



Cour III
C-2796/2006

{T 0/2}

Arrêt du 19 septembre 2008

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Stefan Mesmer, Francesco Parrino, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE**, avenue Edmond-
Vaucher 18, case postale 3100, 1211 Genève 2,
intimé,

Objet

décision sur opposition du 26 mai 2006; rejet de la
demande de prestations de l'assurance-invalidité

Faits :**A.**

A.a A._____ est une ressortissante franco-suisse, née le 5 mars 1947, divorcée et vivant en France voisine. Elle était employée comme assistante de bureau (saisies sur ordinateur) de La Poste Suisse du 1^{er} septembre 1982 au 1^{er} juillet 2005 (pces 8 et 35). En arrêt maladie depuis le 1^{er} avril 2003, A._____ a déposé le 10 mars 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OCAI-GE) une demande de reclassement dans une nouvelle profession ou de rente AI, arguant d'une déchirure du ménisque droit ainsi que d'une dépression nerveuse (pce 1).

A.b Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations AI, ont notamment été versés aux actes:

- x Le questionnaire à l'employeur du 30 mars 2004 qui renseigne sur la carrière de l'assurée au sein de La Poste Suisse, sur son salaire et son horaire (pce 8);
- x L'expertise E213 non datée, établie à la main par le Dr D._____, médecin traitant de l'assurée à Z._____, lequel ne pose aucun diagnostic, mais évoque les antécédents médicaux de l'assurée : fracture vertébrale en L1 en 1997, lésion du ménisque au genou droit le 1^{er} avril 2003, dépression (avec hospitalisation du 3 septembre au 24 novembre 2003), polyradiculonévrite (syndrome de Guillain-Barré) en décembre 2003. Comme déficits fonctionnels, il relève des lombalgies d'effort et des difficultés au genou droit à la marche. Il estime que la patiente peut exercer de manière régulière des travaux de type mi-lourd et est apte à exercer à plein temps son ancienne activité (pce 10);
- x Le rapport médical également établi par le Dr D._____ en date du 11 mai 2004 qui diagnostique comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, des séquelles de fracture du rachis lombaire, des séquelles d'une méniscectomie du genou droit et des séquelles de polyradiculonévrite. Il note un état dépressif sans incidence sur la capacité de travail et répète que l'exercice de l'activité antérieure est exigible sans diminution de rendement, à plein temps (pce 11);

x Le dossier réuni en date du 11 juin 2004 par la Wintherthur Assurance, assureur maladie collective de l'employeur, lequel contient plusieurs certificats d'arrêt de travail du Dr D._____, dont une première attestation non datée diagnostiquant un kyste poplité du genou droit, un certificat du 8 janvier 2004 du Dr G._____ prescrivant un arrêt de travail de 3 mois en raison d'un syndrome Guillain-Barré (pce 18).

A.c Afin de compléter le dossier d' A._____, l'OCAI-GE a sollicité en vain à répétées reprises – la première fois le 8 juillet 2004 – des renseignements médicaux du Dr D._____, l'avertissant qu'à défaut de réponse, un autre médecin serait consulté (pces 23, 27, 28). Il s'est finalement tourné vers l'assurée (pce 31). Le 10 mai 2005, celle-ci a communiqué à l'OCAI-GE le rapport du 5 octobre 2004, obtenu de sa propre initiative du Dr M._____, neurologue à Y._____, auquel elle avait été adressée par son médecin traitant à la suite de sa polyradiculonévrite. En substance, le Dr M._____ observe que la symptomatologie n'a pas totalement regressé et qu'il existe une diminution de la sensibilité profonde aux membres inférieurs. La force musculaire est grande bien que déficitaire, les réflexes rotuliens sont retrouvés mais les réflexes achilliens sont abolis. D'un point de vue professionnel, il estime le port de charges lourdes et la station debout prolongée comme pouvant s'avérer dangereux et, compte tenu de l'existence d'impair dans les membres inférieurs, préconise une activité qui ne soit pas tout à fait sédentaire (annexe pce 33).

A.d Ces documents ont été soumis à l'appréciation du Dr Q._____ du service médical régional AI à Vevey (ci-après: SMR). Dans son avis médical du 25 mai 2005, celui-ci retient des séquelles d'une fracture lombaire, une ménisectomie droite ainsi qu'une polyneuropathie. Se référant à la position du médecin traitant, le Dr D._____, ainsi qu'au rapport du Dr M._____, le Dr Q._____ conclut que la capacité de travail est intacte dans l'activité exercée (pce 37).

