



Cour III
C-3533/2008/

{T 0/2}

Arrêt du 16 février 2010

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),
Madeleine Hirsig, Vito Valenti, juges,
Valérie Humbert, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Gilles Monnier,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résident à l'étranger (OAIE),**
autorité inférieure.

Objet

Droit à des prestations AI illimitées (décision du
29 avril 2008).

Faits :**A.**

A._____ est une ressortissante suisse d'origine brésilienne, née le (...) 1960, mariée et vivant en France voisine depuis juillet 2002 (pce 3s et 52). Arrivée en Suisse en 1983 à la faveur d'un premier mariage (pce 78), elle y a travaillé dans diverses activités de 1986 à 2001, en dernier lieu au sein de l'administration cantonale vaudoise (pces 13-14).

B.

B.a Souffrant d'un cancer de la vessie ayant nécessité en octobre 2005 une cystectomie, une hystérectomie et une annexectomie, puis plusieurs cures de chimiothérapie et de radiothérapie, A._____ a déposé le 9 février 2006 auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud (OCAI-VD) une demande de moyens auxiliaires sous la forme d'une perruque (pces 1 à 8), laquelle lui fut octroyée par décision du 22 mars 2006 (pce 17). Par appel téléphonique du 17 mars 2006, elle a complété sa demande de prestations AI en demandant que soit également examiné son droit à une rente (pce 15).

B.b Dans le cadre de l'instruction de sa requête, ont notamment été versés aux actes:

- un questionnaire à l'assurée pour compléter la demande initiale duquel il ressort que A._____ travaillerait à 100% dans n'importe qu'elle activité si elle était en bonne santé (pce 19);
- le rapport médical du 20 mars 2006 de la Dresse B._____, médecin assistante au centre pluridisciplinaire d'oncologie (S._____) du centre hospitalier (T._____) qui, outre des douleurs au sondage de la vessie, signale une thrombopénie et une prochaine IRM cérébrale en raison des syncopes dont se plaint la patiente (pce 34);
- le rapport médical du 23 mai 2006 signé par la Dresse C._____ et le Dr D._____, respectivement médecin assistante et chef de clinique au S._____ du T._____, lesquels retiennent comme diagnostic ayant des répercussions

sur la capacité de travail un carcinome neuro-endocrine à petites cellules et carcinome urothélial peu différencié de haut grade (GIII) de la vessie et sans répercussion sur la capacité de travail, une cure d'hernie discale et un épisode dépressif moyen avec symptôme somatique. Ces médecins estiment l'incapacité de travail totale du 5 octobre 2005 au 1er juillet 2006 et l'état de santé de la patiente s'améliorant (pce 42). L'ancienne activité leur semble exigible à raison de 4 heures par jour, soit à 50% en évitant le froid, le bruit, les poussières et la station debout prolongée (pces 43 et 44);

- un compte rendu opératoire du 3 août 2005 émanant du Dr E._____, chirurgien à la clinique Z._____ à Y._____, lequel atteste d'une intervention en L5-S1 par voie d'abord interlaminaire pour une exérèse de la hernie discale (pce 46);
- la lettre de sortie de la clinique universitaire psychiatrique de X._____, datée du 10 janvier 2002 et signée par le Dr F._____, médecin assistant et par le Dr G._____, chef de clinique adjoint, lesquels font état d'une hospitalisation volontaire de A._____ du 27 au 30 novembre 2001 pour troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM [ICD-10] F.43.21) consécutifs notamment à un licenciement alors que A._____ se disait victime de mobbing et de harcèlement sexuel de la part de son employeur (pces 60s).

B.c Cette documentation médicale a été soumise à l'appréciation de la Dresse H._____ du service médical régional (SMR) de l'OCAI-VD, qui a proposé la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire (pce 65).

B.d L'expertise a été confiée à la clinique W._____ à V._____ et s'est déroulée le 20 décembre 2006. Elle contient deux volets, l'un en médecine interne et l'autre en psychiatrie. Les deux experts mandatés, le Dr I._____, spécialiste en médecine du travail et en médecine générale et le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire. Il ressort du rapport qu'ils ont établi le 4 juin 2007 (pce 74) et qu'ils ont précisé en date du 20 août 2007 (pce 94) à la demande de la Dr H._____ du SMR (pce 89), que A._____ ne peut effectuer aucune

activité physique pénible, mais qu'elle peut exercer son ancienne profession d'employée de bureau ou tout autre activité respectant les limitations en rapport avec les troubles digestifs et urinaires, l'asthénie et le problème lombaire à 70%, à savoir huit heures par jour mais avec un rendement diminué à 70%. Ils sont néanmoins d'avis que la réadaptation sera difficile, l'assurée étant revendicatrice et ne se voyant pas reprendre une activité compte tenu de ses plaintes.

B.e Par projet de décision du 11 septembre 2007, l'OCAI-VD a informé A._____ qu'elle entendait lui octroyer une rente entière limitée à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2006 au motif qu'elle présentait une incapacité de travail totale du mois de juillet 2005 au mois de septembre 2006. Toutefois, en raison du délai d'attente d'un an, la rente ne pouvait être versée que depuis juillet 2006. Son état de santé s'est ensuite amélioré de manière à ce qu'elle puisse reprendre dès octobre 2006 une activité à 100% avec un rendement diminué de 30%. En application des règles légales, la suppression de la rente n'intervient cependant que trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail. L'OCAI-VD se fondait sur l'avis du Dr K._____, médecin au SMR, lequel a pris position le 28 août 2007 ensuite du rapport d'expertise et énumérait les limitations fonctionnelles suivantes: pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure; pas de port de charges lourdes supérieures à 10kg; pas de marche supérieure au km; pas de travail à genou et/ou en station accroupie; pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc; pas de travail en hauteur ou sur échelle.

B.f Par acte du 18 septembre, A._____ a contesté le projet de décision expliquant qu'elle devait vider sa néovessie à l'aide d'une sonde environ toutes les deux heures jour et nuit en milieu stérile, au calme et sans précipitation. Elle ne peut donc récupérer par un sommeil réparateur et se trouve en état de somnolence diurne. Elle se plaint également des conséquences sociales de sa situation et estime qu'elle ne peut plus exercer un activité lucrative de quelque nature que ce soit (pce 102). Elle joint à son courrier une attestation non datée du Dr L._____ médecin à V._____, qui certifie que l'assurée n'est pas apte à une reprise du travail, quelqu'en soit le pourcentage et ce depuis octobre 2005 (pce 108).

Par la suite le Prof. O._____ du service d'urologie du T._____ s'est adressé directement à l'OCAI-VD pour lui demander de revoir son projet de décision. Il soutient que la néovessie iléale continente hétérotope nécessite des sondages fréquents (chaque 2-3 heures) avec un matériel adéquat et que les perturbations somatiques et psychologiques que cela engendre doivent être prises en compte dans l'évaluation de l'activité résiduelle (pce 110).

B.g En procédure d'audition le Dr K._____ du SMR a demandé dans sa prise de position du 8 novembre 2007 à ce qu'il soit procédé à une instruction complémentaire auprès du Prof. O._____ (pce 120). Par courrier du 27 février 2008, le Prof. O._____ évoque un status 2 ans après confection d'une néo-vessie ayant nécessité 2 révisions chirurgicales au niveau de l'orifice de la valve efférente. En raison des autosondages fréquents en milieu adéquat, des conséquences sur la vie quotidienne et du réel traumatisme psychologique engendré par la situation, il estime que l'assurée est en incapacité totale de travail (pce 131). Il envoie par télécopie toute la documentation médicale en sa possession au sujet de la patiente (pces 134 à 168). Dans son avis médical consécutif du 11 mars 2008, le Dr K._____ du SMR, remarque que la baisse de rendement liée aux soins que l'assurée doit réaliser régulièrement a été prise en compte par une diminution de 30%, ce qui correspond à une pause de 18 minutes chaque heure ou de 36 minutes toutes les deux heures. Il note que le Pr O._____ prend en compte des éléments d'ordre psychique pour justifier son appréciation et que celle-ci ne peut prévaloir sur celle de l'expert psychiatre. Le Dr K._____ maintient donc sa position (pce 181).

B.h Par courrier motivé du 31 mars 2008, l'OCAI-VD a avisé A._____ qu'elle recevrait prochainement une décision formelle confirmant les termes du projet qui lui avait été soumis le 11 septembre 2007 (pce 183). Par décision du 29 avril 2008, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a octroyé à A._____ une rente entière limitée à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2006 (pce 209).

C.

C.a Par acte du 29 mai 2008, A._____, agissant par l'entremise de son avocat, interjette recours par devant le Tribunal administratif fédéral (TAF) à l'encontre de la décision du 29 avril 2008. A l'appui de

ses conclusions en faveur d'une rente entière non limitée dans le temps, elle produit la lettre du Prof. O._____ du 27 février 2008 qui figure déjà au dossier, une prise de position du 7 avril 2008 du Dr L._____ qui rappelle la nécessité d'un sondage jour et nuit en milieu stérile suivi d'un lavement avec seringue, un certificat médical signé des Drs Q._____ et R._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au S._____ du T._____, qui atteste qu'une reprise d'une activité professionnelle n'est pas possible actuellement, et une attestation du 15 avril 2008 du Dr E._____ au sujet de son hernie discale opérée qui continue à provoquer une gêne sans qu'il soit nécessaire qu'elle prenne des analgésiques. Elle annonce également le dépôt prochain d'autres pièces médicales.

C.b Par ordonnance du 25 juillet 2008, le TAF impartit à la recourante un délai jusqu'au 26 septembre 2008 pour présenter les preuves annoncées dans son recours, lequel fut prolongé deux fois à la demande de la recourante.

C.c Le 3 décembre 2008, la recourante transmet au TAF trois documents médicaux:

- un rapport du 26 novembre 2008 du Prof. O._____ qui rappelle en substance les incidences fonctionnelles, psychologiques et sociales d'une cystectomie. A son avis, ces éléments n'ont pas été pris en compte dans l'expertise litigieuse. Il plaide pour une réduction permanente de l'activité de 50%;
- une attestation du 28 novembre 2008 du Dr R._____ qui a revu la recourante en consultation le 25 septembre 2008 et pense que son état physique et psychique ne lui permet pas de travailler à plus de 50%;
- un certificat du 11 juin 2008 du Dr L._____ qui conteste certains points factuels du rapport d'expertise et affirme que la reprise d'une activité professionnelle est actuellement impossible pour la recourante.

C.d Le 2 février 2009, soit dans le délai impartit plusieurs fois prolongé par le TAF, la recourante dépose un complément d'écriture qui consiste essentiellement en un commentaire des nouvelles pièces médicales produites le 3 décembre 2008. Elle s'emploie ainsi à démontrer que conformément à la jurisprudence fédérale ces rapports

sont de nature à jeter un doute sérieux sur le bien-fondé des conclusions des experts et qu'à tout le moins une nouvelle expertise est nécessaire. Elle reproche également à l'autorité intimée de ne pas lui indiquer quelle activité précise elle pourrait exercer dans sa situation et de n'avoir pas procédé à l'évaluation de l'invalidité.

C.e Dans sa réponse du 19 mai 2009, l'autorité intimée renvoie aux observations du 14 mai 2009 de l'OCAI-VD, autorité d'instruction, qui elle-même se réfère à l'avis médical du 6 mai 2009 du Dr S._____, médecin au SMR. En substance il est dit qu'il n'y a pas de motif de s'écarter d'une expertise élaborée dans les règles de l'art. Le Dr S._____ s'étonne de ce qu'en février 2008 le Prof. O._____ prônait une incapacité de travail totale alors qu'en novembre 2008, il l'évalue à 50% sans qu'une évolution de l'état de santé ne justifie cette position.

C.f Par ordonnance du 27 mai 2009, le TAF invite la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés, laquelle fut acquittée dans le délai imparti, et à se déterminer sur la réponse de l'autorité intimée.

C.g Le 28 juillet 2009, la recourante communique au TAF un courrier du Prof. O._____ daté du 11 juillet 2009 dans lequel celui-ci explique qu'au vu du durcissement des responsables de l'AI en matière d'octroi de rente dans un tel contexte médical, il a exprimé l'avis que la réduction permanente de l'activité professionnelle devait au moins être de 50%, bien qu'à son avis elle soit de 100%.

C.h Dans sa prise de position consécutive du 8 octobre 2009, l'autorité intimée maintient ses conclusions et fait sienne la détermination de l'OCAI-VD du 5 octobre 2009 qui remarque que le Prof. O._____ ne motive pas médicalement les raisons qui justifierait que l'on s'écarte de l'expertise.

C.i Par ordonnance du 14 octobre 2009, le TAF porte un double des dernières écritures de l'autorité intimée et de l'autorité d'instruction à la connaissance de la recourante et clôt l'échange d'écriture.

C.j En date du 10 février 2010, la recourante fait parvenir au TAF, par voie de télécopie, divers documents ayant principalement trait au litige l'opposant à son ancien employeur et figurant déjà pour l'essentiel au dossier.

Droit :**1.**

1.1 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 à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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 compétent pour connaître de la présente cause.

1.2 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 26^{bis} 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 Pour le surplus, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est donc recevable quant à la forme.

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; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, 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 La décision litigieuse est datée du 29 avril 2008. S'agissant du droit applicable, il convient donc encore de préciser que le 1^{er} janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^e révision) sont entrées en vigueur (RO 2007 5129). 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), si le cas d'assurance survient avant le 1^{er} janvier 2008, ce sont les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 qui s'appliquent. 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 jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). En l'espèce, la recourante a déposé une demande de prestations AI le 9 février 2006, qu'elle a complétée en mars 2006, se prévalant d'une atteinte à la santé ayant pris naissance en juillet 2005. Partant, les dispositions topiques sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2007 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C-48/2009 du 28 avril 2009 consid. 4).

4. Selon les normes en vigueur à l'époque des faits déterminants, 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 celle-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 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.

6.2 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.

C'est l'administration qui doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 22 consid. 4a, ATF 109 V 25; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Cela étant, 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).

6.3 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.

7.1 En l'espèce la décision litigieuse est consécutive à la détermination du Dr K._____ du SMR qui lui-même se réfère essentiellement à l'avis des experts, soit un spécialiste en médecine générale et médecine du travail et un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie tel qu'exprimé dans leur rapport en juin 2007. La recourante, quant à elle, oppose le point de vue de ces médecins traitants, urologue, oncologue et généraliste. Toutefois, eu égard au principe jurisprudentiel qui veut que 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 réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 230) et à la divergence

consacrée à ce sujet par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêts I 676/05 du 13 mars 2006 consid. 2.4, I 783/05 du 18 avril 2006 consid. 2.2, U 58/06 du 2 août 2006 consid. 2.2, I 835/05 du 29 août 2006 consid. 3.2, I 879/05 du 27 septembre 2006 consid. 3.3, I 633/06 du 7 novembre 2006 consid. 3, I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4), il faut admettre que les différents rapports fournis pas le Prof. O._____, les Drs Q._____ et R._____ ou encore le Dr L._____, tous alléguant d'une incapacité totale, puis en procédure de recours, pour le Prof O._____ et le Dr R._____ de 50%, ne sont pas véritablement probants, faute d'une motivation circonstanciée, puisqu'ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et n'expliquent pas pourquoi l'atteinte à la santé entraîne une absence totale de capacité de travail ou une diminution de 50% au moins. Seul le Prof O._____ motive un tant soit peu sa prise de position. Selon lui, il doit être tenu compte lors de l'évaluation de la capacité professionnelle, outre les soins que la recourante doit s'auto-prodiguer pour sonder sa néoovessie, du contexte psychologique, psycho-affectif et émotionnel séquellaire au traitement. Ce faisant, ce médecin perd de vue que ces éléments ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. En effet, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2. avec les références). Par exemple, ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1, Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b). Pour qu'un état psychologique puisse occasionner une incapacité de travail durable, il doit être d'une intensité sévère et diagnostiqué comme tel par référence à une classification internationale reconnue et par un médecin possédant une spécialisation en psychiatrie (cf. ATF 124 V 209 consid. 4b, ATF 132 V 65 consid. 3.4).

Or, l'expert psychiatre écarte très clairement la possibilité d'une atteinte psychique ayant une valeur invalidante tout en admettant une certaine vulnérabilité narcissique qui ne répond pas selon lui à la

nosologie d'un trouble de la personnalité au sens de la classification internationale des maladies. Les antécédents professionnels et familiaux ainsi que sa situation actuelle sont effectivement difficiles. Il note que contrairement à ce qu'elle affirme en se plaignant de manière outrancière, elle possède les ressources psychiques nécessaires. Il en veut pour preuve qu'elle assume intégralement son ménage, vit de manière indépendante, peut écrire des livres, effectuer des promenades et rencontrer des gens. L'assurée reste bloquée dans une attitude de revendication excessive. Selon l'expert, il y a trop d'inconvénients pour elle à reprendre une activité professionnelle, vu son déconditionnement social. Il relève également la nouvelle blessure narcissique subie par l'assurée du fait des conséquences peu gracieuses de son cancer de la vessie. Il pense néanmoins qu'elle ne déploie pas tous les efforts dont elle est capable pour surmonter les conséquences de son cancer. Il estime que d'un point de vue psychique, la capacité de travail est de 100% soit huit heures par jour dans son ancien emploi de secrétaire.

7.2 D'un point de vue somatique, le Prof O._____ soutient que la recoursante doit se sonder plusieurs fois par jour en milieu adéquat, environ chaque deux à trois heures (rapport du 26 septembre 2007) ensuite il n'indique plus ni la fréquence, ni la durée (rapport des 27 février et 26 novembre 2008 et du 11 juillet 2009). Le Dr L._____ affirme lui "plusieurs fois par jour et par nuit" dans son attestation du 7 avril 2008, puis il avance toutes les deux heures dans sa prise de position du 11 juin 2008. Les Drs Q._____ et R._____ font état d'auto-sondages réguliers.

L'expert en médecine générale et médecine du travail n'est pas plus explicite puisqu'il se contente de dire que les conséquences "vraisemblables" des traitements suivis par la recoursante pour son cancer de la vessie ont clairement une répercussion sur son rendement, qu'il estime diminué de 30%.

Le Dr K._____ quant à lui démontre dans sa détermination du 11 mars 2008 de manière chiffrée que cette réduction du rendement intègre largement le temps nécessaire aux soins et sondages, puisqu'une occupation à 100%, à raison de huit heures par jour avec un rendement de 70%, laisse à l'assurée 144 minutes par jour pour procéder à la vidange de sa vessie, soit 36 minutes toutes les deux heures.

8.

La Cour de céans ne voit pas de raison de s'écarter du volet psychiatrique de l'expertise contestée qui a été menée dans les règles de l'art et dans le respect de la jurisprudence précitée. Concernant, le volet somatique, son avis est plus réservé. Il est vrai que l'argument chiffré du Dr K._____ pour justifier la réduction proposée par les experts paraît convaincant dans la mesure où, d'une part, il ressort d'autres pièces du dossier que la catétérisation de la vessie artificielle a lieu en moyenne une fois toutes les 4 heures (pce 135 du 7 novembre 2005 des Prof. M._____ et Dr N._____ du S._____ du T._____) et que les autosondages sont réalisés facilement par la patiente (pce 138 du 18 janvier 2008 du Prof. O._____ et des Drs Q._____ et R._____ du service d'urologie du T._____) et que, d'autre part, le calcul du Dr K._____ n'est pas contredit par le Prof O._____ dans ses deux déterminations ultérieures, mais on ne sait cependant si celui-ci en a réellement eu connaissance. Cependant, la Cour de céans remarque aussi que le médecin ayant effectué l'expertise somatique, le Dr I._____ n'est pas titulaire d'une spécialisation en urologie ou en oncologie. Or, selon la jurisprudence fédérale, la valeur probante d'une expertise médicale spécialisée dépend de la question de savoir si un expert dispose de la formation correspondante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2). La qualification du médecin consulté joue un rôle considérable dans l'appréciation d'une expertise, raison pour laquelle on attend qu'il possède les titres prouvant sa compétence ou qu'au moins le médecin qui vise le rapport les détient (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 779/01 du 16 octobre 2002 consid. 4.1). Ce qui n'est pas le cas en l'espèce, de sorte que cela jette un doute sur la totalité de l'expertise puisque les conclusions sont déduites d'un consilium interdisciplinaire

Pour être complet, il sied encore de relever que dans leur rapport du 23 mai 2006, la Dresse P._____ et le Dr D._____ étaient également d'avis que l'ancienne activité de la recourante était exigible à 50%, à raison de quatre heures par jour.

9.

9.1 Vu ce qui précède, si une capacité résiduelle de travail reste vraisemblable, le TAF doit constater qu'il ne possède pas les éléments clairs pour se faire une opinion déterminée de la mesure de cette

capacité. Partant, il se justifie d'annuler la décision du 29 avril 2008, d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle mette en oeuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire intégrant l'avis d'un urologue indépendant et d'un oncologue, avant de prendre une nouvelle décision.

9.2 S'il subsiste une capacité de travail, la nouvelle décision devra également se fonder sur une comparaison des revenus. En effet, si l'ancienne activité est toujours partiellement exigible, il faut procéder à une comparaison statistique puisqu'elle a pris fin pour des raisons qui sont sans rapport avec les problèmes de santé de la recourante, et se prononcer au sujet d'une application d'un abattement approprié (Leidensabzug) sur le revenu d'invalidé afin de l'établir de manière à ce qu'il corresponde le mieux à l'activité lucrative pouvant encore être exigée de l'assurée, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle et des particularités du cas d'espèce (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.1 et 6.2), comme par exemple les conséquences que le taux d'occupation ou la nature de l'handicap peut avoir sur le salaire (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Dans ce contexte, l'autorité intimée devra également tenir compte du fait que les experts se sont prononcés en faveur d'une activité à raison de huit heures par jour ce qui ne correspond pas à un horaire usuel à 100%; de même la Dresse P._____ et le Dr D._____ estiment l'ancienne activité exigible à 50%, à raison de quatre heures par jour, ce qui n'est pas conforme aux heures effectuées habituellement à mi-temps.

10.

Pour terminer et compte tenu des revendications de la recourante qui semble considérer ses cotisations à l'AI suisse comme autant de versements d'épargne privée lui permettant d'exiger des prestations, il n'est pas inutile de brièvement rappeler que l'assurance-invalidité est basée sur le principe de la solidarité actuarielle. Ce fondement de solidarité, propre à toute assurance sociale, signifie que "plusieurs personnes indépendantes les unes des autres, réunies en collectivité, rassemblent des fonds dans le but commun, lorsque survient un événement précis à définir, d'aider l'un de ses membres en couvrant le dommage subi." (GABRIELA RIEMER-KAFKA, La solidarité, toile de fond des assurances sociales, Sécurité sociale [CHSS] 2/2007, p. 59). L'AI vise à couvrir un risque défini juridiquement qui, une fois qu'il se réalise, donne droit à une prestation prévue par la loi qui peut-être fournie soit partiellement soit totalement. Le financement de cette assurance se

base principalement sur la capacité économique de l'assuré (par le biais, la plupart du temps, de cotisations salariales). Le seul fait d'avoir participé au financement du risque ne suffit pas pour toucher des prestations, il faut encore que les autres conditions prévues par la loi (cf. consid. 5.5, l'invalidité est une notion juridico-économique) soient satisfaites, ce qui n'est pas encore établi en l'espèce.

11.

11.1 Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

11.2 Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. Les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2).

En l'espèce, le travail accompli par le représentant de la recourante en instance de recours a consisté principalement dans la rédaction d'un recours de quatre pages accompagné d'un bordereau de six annexes, de quatre demandes de prolongation de délai, d'une écriture complémentaire d'une page avec trois annexes, d'un nouveau complément de six pages avec deux annexes et d'une réplique d'une page avec une annexe. Il se justifie, eu égard à ce qui précède, de lui allouer une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'000.- à charge de l'OAIE.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis. La décision du 29 avril 2008 est annulée et la cause est renvoyée à l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'elle procède conformément au considérant 9.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- déjà versée par la recourante lui sera restituée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné, une fois le présent arrêt entré en force.

3. Un montant de Fr. 2'000.-- est alloué à la recourante à titre de dépens, à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ...)
- à l'Office fédéral des assurance sociales

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 fédérale 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 :