il n'est de ce fait pas déterminant que les institutions de sécurité sociale françaises aient reconnu à l'assurée un droit à percevoir une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité élevé (doc 60 p. 4). Il n'y a ainsi pas lieu de se prononcer sur les divergences entre la notion d'invalidité selon la législation française et celle selon l'ordre juridique suisse.

E. 9.3

Le Tribunal de céans constate ensuite que l'on ne peut reconnaître pleine valeur probante aux deux expertises mises en avant par l'administration, étant donné que celles-ci ne satisfont pas pleinement aux critères jurisprudentiels en la matière (cf. à ce sujet supra consid. 8) et qu'elles n'ont pas été établies de façon interdisciplinaire avec échange de vues des spécialistes.

E. 9.3.1

En ce qui concerne le rapport d'expertise somatique du 8 juin 2007, force est de constater que ce document ne donne pas assez de renseignements quant aux répercussions de l'atteinte oncologique de la recourante sur sa capacité de travail et contient des éléments contradictoires.

E. 9.3.1.1

Ainsi, on observe que le Dr R. _____ n'explique aucunement pour quelles raisons il estime que l'atteinte oncologique, qui pourtant nécessite encore un traitement particulier avec effets secondaires, n'entraîne pas une incapacité de travail significative de la recourante au moment de l'examen de l'assurée en juin 2007. Il y a donc lieu de considérer que l'un des points litigieux n'a pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, ce manque de motivation est d'autant moins compréhensible que, dans sa prise de position médicale du 5 février 2007 (doc 35 p. 1), le Dr N. _____, du SMR M. _____, retient qu'il reste à déterminer l'incapacité de travail consécutive au cancer et précise que l'administration de médicaments (actuellement Aromasine) entraîne des effets secondaires, à savoir en l'occurrence une asthénie, qui peuvent diminuer la capacité de travail [on note que ce médecin renvoie à un texte produit en annexe qui n'a pas été versé au dossier]. Selon le Dr N. _____, il est toutefois en général possible de travailler à au moins à 50%. Cette remarque aurait donc dû inciter l'expert à se déterminer de façon détaillée sur cette question. On constate par ailleurs que plusieurs certificats médicaux indiquent que l'assurée a mal supporté le traitement oncologique (doc 55 p. 36-38 [rapports médicaux des 23 septembre, 14 octobre et 4 novembre 2004 du Dr O. _____, oncologue]). De surcroît, la Dresse J. _____, dans son rapport médical intermédiaire du 26 juin 2006 fait part d'une asthénie très prononcée ("asthénie +++") de l'assurée (doc 24 p. 2 n° 5). En outre, dans le certificat du 27 juillet 2007, elle souligne que la thérapie mise en route pour le traitement du cancer "a combiné radiothérapie et chimiothérapie par NOLVADEX, puis ensuite AROMASINE, traitement poursuivi actuellement. Ce traitement est particulièrement asthéniant, et ne peut permettre à la patiente de reprendre une activité professionnel" (doc 60 p. 2). 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% une activité telle que celle de gouvernante dans la période déterminante, ceci d'autant plus qu'aucun rapport d'examen hémato-chimiques n'a été versé au dossier pour confirmer la rémission total du cancer (pour le moins d'un point de vue hématologique) et que l'autorité inférieure n'a pas jugé nécessaire de requérir l'avis d'un oncologue lors de la réalisation de l'expertise somatique.

E. 9.3.1.2

Par ailleurs, on constate que la recourante fait valoir un droit à une rente entière (pce TAF 1 p. 8). Or, le rapport d'expertise du 8 juin 2007 (fondé sur un examen de l'assurée en mai 2007) ne permet pas de se prononcer sur la période initiale du droit à la rente. En effet, le Dr R. _____ retient que, au moment où il a examiné la recourante, celle-ci était en mesure de travailler à 100% en qualité de gouvernante d'un EMS. A la question de l'administration demandant comment le degré d'incapacité de travail a évolué depuis l'atteinte à la santé, l'expert répond que "le sujet a recouvré une capacité de travail depuis juillet 2005" (doc 55 p. 8 n° 2.6). Il ne précise toutefois pas s'il s'agissait d'une capacité de travail entière ou seulement partielle, ce qui rend son appréciation inapte à juger valablement de la capacité de travail de l'assurée jusqu'au mois avril 2007, soit le mois précédent l'examen de l'assurée par le Dr R. _____. De surcroît, l'expert s'exprime comme suit à la page 7 de l'expertise: "après une longue interruption de travail rendue nécessaire par les traitements, le licenciement en 2006 d'une place de travail valorisante et valorisée par le sujet ont accru des difficultés indéniables et accentué une situation déjà préoccupante". En retenant sans aucune réserve que la mise en arrêt de travail de l'assurée était justifiée suite à son affection oncologique, le Dr R. _____ semble ainsi confirmer les mesures de ses collègues français. Or, il ressort du dossier que la recourante a été mise en congé maladie à 100% du 17 juin 2004 au 5 septembre 2005, puis à 50% du 6 septembre au 30 novembre 2005, à 100% du 1er décembre au 10 décembre 2005, à 50% du 11 décembre 2005 au 11/13 janvier 2006 et à 100% depuis le 12/14 janvier 2006 (cf. notamment le doc 63 p. 21; cf. aussi doc. 15.1 [questionnaire pour l'employeur daté du 2 février 2006], doc 15 p. 1 [note du SMR datée du 6 février 2006] et pce TAF 8, annexe 17 p. 2 [rapport médical d'attribution d'invalidité du 17 août 2006 signé par le Dr Z. _____]). Dans ces circonstances et en l'état du dossier, il n'est pas possible de conclure, comme le fait l'autorité inférieure, que la recourante n'a jamais présenté une incapacité de travail dans la période déterminante.

E. 9.3.2

Relativement à l'expertise psychiatrique du 30 décembre 2006 (doc 33), on constate que le Dr L. _____ conclut à une dysthymie de la recourante sans caractère invalidant s'ajoutant au diagnostic de fibromyalgie. Cette appréciation a toutefois été faite sur la base d'un dossier incomplet et ne saurait par conséquent être convaincante. En effet, il ressort des actes de la cause que l'assurée était suivie au Centre médico-psychologique de E. _____ à raison d'une fois par mois environ (pce 33 p. 7; pce TAF 8, annexe 16) et que le diagnostic de syndrome dépressif chronique a été retenu en août 2006 (pce TAF 8, annexe 17 p. 2 [rapport médical d'attribution d'invalidité du 17 août 2006]). Dans ces conditions l'administration se devait de recueillir l'avis détaillé des médecins français avant de soumettre le dossier à l'expert. Une telle démarche s'avérait nécessaire en particulier pour apprécier l'évolution de l'état de santé de l'assurée pour la période allant jusqu'au mois de décembre 2006, date à laquelle la recourante a été examinée par l'expert.

E. 9.3.3

Enfin, on constate que la présente affaire est caractérisée par une imbrication de plusieurs atteintes s'influençant réciproquement. Ainsi, le Dr R. _____ signale que les diverses affections dont souffre la recourante se sont intriquées avec le temps et qu'il est difficile de les suivre pour elles-mêmes (pce 55 p. 6). Pour sa part, le Dr L. _____ relève qu'"il existe un état sub-dépressif chronique, en soi non invalidant mais susceptible, en synergie avec les autres problématiques de l'expertisée (atteintes somatiques, fibromyalgie et traitement anticancéreux), de diminuer sa capacité de faire face aux stress et assurer un rendement professionnel régulier" (doc 33 p. 11). Dans ces conditions, on ne comprend pas pour quelles raisons l'autorité inférieure s'est limitée à demander séparément l'avis d'un interniste et d'un psychiatre, d'autant plus que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie, une étude pluridisciplinaire avec le concours d'un psychiatre et d'un rhumatologue est considérée comme la mesure d'instruction adéquate (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). Ainsi, et notamment au vu des particularités de la présente affaire, il s'imposait de mettre en oeuvre la réalisation d'une étude pluridisciplinaire avec échanges de vues des experts mandatés. Etant donné les incertitudes quant aux incidences du traitement du cancer sur la capacité de travail de la recourante, il apparaît également justifié de requérir, outre le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre, la participation d'un oncologue.

E. 9.4

Au regard de tout ce qui précède, le Tribunal de céans conclut que ni les expertises de décembre 2006 (pce 33) et mai 2007 (pce 55) ni les autres actes de la cause réunis dans le dossier soumis au Tribunal administratif fédéral constituent une base suffisante pour statuer valablement sur le caractère invalidant des maux dont souffre la recourante. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire (avec au moins le concours d'un rhumatologue, psychiatre et oncologue, expertise qui doit aussi tenir compte de toutes les informations médicales objectives disponibles jusqu'à sa réalisation [cf. en particulier consid. 9.3.2 du présent arrêt]), et si cela devait s'avérer nécessaire, toute autre mesure utile à déterminer la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise sur la base d'un dossier complété conformément aux considérants du présent arrêt. L'administration prendra notamment en considération le fait que, en l'occurrence, le droit éventuel à une rente aurait pu naître au plus tôt le 17 juin 2005, à savoir une année après le début de l'incapacité de travail de longue durée en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. supra consid. 5.3).

E. 10

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

E. 11

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'000.-, 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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2 selon lequel la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de la cause lorsque celle-ci est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision). (dispositif à la page suivante)

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