Le 21 juin 2005, La Poste Suisse – employeur de l'assurée – a informé l'OCAI-GE que le Service Médical de la Confédération avait confirmé que l'état de santé d'A._____ ne lui permettait plus de reprendre une activité professionnelle et qu'en conséquence, elle serait à la retraite dès le 1^{er} juillet 2005 (pce 35).

A.e Par deux décisions distinctes du 25 juillet 2005, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) a rejeté la requête de

mesures professionnelles ainsi que la demande de rente invalidité motif pris que l'activité exercée était adaptée et la capacité de travail intacte, malgré quelques limitations fonctionnelles (pces 38 et 39).

B.

B.a Par acte du 17 août 2005, A._____ s'est opposée à ces décisions, soutenant que l'autorité n'avait en sa possession pour fonder son refus qu'un rapport succinct du Dr M._____ puisque son médecin traitant, le Dr D._____ n'avait apporté aucune collaboration durant l'instruction (pce 41) Elle se proposait également de consulter un spécialiste. Par la suite, A._____ a produit à l'appui de son opposition, les pièces suivantes:

- x Un certificat du 10 novembre 2005 du Dr N._____, psychiatre à la Clinique R._____ de X._____, lequel atteste avoir suivi en consultation de façon régulière A._____ durant son hospitalisation pour état dépressif du 12 septembre 2005 au 24 novembre 2005 (annexe pce 45);
- x Un rapport daté du 2 novembre 2005, établi à l'intention du Dr D._____ par les Dresses V._____ et F:_____, médecins au Service de Neurologie des Hopitaux Universitaires de W._____ (ci-après: HUW). Ces médecins sont d'avis que les symptômes de fatigue intense, de difficultés à la marche, de troubles de l'équilibre, de crampes nocturnes sont à mettre en relation avec l'atteinte neurologique engendrée par la polyradiculonévrite de décembre 2003; de même que les symptômes importants compatibles avec un "restless legs syndrome". Ils n'observent toutefois aucune pathologie récidivante et notent que si les réflexes achilliens sont faibles, ils sont tout de même présents (annexe pce 46);
- x Les résultats de l'examen électrophysiologique effectué le 15 novembre 2005 par la Dresse V._____ des HUW qui montrent des anomalies séquellaires de la polyradiculonévrite aiguë de 2003 déjà observées par le Dr M._____. Ce médecin remarque une amélioration de la symptomatologie depuis l'introduction de (...) 3x300 mg/j (annexe pce 46);
- x Un courrier daté du 23 novembre 2005, adressé au Dr D._____ par les Dresses V._____ et F._____, lesquelles récapitulent l'état de santé de l'assurée qui présente des symptômes

neurologiques sans signe de démyélinisation/rémyélinisation ce qui porte à penser, selon elles, à une forme à prédominance axonale d'un syndrome de Gullain-Barré. Ces médecins remarquent que la médication proposé a permis de diminuer discrètement les sensations désagréables aux membres inférieurs mais provoque une somnolence marquée (annexe pce 46).

B.b Par décision sur opposition du 26 mai 2006, l'OAIE a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 25 juillet 2005 (pce 50). L'autorité s'est fondée sur la prise de position du 26 janvier 2006 du SMR qui en substance, dans une apostille manuscrite apposée à même la feuille de communication du mandat et signée d'initiales, estime qu'il n'y a pas de faits nouveaux justifiant la reprise de l'instruction médicale (pce 48).

C.

C.a Le 10 juin 2006, A._____ a interjeté recours contre cette décision dont elle requiert le réexamen devant la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: Commission fédérale de recours). Dans son mémoire elle retrace son historique médical duquel il ressort, outre les éléments déjà connus, que son hospitalisation en clinique psychiatrique en septembre 2003 était consécutive à une tentative d'autolyse et qu'elle a subi 13 interventions chirurgicales entre 1991 et 1997. Elle rappelle également que le Dr K._____, médecin-conseil de la Confédération a décidé de lui faire bénéficier d'une retraite anticipée pour raison de santé (pce TAF 1).

C.b Dans sa réponse du 26 juillet 2006, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à la prise de position du 19 juillet 2006 de l'OCAI-GE, autorité d'instruction de l'affaire, qui constate que selon le médecin traitant de la recourante, celle-ci est tout à fait apte à exercer son activité antérieure et que, grâce au traitement entrepris, son état de santé s'est amélioré.

C.c Invitée par la Commission fédérale de recours à répliquer au vu de la détermination de l'OAIE, la recourante maintient le 25 septembre 2006 qu'il lui est impossible d'exercer une activité compte tenu de ses problèmes de santé et que le constat du Dr D._____ ne valait que

pour les séquelles de la méniscectomie droite. Elle soutient que le traitement médicamenteux ne la soulage plus autant qu'au début et que le Dr P._____, médecin-conseil de l'assurance maladie en France a conclu à l'invalidité.

C.d La requérante produit encore en date du 30 octobre 2006, un courrier du 18 octobre 2006 de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie attestant du paiement d'une pension d'invalidité pour la période du 16 mars 2004 à ce jour.

C.e Par ordonnance du 28 février 2007, le Tribunal administratif fédéral communique aux parties avoir repris la procédure avec effets au 1^{er} janvier 2007, clôt l'échange d'écriture et informe de la composition du collège appelé à statuer, laquelle ne fut pas contestée.

Droit :

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^{er} 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 sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 En application de l'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE. Sous réserve des exceptions 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'octroi de prestations d'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), celui-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. 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 al. 1 LAI mentionne 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.

1.4 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.

1.5 Les décisions initiales de l'autorité intimée du 25 juillet 2005, portaient l'une sur le rejet d'une requête de mesures professionnelles (reclassement) et l'autre sur le rejet d'une demande de rente invalidité. Les deux décisions ont fait l'objet d'une même opposition en date du 17 août 2005. Il ressort du dossier que par la suite, l'autorité intimée a traité en une seule procédure, sans autre formalité les deux demandes de prestations AI et rendu à ce sujet une unique décision sur opposition en date du 26 mai 2006, objet du présent litige. La recourante, quant à elle, entreprend cette décision sans spécifier si elle conteste toujours le refus de mesures professionnelles; toutefois, dans sa réplique du 22 octobre 2006, elle affirme ne pouvoir "en aucun cas, exercer une activité lucrative ou non, avec [ses] problèmes de santé". Partant, il faut en déduire qu'elle conclut à l'octroi d'une rente et qu'elle a abandonné tout autre chef de conclusion.

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2^e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois

collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ALFRED KÖLZ / ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre. Chaque institution conserve néanmoins la faculté de faire procéder à l'examen du requérant par un médecin de son choix.

3.4 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^e 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), ne concernent donc pas la présente procédure. Les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

Selon les normes en vigueur, 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 et 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 et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si et dans quelle mesure elle est invalide.

5.

5.1 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.

5.2 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 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.

5.3 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).

5.4 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain 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; ATF 121 V 264 ss). 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; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1^{er} janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.5 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).

6.

6.1 En l'espèce, la décision de refus repose sur l'appréciation du SMR laquelle se fonde essentiellement sur les positions médicales du Dr D._____, médecin traitant de la recourante, et du Dr M._____, neurologue à Y._____. Le premier, médecin généraliste spécialisé en traumatologie sportive, ne formule aucune objection à la reprise à plein temps de l'ancienne activité. Le second se contente d'exclure le port de charges lourdes tout en indiquant que la station prolongée peut être dangereuse et suggère une activité qui ne soit pas complètement sédentaire. Il n'est pas du tout fait référence aux investigations ordonnées par les médecins des HUW qui au

demeurant ne se prononcent pas sur la capacité de travail résiduelle. Les séquelles sur la santé de la recourante évoquées par les différents médecins sont pour l'essentiel consécutif à sa polyradiculonévrite. L'hospitalisation pour dépression n'est pas vraiment documentée si ce n'est le certificat du Dr N. _____ qui atteste des dates du séjour (et indique par lapsus calami 2005 au lieu de 2003).

6.2 Il faut donc examiner si l'autorité, sur la base de la documentation médicale figurant au dossier, était en mesure d'affirmer que la recourante conserve une capacité de travail pleine et entière dans son activité antérieure.

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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.

7.2 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2)

7.3 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 351 consid. 3a et les références).

7.4

7.4.1 A la lecture du rapport du SMR, il appert que les contributions du Dr D._____ ont été déterminantes dans la formation de la décision litigieuse. Elles sont constituées de l'expertise E213 et du formulaire AI intitulé rapport médical. Dans ce dernier document, le Dr D._____ énumère plusieurs status séquellaires ayant une répercussion sur la capacité de travail tout en estimant que celle-ci est pleine et entière dans l'ancienne activité. Cela semble contradictoire; en effet, soit l'état de santé est sans conséquence sur l'exercice de l'activité, soit il en occasionne et la mesure dans laquelle ces incidences sont pertinentes du point de vue de l'invalidité (pourcentage ouvrant le droit à une rente) est une question de droit du ressort de l'administration. De surcroît, il faut bien admettre avec la recourante que le Dr D._____ n'a pas collaboré à satisfaction avec l'autorité intimée puisqu'il s'est clairement refusé à produire les documents maintes fois requis. Le fait que la recourante s'est procuré elle-même le rapport que le Dr M._____ a transmis le 5 octobre 2004 au Dr D._____ n'y change rien. Visiblement il ne s'agit là que d'une seule pièce d'un dossier médical sans doute plus volumineux compte tenu des antécédents de la recourante. L'autorité n'a pas non plus mis à exécution sa menace de s'adresser à un autre médecin afin de compléter le dossier avec les documents qu'elle devait pourtant juger nécessaires vu les rappels adressés au Dr D._____.

7.4.2 Il est vrai que la recourante ne présente pas d'éléments concrets, outre ses plaintes personnelles, susceptibles de remettre fondamentalement en doute le point de vue du Dr D._____.

Cependant, l'autorité intimée avait été informée le 21 juin 2005 par courrier de l'employeur que selon le Service Médical de la Confédération, l'état de santé de la recourante ne lui permettait plus de reprendre une activité professionnelle et qu'elle serait dès lors retraitée dès le 1^{er} juillet 2005. La perplexité de la recourante est compréhensible dès lors qu'elle fait face à deux points de vue médicaux apparemment divergents. Ces contradictions ont peut-être une explication légale (application de législations différentes); toutefois il revenait à l'autorité intimée de requérir le rapport du Service Médical de la Confédération afin d'étayer son dossier lacunaire.

7.4.3 De plus, la recourante a séjourné plus de deux mois dans une clinique psychiatrique sans que figure dans la documentation médicale un rapport circonstancié, établi par un spécialiste, sur son état de santé psychique. Or, selon la jurisprudence, lorsque des indices sérieux au sujet d'une éventuelle souffrance psychique invalidante ressortent du dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire afin de clarifier la situation et de définir précisément l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a).

8.

8.1 En définitive, les éléments recueillis ne sont pas suffisants pour permettre à la Cour de céans de se rallier aux conclusions de l'autorité intimée et de son service médical.

8.2 Dans ces circonstances, le recours doit être partiellement admis dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité intimée afin qu'elle complète le dossier en faisant notamment procéder à une expertise psychiatrique (cf. consid.7.4.1 à 7.4.3). Dans le cadre de cette nouvelle instruction, l'autorité devra également consulter le dossier constitué par l'employeur ainsi que celui de l'organisme servant en France une pension d'invalidité.

9.

9.1 La décision sur opposition litigieuse a été rendue avant le 1^{er} juillet 2006, date d'entrée en vigueur de l'art. 69 al. 2 LAI soumettant la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal administratif fédéral à des frais de procédure. Il n'est dès lors pas perçu de frais de

procédure, conformément aux dispositions transitoires relatives à la modification de la LAI du 16 décembre 2005, l'ancien droit s'appliquant aux recours pendants auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification (let. c).

9.2 A teneur de l'art. 64 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce, la recourante s'est défendue seule, sans faire appel à un mandataire, et il n'est pas démontré qu'elle a subi de ce fait des frais considérables. Partant, il ne lui est pas alloué de dépens.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 26 mai 2006 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci procède au sens du considérant 8 et prenne ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + Avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- Winterthur Assurances Laupenstrasse 19, 3001 Berne
- l'Office fédéral des assurances sociales

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :