



---

Cour III  
C-3110/2007  
{T 0/2}

## Arrêt du 4 décembre 2009

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Franziska Schneider  
et Beat Weber, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par Maître Michel Bergmann,  
rue de Hesse 8-10, case postale 5715, 1211 Genève 11,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision sur opposition du  
14 mars 2007).

**Faits :****A.**

La ressortissante suisse A. \_\_\_\_\_ a exercé la profession d'infirmière en Suisse dès 1969 (pces 1 et 81 p. 7). Travaillant à 80% aux Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1992 (pce 5 p. 1), elle a été mise en congé maladie le 28 janvier 2002 (pces 1 p. 5 et 46) et n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Le 27 novembre 2002, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office d'invalidité pour le canton de Genève (pce 1). Par la suite, elle a déménagé au domicile de son mari en France en octobre 2003 (pce 10).

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- une lettre du Dr C. \_\_\_\_\_ au Dr D. \_\_\_\_\_ datée du 17 août 1995 indiquant notamment que l'assurée souffre de lombalgies basses (pce 23);
- un rapport de bronchoscopie du 22 août 1997 effectué aux Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ suite à une suspicion de tuberculose (pce 24);
- un rapport du 29 août 1997 effectué aux Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic d'infiltrat radiologique multifocal d'étiologie indéterminée, de Mantoux positif, d'atopie avec multiples allergies, de déficit congénital en protéine C (pce 25);
- un rapport du 21 octobre 1997 effectué aux Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic de tuberculose pulmonaire abacillaire, d'atopie avec allergies multiples ainsi que d'allergie et de déficit congénital en protéine C (pce 26);
- une expertise médicale du 13 février 1998 signée par le Dr E. \_\_\_\_\_ indiquant que le diagnostic de tuberculose pulmonaire est probable mais pas certain (pce 27);
- un rapport médical du 21 octobre 1998 établi par le Dr F. \_\_\_\_\_ suite à une minéralométrie (pce 29);

- un examen veineux des membres inférieurs du 23 juillet 1999 effectué aux Hôpitaux B.\_\_\_\_\_ (pce 28);
- un rapport médical du 9 novembre 1999 établi par le Dr F.\_\_\_\_\_ faisant part de légers troubles de la statique avec une ébauche de spondylose lombaire, d'hyperlordose lombaire marquée et d'ébauche de discopathie C5-C6 avec une légère uncarthrose étagée (pce 30);
- un rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 3 avril 2000 indiquant que le traitement pour une probable tuberculose pulmonaire abacillaire a pris fin et qu'aucune suspicion de rechute n'est à rapporter (pce 31);
- un rapport médical du 18 juillet 2002 signé par la Dresse H.\_\_\_\_\_; selon ce médecin l'histoire rhumatismale de l'intéressée a débuté il y a environ 15 ans au pourtour d'une hystérectomie avec l'apparition de douleurs multiples qui se sont installées progressivement et qui sont allées en augmentant; ces affections étaient particulièrement gênantes depuis 2000 à tel point que l'assurée a été mise en congé maladie depuis le 28 janvier 2002; la Dresse H.\_\_\_\_\_ indique que l'assurée souffre de douleurs notamment au niveau des mains, des poignets, des coudes, de la partie supérieure du dos, des trapèzes, du bassin, des genoux et des régions malléolaires et qu'elle fait part de céphalées assez fréquentes évoluant par crise de 2-3 jours; elle conclut à une fibromyalgie ou à un symptôme apparenté avec désir de reconnaissance de la maladie (pces 32-33);
- un rapport médical du 28 janvier 2003 signé par le Dr D.\_\_\_\_\_ retenant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de déficit en protéine C ainsi que de tuberculose pulmonaire traitée avec hépatites médicamenteuses en 1997; selon ce médecin, l'assurée souffre d'un tableau classique de fibromyalgie avec douleurs rebelles aux nombreuses approches thérapeutiques et présente une incapacité de travail entière pour toute activité (pce 35 et son annexe datée du 17 janvier 2003 [pce 40]);

- le questionnaire pour l'employeur daté du 30 janvier 2003 (pce 5);
- un rapport médical du 25 février 2003 établi par le Dr I. \_\_\_\_\_ suite à une radiographie du genou (pce 45);
- un rapport médical du 27 mars 2003 établi par le Dr T. \_\_\_\_\_ (pce 43);
- un rapport médical du 27 mars 2003 signé par le Dr T. \_\_\_\_\_ suite à un électromyogramme faisant notamment part d'une atteinte C8 dominante, d'éléments inflammatoires sur C6 et de la présence d'éléments de la lignée neurodystrophique au membre supérieur gauche (pce 41);
- un rapport médical du 2 avril 2003 suite à une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) du genou droit établi par le Dr C. Fortel et faisant notamment part d'une probable lésion de grade III (pce 44);
- un rapport médical du 9 septembre 2003 effectué aux Hôpitaux B. \_\_\_\_\_ faisant notamment part d'un névrite optique pharmacogène, causé par le traitement d'une tuberculose en 1997 et 1998 (pce 7);
- un rapport médical du 23 octobre 2003 établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ suite à un examen de l'assurée effectué le 14 octobre 2003 et posant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de status après hystérectomie, de status après un névrite optique pharmacogène, causé par le traitement d'une tuberculose et de status après tuberculose; le Dr J. \_\_\_\_\_ signale qu'il retrouve la présence de tous les points de fibromyalgie sur cette assurée; il souligne que l'intéressée pense avoir été victime d'une erreur médicale quant au traitement de la tuberculose et qu'elle développe un discours très revendicateur (pce 46 et les annexes à ce rapport faisant état d'une capacité de travail de la recourante de 50% dans l'activité exercée jusqu'alors [pces 50-51]);

- une lettre explicative du Dr J.\_\_\_\_\_ à l'Office cantonal AI de Genève datée du 23 octobre 2003, dans lequel ce médecin confirme un diagnostic de fibromyalgie déjà décelé par lui-même sur l'assurée en 2000; selon lui, cette dernière présente une capacité de travail de 50% dans son métier d'infirmière en pédiatrie sous réserve de certaines limitations fonctionnelles et une capacité de travail de 80% en cas de travail purement administratif sans prise en charge de malades (pce 47);
- une expertise psychiatrique du 22 juin 2004 signée par le Dr K.\_\_\_\_\_ retenant l'absence d'une incapacité de travail de l'assurée due à des problèmes psychiques (pce 53);
- un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 10 janvier 2005 (pce 21);
- un questionnaire pour l'assuré du 10 janvier 2005 (pce 22);
- un rapport médical établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ du 8 juin 2005 suite à un IRM du genou gauche (pce 68);
- un compte rendu opératoire du 6 juillet 2005 établi par le Dr M.\_\_\_\_\_ suite à une méniscectomie (pce 71).

### **C.**

L'OAIE soumet le dossier au Service médical régional de l'Assurance Invalidité Rhône (SMR Rhône) pour prise de position (pce 59). Les Drs N.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ retiennent, dans leur rapport daté du 23 mars 2005 (pce 61), les diagnostics de fibromyalgie, de méniscectomie du genou droit en 1995, d'atopie avec allergies multiples, de déficit congénital en protéine C, d'hépatite et névrite optique médicamenteuse en 1997 secondaires au traitement d'une tuberculose pulmonaire, sans séquelle, d'hystérectomie en 1988 suivie de libération d'adhérences pour iléus en 1989 et 1991, de rhumatisme articulaire aigu sans atteinte cardiaque en 1970 secondaire à une angine à streptocoque. Ces médecins précisent que, sur le plan clinique et paraclinique, il n'y a pas de trouble physique, d'affection corporelle chronique ou de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable qui permettent de rendre compte de la gravité des douleurs déclarées par la patiente. L'éventuelle incapacité de travail de l'intéressée résulterait ainsi principalement de la fibromyalgie. Dans ces conditions, ils concluent que, sur le plan

psychiatrique, le dossier ne contient pas d'éléments objectifs suffisants et proposent à l'OAIE de compléter l'instruction avec une expertise pluridisciplinaire.

#### **D.**

Donnant suite à cet avis, l'autorité inférieure demande au Centre P.\_\_\_\_\_ d'examiner l'assurée (pces 63-64). Dans leur expertise du 7 octobre 2005, les Drs Q.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ (pce 81 p. 2 et 10) posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome fibromyalgique, lésions méniscales internes du genou droit, status après méniscectomie interne et externe du genou gauche en juillet 2005 (réversible) et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de déficit en protéine C (pce 81 p. 11). Les experts concluent à une capacité de travail de la recourante à partir de janvier 2002:

- de 50% dans sa profession d'infirmière avec un rendement intact en limitant le port des charges et en supprimant le travail de nuit (pce 81 p. 13 et 14);
- de 80% dans une autre profession qui n'implique pas du tout le port de charges et avec des horaires réguliers sans activités nocturnes, ni des positions statiques prolongées (pce 81 p. 13).

En ce qui concerne les activités ménagères, les experts retiennent que, objectivement, il n'y a pas vraiment d'incapacité de travail dans un logement de deux adultes sans enfant mais que, par contre, l'assurée se voit nettement diminuée et n'exécute plus que les travaux légers.

#### **E.**

Le dossier est transmis au Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR Rhône, pour prise de position. Dans son rapport final du 1<sup>er</sup> décembre 2005 (pce 82), celui-ci conclut à l'absence d'une incapacité de travail chez l'assuré au motif que les experts du Centre P.\_\_\_\_\_ se basent exclusivement sur le diagnostic de fibromyalgie pour justifier leurs conclusions et que les exigences restrictives de la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant de cette affection ne seraient pas remplies en l'espèce.

#### **F.**

**F.a** Par décision du 12 décembre 2005 (pce 84), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assurée (pce 84). Il conclut que l'assurée ne présente pas une incapacité

permanente de gain ou une incapacité de travail suffisante, pendant une année, pour ouvrir le droit à une rente.

**F.b** L'assurée, représentée par Maître Michel Bergmann, fait opposition à cette décision par acte daté du 20 décembre 2005 (pce 88) et complété par acte du 23 février 2006 (pce 95).

**F.c** L'autorité inférieure envoie cette écriture au Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR Rhône, qui, dans son rapport du 28 février 2007 ne décèle aucun motif de revenir sur sa détermination antérieure (pce 97).

**F.d** Par décision sur opposition du 14 mars 2007 (pce 98), l'OAIE confirme le rejet de la demande de prestations de l'assurée soulignant notamment que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la fibromyalgie est apparentée au trouble somatoforme douloureux et que seule la présence d'une comorbidité psychiatrique significative ou de certains critères, non présents en l'espèce, peuvent conférer valeur invalidante à ce diagnostic. Par ailleurs, il indique que son service médical confirme les conclusions de l'expertise selon lesquelles un travail régulier sans horaire nocturne, en évitant les postures assise ou debout prolongées ainsi que le port de charges, est tout à fait exigible avec une capacité de travail réduite à 80% en raison de la fatigabilité importante dans le contexte de douleurs.

**G.**

Par acte du 3 mai 2007 (pce TAF 1), l'intéressée interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral concluant sous suite et dépens à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en faveur de la recourante dès le 28 janvier 2002 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle prise de position, à l'audition de tous les témoins utiles concernant le taux d'activité professionnelle de l'intéressée et de tous les médecins ayant suivi et examiné l'assurée et à l'établissement d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire. Faisant valoir ses affections, l'intéressée souligne notamment qu'elle prenait des antidépresseurs en 2005, ce qui remettrait en cause les conclusions de l'expertise du 7 octobre 2005 selon lesquelles elle ne souffrirait pas de troubles psychiques (pce TAF 1 p. 9 n° 27 et p. 17).

**H.**

**H.a** L'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 17 septembre 2007 (pce TAF 5), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle souligne notamment que, malgré les atteintes à la santé de la recourante, celle-ci pourrait encore exercer son ancienne activité professionnelle d'infirmière dans une mesure excluant le droit à la rente. En outre, dans l'activité de ménagère, il n'y aurait objectivement aucune limitation (incapacité de 0%).

**H.b** Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> novembre 2007 (pce TAF 7), la recourante réitère ses conclusions et produit notamment deux rapports médicaux du Dr T. \_\_\_\_\_ des 4 juillet 2007 (pce TAF 7 p. 14) et 19 octobre 2007 (pce TAF 7 p. 20).

**I.**

L'OAIE soumet la nouvelle documentation médicale au SMR Rhône pour prise de position. Dans son rapport du 13 décembre 2007 (pce 100), le Dr N. \_\_\_\_\_ relève que ces rapports n'apportent pas d'élément médical objectif démontrant un trouble de la santé de l'assurée qui aurait été méconnu pendant et depuis l'expertise médicale pluridisciplinaire du 7 octobre 2005. Se basant sur cet avis, l'autorité inférieure, par duplique du 27 décembre 2007 (pce TAF 9), confirme ses conclusions. Le Tribunal de céans envoie ces documents à la recourante pour connaissance (ordonnance du 4 janvier 2008 [pce TAF 10]).

**J.**

Par ordonnances des 10 mai 2007, 20 août 2008 et 12 octobre 2009, le Tribunal de céans communique la composition du collège à l'intéressée. Celles-ci ne seront pas contestées (pces TAF 2, TAF 11 et TAF 39).

**K.**

**K.a** Dans une écriture du 25 août 2008 (pce TAF 15), la recourante signale au Tribunal administratif fédéral qu'elle a été opérée d'une tumeur à la colonne vertébrale. Faisant valoir que les limitations fonctionnelles ayant motivé sa demande de prestations ont été causées par cette affection et non par une fibromyalgie, elle demande à ce qu'il lui soit accordé un délai suffisant pour obtenir de la

documentation médicale complémentaire, qu'il soit ordonné l'audition des médecins l'ayant suivi lors de cette dernière opération et qu'il soit ordonné une nouvelle expertise se prononçant également sur cette tumeur. Elle joint à son courrier la documentation médicale suivante:

- un compte rendu opératoire du 9 juillet 2008 établi à l'hôpital U.\_\_\_\_\_ (pce TAF 15 p. 3); selon ce rapport la recourante a été soumise à une intervention chirurgicale pour cause de tumeur extra-durale rétro-médullaire localisée en D8-D9;
- un compte rendu d'examen neuropathologique du 10 juillet 2008 (pce TAF 15 p. 4).

**K.b** Par ordonnance du 28 août 2008 (pce TAF 16), le Tribunal de céans rejette la demande d'audition de témoins de la recourante. Par ailleurs, il invite cette dernière à produire ses conclusions et à produire les rapports médicaux jugés utiles jusqu'au 30 septembre 2008, faute de quoi il sera statué en l'état du dossier.

**K.c** Par acte du 30 septembre 2008 (pce TAF 19), la recourante allègue que, selon toute vraisemblance, voire avec certitude, la tumeur nouvellement décelée était présente depuis de nombreuses années et qu'elle a été à l'origine de son invalidité. Elle conclut que cet état de fait renforce ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, elle demande que le Tribunal fédéral administratif ordonne une nouvelle expertise pluridisciplinaire et l'audition d'un certain nombre de médecins l'ayant examinée. Elle joint à son écrit de la documentation médicale nouvelle, à savoir:

- un certificat médical du 11 septembre 2008 signé par le Dr V.\_\_\_\_\_ (pce TAF 19 p. 12); ce médecin confirme avoir opéré la recourante le 9 juillet 2008 pour angiome capillaire dorsal; il précise que cette lésion de nature bénigne évolue très lentement, ce qui explique que le diagnostic est souvent porté tardivement chez des patients ayant des troubles évoluant sur des années;
- une radiographie de la colonne vertébrale de l'intéressée du 5 juillet 2008 (pce TAF 19 p. 13).

**K.d** Invité à se prononcer sur ces nouveaux éléments, l'OAIE transmet le dossier à son service médical pour prise de position (pce 101). Dans son rapport du 17 novembre 2008 (pce 102), le Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR Rhône, relève que l'ensemble des plaintes observées chez l'assurée ne saurait être expliqué par la tumeur bénigne nouvellement décelée. Dans ces conditions, il y a selon lui aucun argument médical pour justifier une nouvelle expertise médicale. Les nouveaux rapports médicaux ne mentionnant aucune complication post-opératoire, il conclut à l'absence d'une modification durable de la capacité de travail de la recourante. Se fondant sur cet avis médical, l'OAIE, par acte du 8 décembre 2008 (pce TAF 23), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**K.e** Par acte du 27 janvier 2009 (pce TAF 27), la recourante confirme ces conclusions et produit la documentation médicale suivante:

- un rapport médical du 5 janvier 2009 signé par le Dr W.\_\_\_\_\_ (pce TAF 27 p. 6);
- une attestation du 19 janvier 2009 signée par le Dr X.\_\_\_\_\_; selon ce médecin, la recourante présente les séquelles d'une compression médullaire dorsale par une tumeur extra-durale, responsable d'une paraparésie et de troubles sphinctériens (pce TAF 27 p. 7).

**L.**

Appelé à se déterminer, l'OAIE transmet le dossier à son service médical pour prise de position (pce 103). Dans son rapport du 13 mars 2009 (pce 104), le Dr N.\_\_\_\_\_, du SMR Rhône, relève que, au vu de la nouvelle documentation médicale versée au dossier, l'aggravation des troubles de santé de la recourante a débuté en avril 2008, soit 3 mois avant l'opération effectuée sur l'intéressée en juillet 2008. Posant le diagnostic principal avec atteinte à la santé de paraparésie ainsi que les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail de status après exérèse d'un angiome capillaire D8-D9 extra-dural rétro-médullaire le 9 juillet 2008 et de fibromyalgie, il propose de demander des rapports médicaux en juin 2009 pour obtenir de plus amples informations sur l'état de santé de l'assurée. Se basant sur cet avis, l'OAIE, par acte du 16 avril 2009 (pce TAF 35), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il allègue que l'aggravation de l'état de santé constatée chez l'assurée est postérieure à la décision entreprise. Elle sortirait ainsi de

l'objet de la contestation et ne serait donc pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue.

**M.**

Par acte du 6 août 2009 (pce TAF 38), la recourante fait parvenir au Tribunal de céans un acte de la sécurité française du 24 juin 2009 retenant notamment un taux d'incapacité de travail de la recourante de 80%.

**Droit :**

**1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

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

## **2.**

**2.1** Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

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

**2.3** La recourante a présenté sa demande de rente le 27 novembre 2002 (pce 1 p. 1). En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 27 novembre 2001 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 14 mars 2007, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

**2.4** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

## **3.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

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

#### **4.**

**4.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**4.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne et les ressortissants suisses (cf. l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 [ALCP, RS 0.142.112.681], Annexe II art. 1<sup>er</sup> ch. 2), qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (arrêt du Tribunal fédéral I 702/03 du 28 mai 2004 consid. 1 et références).

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

une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2).

**4.4** Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance 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).

## **5.**

**5.1** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit en principe qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008).

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

V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## 6.

**6.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), 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, 2<sup>ème</sup> 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).

**6.2** En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de

recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées).

## 7.

**7.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**7.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction

complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimales, 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).

## **8.**

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

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

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

effectuer une comparaison des revenus, ceci pour permettre à la recourante de comprendre les motifs de la décision et de se défendre correctement en procédure d'opposition.

**8.1.2** Dans la décision sur opposition du 14 mars 2007 (pce 98), l'OAIE précise que, selon la documentation médicale versée au dossier, le diagnostic de fibromyalgie est le seul trouble médical avec répercussion sur la capacité de travail et cite la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à cette affection. En outre, il indique que son service médical confirme les conclusions de l'expertise selon lesquelles "un travail régulier sans horaire nocturne, en évitant les postures assise ou debout prolongées ainsi que le port de charges est tout à fait exigible avec une capacité de travail réduite à 80% en raison de la fatigabilité importante dans un contexte de douleur." Or, force est de constater que cette allégation est inexacte. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_, dans ses prises de position du 1<sup>er</sup> décembre 2005 (pce 82) et du 28 février 2007 (pce 97), s'écarte des conclusions de l'expertise du 7 octobre 2005 et conclut à l'absence d'une quelconque incapacité de travail de la recourante en se basant sur la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral en matière de fibromyalgie. Dans ces conditions, on voit mal sur quelle pièce du dossier l'administration se fonde pour retenir une capacité de travail de la recourante de 80% dans sa profession habituelle. La réponse au recours du 17 septembre 2007 (pce TAF 5) n'apporte également pas de renseignement en la matière.

**8.2** Parallèlement à ces irrégularités, le Tribunal de céans constate que l'intéressée a fait parvenir au Tribunal administratif fédéral des rapports médicaux postérieurs à la décision entreprise dont il convient de tenir compte dans le jugement de la présente cause (cf, à ce sujet ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 99 V 98 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 856/02 du 24 décembre 2003 consid. 2.3). Il ressort de cette documentation que, contrairement à ce qu'a retenu l'administration, la fibromyalgie diagnostiquée chez l'assurée n'est pas la seule affection qui était susceptible d'avoir des incidences sur la capacité de travail de cette dernière au moment déterminant. En effet, dans le compte rendu opératoire du 9 juillet 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ fait part d'une tumeur extra-durale rétro-médullaire localisée en D8-D9 exerçant un effet de masse net sur la moëlle qui est refoulée en avant et à droite (pce TAF 15 p. 3; cf. également pce TAF 27 p. 6 [rapport médical du 5 janvier 2009 signé

par le Dr W. \_\_\_\_\_] et pce TAF 27 p. 7 [rapport médical du 19 janvier 2009 établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ faisant part de séquelles d'une compression médullaire dorsale par une tumeur extra-durale opérée en juillet 2008]). Dans son rapport médical du 11 septembre 2008 (pce TAF 19 p. 12), le Dr V. \_\_\_\_\_ précise que cette lésion de nature bénigne évolue très lentement, ce qui explique que le diagnostic est souvent porté tardivement chez des patients ayant des troubles évoluant sur des années. Cette appréciation n'est par ailleurs pas contredite par le Dr N. \_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, qui considère comme possible que l'angiome capillaire localisé en D8-D9 ait été à l'origine de dorsalgies au milieu du dos observées chez la recourante avant le prononcé de la décision entreprise du 14 mars 2007 (pce 102 p. 3 [prise de position du 17 novembre 2008]). Il précise toutefois qu'"il faut être prudent car ces dorsalgies étaient incluses dans la description d'une extension des douleurs à tout le corps, réalisant les critères de la fibromyalgie. Ainsi, il n'est même pas certain que ces dorsalgies soient dues à la tumeur et par conséquent qu'elles puissent être soulagées par l'exérèse de cette dernière." En outre, il estime que les manifestations neurologiques de la tumeur dorsale chez l'assurée sont mineures énumérant comme éventuelles limitations fonctionnelles une minime diminution de la force musculaire de la racine des membres inférieurs, une diminution du sens positionnel et de la sensibilité aux vibrations des membres inférieurs expliquant l'instabilité à la marche, une sensation de compression douloureuse et de froid douloureux ainsi que des troubles urinaires. Il ne décèle ainsi aucun motif de revenir sur ses appréciations antérieures selon lesquelles la recourante ne présenterait pas d'incapacité de travail dans sa profession habituelle et dans une activité de substitution.

Le Tribunal de céans ne peut cependant, en l'état du dossier, se rallier à ces conclusions qui ne sont pas convaincantes. En effet, le fait que la recourante, outre les dorsalgies, ait fait part d'autres douleurs non imputables à la tumeur lors de l'instruction de la cause ne permet pas d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte cancérogène et les symptômes y relatifs n'aient pas entraîné une incapacité de travail significative au moment déterminant. Par ailleurs, les déficits éventuels retenus par le médecin de l'Office en rapport avec l'angiome capillaire n'apparaissent pas tous de prime abord comme étant anodins. Il sied en particulier de relever que, avant le prononcé de la décision attaquée, l'intéressée avait signalé des douleurs au niveau de la région des omoplates, à savoir un endroit qui

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

**8.3** Au vu de ce qui précède, il se justifie, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment une nouvelle expertise pluridisciplinaire se prononçant sur l'état de santé de la recourante. L'autorité inférieure

veillera notamment à ce que les experts mandatés se prononcent de manière précise et différenciée quant aux conséquences de la tumeur dorsale en D8-D9 sur la capacité de travail de l'assurée avant et après l'intervention chirurgicale effectuée sur l'intéressée le 9 juillet 2008. Cas échéant, ils se prononceront également sur l'exigibilité d'une activité de substitution avec indication des professions entrant en ligne de compte et détermination du status de l'assurée ainsi que de la méthode adéquate pour effectuer la comparaison des revenus (cf. à cet égard ATF 134 V 9 consid. 7.3 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4 portant sur la problématique d'un facteur de pondération à prendre en considération lors d'effets réciproques dommageables entre les champs d'activité lucrative et ménagère; concernant la nécessité éventuelle d'une enquête ménagère ou d'autres mesures de substitution adéquates voire également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.2.1 et les références; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7828/2007 du 8 septembre 2009 consid. 11.1 et C-5131/2007 du 16 mars 2009 consid. 4.2.5). L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

#### **9.**

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

#### **10.**

La recourante ayant agi en étant représentée, il lui est alloué une indemnité de dépens de Fr. 2'500.- (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

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

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision sur opposition du 14 mars 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Un montant de Fr. 2'500.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire; annexes: pce TAF 35 et pce 104 pour connaissance)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :