



---

Cour III  
C-2574/2006  
{T 0/2}

## **Arrêt du 8 mars 2007**

Composition : MM. et Mme les Juges Parrino, Mesmer et Avenati-Carpani  
Greffier: M. Hofmann.

**A.**\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

**Office AI pour les assurés résidant à l'étranger**, case postale 3100, 1211  
Genève 2,  
autorité intimée,

concernant prestations de l'assurance-invalidité

**Faits :**

A. La ressortissante française A.\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_, a travaillé à Genève comme vendeuse, d'abord, et caissière, ensuite, dans une grande surface à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1977. Elle bénéficie d'une formation d'employée de bureau (pce 2, 4, 9 et 12).

A.\_\_\_\_\_ a cessé de travailler le 18 septembre 2001 (pce 9 et 12). A ses dires, elle a commencé à ressentir des douleurs aux épaules à compter de mai 2001. Elle a subi une infiltration de cortisone dans l'épaule gauche fin novembre et a été opérée le 13 décembre 2001 (acromioplastie); le 28 août 2002, elle a été opérée pareillement de l'épaule droite (pce 13). Les traitements d'anti-inflammatoires et de kinésithérapie n'ont pas eu les effets escomptés. L'intéressée a été licenciée le 28 août 2003.

En date du 23 mai 2003, A.\_\_\_\_\_ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) (pce 1).

B. Ont été versé aux actes:

- les rapports médicaux du 13 juin et 26 septembre 2003 de la Dresse Carole Durand, médecin-traitant de l'assurée depuis 1999, diagnostiquant une acromioplastie de l'épaule gauche en décembre 2001 avec séquelles douloureuses invalidantes, ainsi qu'une acromioplastie de l'épaule droite en août 2002 également avec séquelles douloureuses invalidantes; ce médecin a constaté une impotence fonctionnelle empêchant l'exercice de toute activité lucrative (pce 13 et 17);
- le rapport médical du 11 août 2003 du Dr Laurent Lafosse, médecin-traitant de l'assurée depuis août 2002, qui confirme le diagnostic déjà connu; ce médecin a constaté qu'un arrêt de travail de huit mois ensuite d'une acromioplastie était inhabituel (pce 14);
- les rapports des 12 et 26 novembre 2002 du Dr Claude Pin, relevant notamment l'existence d'un syndrome anxio-dépressif (pce 13);
- le rapport du 19 novembre 2002 du Dr Christophe Giuliani, médecin nucléaire (pce 13);
- le rapport du 25 février 2002 du Dr Mouloud Hamour, duquel il résulte que l'assurée souffrirait d'une protusion ostéophytique C5-C6, mais sans anomalie de signal vertébral, étroitesse canalaire, hernie discale et anomalie de signal intra-médullaire (pce 13);

- le rapport du 19 octobre 2001 du Dr Jean-François Pasquier, rhumatologue et vertébrothérapeute (pce 13);
  - le rapport du 30 mai 2001 du Dr Pierre Gheung, radiologue, constatant une discrète dysharmonie de courbure de la colonne, une minéralisation osseuse normale sans tassement, des lésions de cervicarthrose étagées, prédominant en C5-C6 avec pincement discal avec ostéophytose antérieure et postérieure, une uncarthrose venant rétrécir très partiellement les trous de conjugaison sur les clichés de  $\frac{3}{4}$  préférentiellement les gauches et une absence de côte cervicale surnuméraire (pce 13).
- C. Le Dr Ph. Cuendet du Service médical régional assurance-invalidité, dans son avis médical du 13 juillet 2003, a estimé que A.\_\_\_\_\_ souffrirait d'un état dépressif réactionnel, de peu de gravité, qui ne doit pas être considéré comme cause d'invalidité; il a considéré, par contre, qu'un examen orthopédique était nécessaire (pce 19).

Donnant suite à la requête dudit Service, la Dresse Béatrice De Roguin chirurgien orthopédiste FMH a, dans son expertise datée du 27 août 2004, diagnostiqué une fibromyalgie et un conflit sous-acromial qui a été traité par arthroscopie; à son avis, objectivement, l'opération a fait disparaître partiellement voire totalement le bec acromial. Elle relève que A.\_\_\_\_\_ a affirmé pour sa part n'avoir ressenti aucune amélioration. S'agissant de l'influence de cette affection sur la capacité de travail de celle-ci, l'experte a exposé qu'*"au plan physique, il est évident qu'avec des douleurs d'insertionite des deux membres supérieurs, les travaux répétitifs que ce soit sur le plan d'une table ou en hauteur lui sont extrêmement pénibles et difficiles. Je pense toutefois que bénéficiant d'une formation d'employée de bureau, si elle se trouvait un travail de secrétariat où les activités sont variées, elle pourrait reprendre en plein sans problème. Toutes les activités de surveillance, une activité de réceptionniste-téléphoniste etc. à mon avis serait tout à fait possible à 100%. Il est évident qu'on ne va pas la reclasser en tant que peintre en bâtiments. Je pense que comme caissière, elle pourrait reprendre partiellement son travail, par exemple à 50% si la caisse est moderne et adaptée et si on pouvait lui fournir pour l'autre 50% un travail plus varié où elle peut changer de position et ne pas faire toujours la même gestuelle"* (pce 22).

- D. Ensuite de la réception de l'expertise De Roguin, le Service médical régional AI a demandé, le 13 décembre 2004, à ce qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique de l'assurée (pce 23).

Le 11 janvier 2005, A.\_\_\_\_\_ a déposé en cause le rapport du 30 novembre 2004 du Dr Bertrand Vacherot radiologue , qui constate la présence seulement d'un bec sous-acromial à l'épaule droite et aucune

affection particulière au coude droit (pce 24).

Donnant suite à la requête dudit Service, la Dresse Gisèle Lacôte spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a, dans son expertise du 13 mai 2005, abouti à la conclusion que A.\_\_\_\_\_ souffrirait d'un trouble de l'adaptation avec prédominance de perturbation des émotions (retrait, régression) et de troubles mixtes de la personnalité (traits paranoïaques, schizoïdes) (pce 25, p. 2 in fine). L'experte a exposé ensuite qu'*"au plan psychique et mental, il n'y aurait pas théoriquement d'obstacle à une reprise de travail au poste antérieur mais il est pratiquement sûr que si on l'oblige à reprendre une activité, elle va présenter des symptômes somatiques divers aboutissant à un nouvel arrêt. Cependant, il ne s'agit pas à mon sens d'une simulation, d'une épreuve de force ou d'un chantage mais d'une diminution de ses capacités de travail psychique"* (pce 25, p. 3 in fine et 4 in initio). S'agissant de la question de la capacité résiduelle de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, la Dresse Lacôte déclare qu'*"A mon sens, elle garde une capacité partielle de travail que j'évaluerai à 50%"*. Et un peu plus loin, d'ajouter: *"Un travail de bureau serait probablement plus adapté car il correspond à sa formation professionnelle. [...] Je pense qu'elle est capable de s'adapter dans un environnement professionnel"* (pce 25, p. 4).

Le rapport d'examen du 9 juin 2005 du Service médical régional AI a retenu le diagnostique de fibromyalgie posé par la Dresse De Roguin et précisé que celle-ci avait estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité d'employée de bureau. Il a jugé que l'expertise psychiatrique n'avait pas constaté la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes et que, dès lors, la fibromyalgie dont souffre A.\_\_\_\_\_ ne serait pas invalidante au sens du droit suisse (pce 26).

- E. Par deux décisions distinctes du 27 juin 2005, l'OAIE a refusé à A.\_\_\_\_\_ d'une part la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle et d'autre part l'octroi d'une rente invalidité (pce 27 et 28).

Le 19 juillet 2005, A.\_\_\_\_\_ a formé opposition en alléguant qu'elle était toujours totalement incapable d'exercer une activité lucrative. Elle a précisé au demeurant que la douleur dont elle souffre apparaît à intervalles réguliers de deux heures environ, qu'elle lui ôte toute force, diminue grandement sa capacité de concentration et lui interdit tout geste répétitif (pce 29).

Le 23 août 2005, l'OAIE a rejeté l'opposition de A.\_\_\_\_\_, dès lors confirmé la décision du 19 juillet, et maintenu sa décision de refus de mesures de réadaptation professionnelle (pce 32).

- F. Le 22 septembre 2005, A.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la

décision sur opposition en concluant à ce qu'il lui soit reconnu une incapacité de travail partielle et, subsidiairement, à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Elle a prétendu ne pas pouvoir exercer une activité professionnelle et affirmé être la victime d'une inégalité de traitement par rapport à un citoyen suisse. Elle a versé au dossier deux nouveaux rapports médicaux:

- le rapport d'examen de contrôle médical en cas d'incapacité-invalidité du 24 février 2004 du Dr Ph. Testard, selon lequel elle peut exercer une activité à mi-temps, à condition d'éviter les gestes de manutention répétitifs;
  - le rapport d'expertise médicale du 28 avril 2005 du Dr Lionel Chamboux, qui a diagnostiqué une cervicarthrose C5-C6 avec discopathie, ostéophytose et uncarthrose, une dysplasie gléno-humérale gauche d'origine congénitale, un conflit sous acromial droit résiduel et un état anxio-dépressif; à l'avis de ce médecin, A.\_\_\_\_\_ "*est dans l'incapacité définitive d'exercer la profession de caissière compte tenu de son inaptitude à effectuer des gestes répétitifs ou de manutention à l'aide des membres supérieurs*", mais "*conserve la capacité d'exercer une autre activité professionnelle, sous réserve que celle-ci s'effectue à mi-temps, exclut le port de charge ou les mouvements répétés à l'aide des membres supérieurs et favorise des tâches sédentaires, de type administratif, de contrôle ou de surveillance*".
- G. Dans son avis médical du 9 novembre 2005, le Dr Cuendet, a affirmé que les atteintes constatées n'expliqueraient de loin pas le tableau clinique douloureux étendu allégué par l'assurée. Il a estimé en effet que les diagnostics retenus par le Dr Chamboux sont basés essentiellement sur l'imagerie radiologique et qu'ils ne justifient objectivement ni l'importance des symptômes, ni le handicap fonctionnel; au demeurant, celui-ci n'ayant pas fait de status psychiatrique lors de son expertise, ne pourrait pas retenir le diagnostic d'état anxio-dépressif. Il en a déduit qu'il fallait retenir les diagnostics de la Dresse Lacôte seulement et que ceux-ci n'avaient valeur ni d'invalidité ni de comorbidité psychiatrique. Finalement, le Service a constaté que les Drs De Roguin et Chamboux avaient d'une même situation clinique une appréciation médicale distincte, mais qu'eu égard au fait que les symptômes douloureux étaient en grande partie dépourvus de substrat organique, il était juste de parler de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux. Il a conclu en déclarant qu'une telle atteinte n'était pas invalidante au sens du droit suisse (pce 34).

Dans sa réponse du 15 novembre 2005, l'OAIE a ainsi fait valoir que l'expertise de la Dresse De Roguin concluait sans équivoque au diagnostic de fibromyalgie et que, eu égard au rapport psychiatrique de la Dresse Lacôte, il ne faisait aucun doute que les conditions jurisprudentielles requises pour qu'un trouble somatoforme douloureux ait

valeur de maladie n'étaient pas réunies en l'espèce. L'Office a ajouté que les nouveaux documents médicaux produits par A.\_\_\_\_\_ en procédure de recours, en particulier le rapport du Dr Chamboux, ne modifiaient en rien cette appréciation.

- H. A.\_\_\_\_\_ a répliqué par écriture du 22 décembre 2005, en exposant notamment que le rapport médical du Dr Chamboux était de huit mois postérieur à ceux des médecins de l'administration et qu'il devait être impérativement pris en considération. Elle a notamment fait état de ses divers maux et de sa situation familiale.

Dans sa duplique du 11 janvier 2006, l'OAIE s'est borné à renvoyer à sa réponse du 15 novembre 2005.

### **Le Tribunal administratif fédéral considère :**

1.
  - 1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1<sup>er</sup> 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 fédérale sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).
  - 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.
  - 1.3 La recourante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA). Elle est, partant, légitimé à recourir.
  - 1.4 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 50 et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.
2. A titre préliminaire, il faut préciser quel est l'objet du présent litige. Les décisions du 27 juin 2005 refusant la mise en oeuvre de mesures de

réadaptation professionnelle et l'octroi d'une rente assurance-invalidité ont fait l'objet de l'opposition formée le 19 juillet 2005 par la recourante, ont été confirmées par la décision sur opposition du 23 août 2005 de l'OAIE et ont fait l'objet du recours interjeté le 22 septembre 2005; cela ressort implicitement de la teneur de ces différents actes et a été relevé par l'OAIE dans sa réponse du 15 novembre 2005. L'autorité de céans devra dès lors se prononcer sur le droit aux mesures de réadaptation et sur celui de la rente d'invalidité.

### 3.

- 3.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, (ALCP, RS 0.142.112.681) - dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI, RS 831.20]).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71).

- 3.2 La Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA, RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente 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. Or, l'art. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70 LAI), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.
- 3.3 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> 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).

4. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande 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, l'autorité de céans peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 23 mai 2002 (savoir 12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 23 août 2005, date de la décision sur opposition attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).
5. 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).

S'agissant de notre occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants/assurance-invalidité pendant plus d'une année au total et rempli, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

6. 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.

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.

7.
  - 7.1 L'art. 8 al. 1 LAI prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation

nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Selon l'art. 9 al. 1 LAI, les mesures de réadaptation sont appliquées en Suisse, et peuvent l'être exceptionnellement à l'étranger.

Les mesures de réadaptation comprennent les mesures médicales, d'ordre professionnel, pour la formation scolaire spéciale, l'octroi de moyens auxiliaires et d'indemnités journalières (art. 8 al. 3 LAI). Selon l'art. 16 LPGA, anciennement art. 28 al. 2 LAI, la réadaptation est prioritaire par rapport à l'octroi de la rente, laquelle est versée dans la mesure où la réadaptation a échoué (cf. ATF 126 V 241 consid. 5, ATF 108 V 210 consid. 1d).

- 7.2 L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 110 consid. 2b, ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad art. 17).

Par reclassement, il faut entendre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence ne se rapporte pas tant au niveau de formation qu'à la possibilité de gain qu'on peut attendre d'un reclassement. En principe l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées au but de la réadaptation, mais pas aux mesures les meilleures possible d'après les circonstances du cas (ATF 124 V 108 et les références, en particulier ATF 122 V 79, ATF 121 V 260, ATF 118 V 212, ATF 110 V 102).

## 8.

- 8.1 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%, 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). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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 lorsque l'assuré est un ressortissant de l'UE et y réside.

8.2 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 des assurances (TFA), 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'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, 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).

9.

9.1 La recourante est au bénéfice d'une formation d'employée de bureau. Depuis le mois de décembre 1977, elle a travaillé en Suisse comme vendeuse, d'abord, comme caissière, ensuite, dans une grande surface à Genève. En mai 2001, la recourante a commencé à ressentir des douleurs aux épaules. Elle a cessé de travailler le 18 septembre 2001 et n'a, depuis, plus repris d'activité lucrative.

9.2 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 ou psychique qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident et non la maladie en tant que telle. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; art. 28 al. 2<sup>bis</sup> LAI).

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, ATF 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.3 En l'espèce, la recourante présente des troubles orthopédiques au niveau des épaules, à savoir des becs osseux sous-acromiaux (cf. notamment supra B.). Au plan psychique, elle présente un trouble de l'adaptation avec prédominance de perturbation des émotions et des troubles mixtes de la

personnalité (cf. supra D.).

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 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.

10.

10.1 L'administration a rejeté les demandes de prestations AI (rente et mesures de réadaptation professionnelle) présentées par la recourante parce qu'elle a considéré, en particulier, que les éléments médicaux recueillis durant l'instruction n'avaient pas permis de mettre en évidence une atteinte à la santé limitant la capacité de travail de l'intéressée dans une activité d'employée de bureau (cf. supra E.; cf. également l'avis médical du Service médical régional du 9 novembre 2005, supra F.). Le Service médical régional AI avait en amont retenu le diagnostic de fibromyalgie posé par la Dresse De Roguin. Il avait considéré qu'il ne ressortait pas de l'expertise psychiatrique du Dr Lacôte que la recourante souffrait d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes, et que, partant, celle-ci ne saurait être considérée comme invalide (cf. supra D.).

10.2 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; au besoin peuvent être exigés ou effectués des renseignements ou des rapports, des expertises ou des enquêtes sur place. Il peut notamment être fait appel à des spécialistes de l'aide publique ou privée.

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).

Dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel

que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

D'un autre côté, à partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure, en cas de traitement médical adéquat, l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant, éventuellement dans un cadre de travail protégé (Pra 1997 n° 49 p. 255 consid. 4b), l'activité qui peut raisonnablement être exigée dans son cas (HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in : SZS 1999 p. 1 ss et 105 ss, en particulier p. 15 ss et les réf. cit.; JACQUES MEINE, L'expertise médicale en Suisse: satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles?, in: Schweizerische Versicherungszeitschrift [SVZ] 67/1999 p. 37 ss).

- 10.3 En l'espèce, du point de vue orthopédique, il est établi que la recourante souffre de l'existence d'un bec sous-acromial et que, en raison de cette affection, elle n'est plus capable d'exercer son ancienne activité de caissière qu'à hauteur de 50% (cf. supra B. et C.). Cependant, comme cela ressort de l'expertise De Roguin (cf. supra C.), la recourante peut parfaitement travailler à 100% en tant que réceptionniste ou employée de bureau; cette dernière activité correspondrait de surcroît à sa formation initiale. Elle peut tout aussi bien combiner une activité de caissière à 50% avec une activité de réceptionniste ou d'employée de bureau qu'elle exercerait dans la même proportion (ibidem). L'expertise de la Dresse De Roguin repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale de la recourante, ne contient pas d'incohérence et aboutit à des conclusions claires et motivées. Il n'y a, partant, aucune raison de ne pas y accorder foi ou de donner par exemple préférence au rapport du 13 juin 2003 de la Dresse Durand, concluant à une impotence fonctionnelle empêchant l'exercice de toute activité lucrative (cf. supra B.); s'agissant de ce dernier rapport, le juge peut et doit en effet 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.; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht,

Zurigo 1997, p. 230). L'expertise privée du Dr Chamboux pour sa part (cf. supra F.), même si elle est postérieure de quelques mois à celle de la Dresse De Roguin, ne met pas à mal les conclusions prises par cette dernière. Eu égard aux affections physiques dont souffre la recourante, celle-ci doit en effet pouvoir exercer à plein temps une activité qui n'exige pas d'efforts particuliers et ne sollicite pas spécialement ses épaules. Sur le plan orthopédique, l'autorité de céans se rallie donc à l'opinion de l'OAIE.

- 10.4 Il en va autrement sur le plan psychique. Certes, l'OAIE par le truchement du Service médical régional AI a très justement demandé à ce qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique de la recourante, la jurisprudence du Tribunal fédéral l'exigeant en principe quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2 et les réf. cit.). Cependant, l'autorité de céans ne saurait suivre l'OAIE dans son interprétation de l'expertise Lacôte et dans le reste de son argumentation. Tout d'abord, il sied de relever que, contrairement à ce qu'a avancé l'Office, il n'est pas nécessaire que les troubles somatoformes douloureux soient associés à une comorbidité psychiatrique grave pour fonder une invalidité au sens de la LPG/LAI (ATF I 56/2003 du 18 juin 2003 consid. 3). Ensuite et surtout, alors que l'Office a retenu le diagnostique de fibromyalgie posé par la Dresse De Roguin et jugé que l'expertise psychiatrique n'avait pas constaté la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique (cf. supra D. et F.), il fallait relever au contraire que la Dresse Lacôte n'a pas explicitement confirmé l'existence d'une fibromyalgie et a semblé considérer que les affections constatées (un trouble de l'adaptation avec prédominance de perturbation des émotions [retrait, régression] et des troubles mixtes de la personnalité [traits paranoïaques, schizoïdes]) avaient à elles seules une large répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Elle a encore ajouté que l'assurée ne simulait pas et qu'elle présentait une diminution de ses capacités de travail en raison de ses troubles psychiques. Cependant, en contradiction avec ce qui précède, la Dresse Lacôte a exposé ensuite dans son rapport que théoriquement il n'y avait pas d'obstacle à ce que la recourante reprenne son ancienne activité et qu'elle était capable de s'adapter dans un environnement professionnel. Elle a encore attesté que la recourante conservait une capacité de travail résiduelle de 50%, mais a omis de préciser s'il fallait l'entendre en tant que caissière ou dans toute autre activité (cf. supra D.).

Somme toute, force est d'admettre que l'expertise Lacôte n'est pas dépourvue de contradiction et d'incohérence. Ses conclusions ne sont pas claires. Or selon la jurisprudence, 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et ref. cit.); a fortiori,

un juge ne se substituera pas à un médecin lorsque pour apprécier une situation de fait il faut disposer de connaissances spéciales. Dès lors, dans la mesure où les circonstances de l'espèce demandaient impérieusement une expertise psychiatrique complète et univoque, l'autorité de céans ne saurait à défaut valablement juger la présente cause au fond.

11. Le recours doit par conséquent être admis en ce sens que la décision sur opposition attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, afin que celui-ci prenne une nouvelle décision, après avoir procédé à une instruction complémentaire (art. 61 PA). A cet effet, une expertise psychiatrique approfondie sera effectuée ou tout autre examen qui se révélerait nécessaire. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis pour examen à un médecin du service médical de l'administration.
12. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

1. Le recours interjeté contre la décision sur opposition du 23 août 2005 est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci fasse compléter l'instruction au sens du considérant 11 et prenne ensuite une nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. Le présent arrêt est communiqué :
  - à la recourante (recommandé AR);
  - à l'autorité intimée (recommandé, n° de réf. \_\_\_\_\_);
  - à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé).

Le Juge:

Le greffier:

Francesco Parrino

Yann Hofmann

**Voie de droit:**

Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours dans les 30 jours à compter de sa notification au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne (cf. art. 42, 48, 100 de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 [Loi sur le Tribunal fédéral; LTF], RS 173.110).

En application de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, de son Annexe II et du Règlement (CEE) 1408/71, le recours peut être déposé dans le délai de 30 jours à un bureau de poste de l'Etat de domicile de l'assuré ou auprès de l'organisme de sécurité sociale de liaison du domicile de l'assuré.

**Date d'expédition:**