



Cour III
C-4911/2008/coo

{T 0/2}

Arrêt du 2 juin 2010

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Michael Peterli, Beat Weber, juges,
Oliver Collaud, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître François Gillioz,
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,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité.

Faits :**A.**

A._____, ressortissante française née le [...] 1958, mariée et mère de deux enfants, a exercé une activité lucrative de frontalière en Suisse en tant que comptable dès mars 1989. A compter du 11 août 2003, elle a cessé de travailler pour raison de santé et les rapports de service la liant à son dernier employeur ont été résiliés en février 2004.

B.

Par demande datée du 16 janvier 2005 et enregistrée auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OCAI-GE) le 26 janvier 2005, A._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité suisse (AI), alléguant des douleurs de la colonne vertébrale chroniques et invalidantes de type fibromyalgie depuis le 11 août 2003.

L'instruction ordonnée par l'autorité cantonale a conduit à ce que soient versées au dossier les pièces suivantes:

- le questionnaire pour l'employeur daté et signé le 27 mai 2005 (pce 27);
- le rapport médical du 9 mars 2005 de la Drsse B._____, qui suivait la requérante depuis 1996, observant entre autres une fibromyalgie, une affection demyélinisante et un syndrome dépressif ainsi qu'une aggravation des symptômes dans le temps et une totale incapacité de travail quelle que soit l'activité (pces 14 et 15);
- le rapport d'expertise psychiatrique établi le 9 mars 2005 par le Dr C._____ qui a posé le diagnostic unique de syndrome douloureux somatoforme persistant, a observé que l'assurée était tout à fait capable d'exercer de nombreuses choses mais commençait à être figée dans un statut de malade que rien ne pouvait prouver et a relevé que l'on pouvait prévoir une reprise de travail progressive à mi-temps pendant une semaine puis à plein temps dès la semaine suivante (pce 19);
- le certificat médical du Dr D._____, rhumatologue, du 14 mai 2005 attestant des plaintes, depuis 1994, de syndrome douloureux

généralisé – plus particulièrement des lombosciatiques en alternances droites et gauches avec irradiation à la face postérieure des deux cuisses et des névralgies cervico-brachiales droites – rendant impossible l'exécution de travaux avec port de charges, la station debout prolongée, la montée d'escaliers et la genuflexion prolongée; ce médecin a posé le diagnostic de polymyalgie rendant impossible la réalisation des travaux nécessitant la station assise ou debout prolongée et le port de charges, les autres travaux restant exigibles (pce 24).

L'OCAI-GE a soumis le dossier de la cause au Service médical régional de l'AI, Suisse romande (ci-après: SMR). Dans son avis du 10 octobre 2005, le Dr E._____ du SMR a observé qu'en raison des lacunes du dossier, un examen bi-disciplinaire au SMR était indiqué (pce 35). Dit examen a été ordonné par l'OCAI-GE le 30 janvier 2006.

Dans leur rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 10 avril 2007 (pce 37), les Drs F._____ et G._____ du SMR n'ont posé aucun diagnostic rhumatologique ou psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail et ont retenu, à titre de diagnostic sans influence sur celle-ci, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et de discrets troubles dégénératifs du rachis, de fibromyalgie et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. En particulier, les médecins rapporteurs n'ont constaté, en relation avec la fibromyalgie, aucune comorbidité psychiatrique manifeste ou trouble de la personnalité sévère décompensé et n'a pas été mise en évidence une perte d'intégration sociale. A titre de limitations fonctionnelles, ils ont relevé la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heures la position assise et la station debout, le port de charges limité à 12 kg – le soulèvement à 5 kg – et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. La capacité de travail de A._____ dans l'activité de comptable a été estimée pleine.

Le 1^{er} mai 2007, le Dr E._____ du SMR a fait rapport à l'OCAI-GE, observant pour le surplus que l'absence de comorbidité psychiatrique significative était confirmée par l'expertise du Dr C._____ (pce 35).

C.

Par projet de décision du 2 mai 2007, l'OCAI-GE a informé la requérante qu'il entendait rejeter sa demande, faute de documents médicaux rendant plausible une atteinte invalidante. Un délai de trente

jours a été octroyé pour permettre à A._____ de faire part de ses éventuelles objections (pce 36).

Par acte du 3 juin 2007 (pce 39), la demanderesse a contesté le projet de décision de l'OCAI-GE, produisant entre autres le certificat médical établi le 23 janvier 2007 par la Drsse B._____ observant que l'intéressée présentait des douleurs de la colonne cervico-dorsale et lombaire avec diminution de la force musculaire des membres supérieurs ainsi qu'une zone d'insensibilité lombaire gauche. La praticienne a posé le diagnostic de fibromyalgie avec des symptômes très contraignants au quotidien. A._____ a également fait parvenir à l'OCAI-GE une correspondance du Dr H._____ faisant état d'une dépression réactionnelle à l'état de santé de son époux et une attestation de rapport thérapeutique rédigé par M. I._____, Praticien Conseil, le 31 mai 2007.

D.

Par courrier du 6 juin 2007, l'OCAI-GE a transmis pour notification une décision de refus de rente à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

En date du 8 juin 2007, l'OCAI-GE a sollicité du SMR qu'il se prononce sur les pièces produites au cours de la procédure d'audition de la requérante.

Par courrier daté du même jour, l'autorité cantonale a informé l'OAIE que la décision qui lui avait expédiée le 6 juin 2007 ne devait pas être notifiée afin de compléter l'analyse de la demande suite à la production de pièces par l'intéressée.

Le 15 juin 2007, l'OAIE a toutefois procédé à la notification de la décision qui lui avait envoyée le 6 juin 2007. Par acte du 21 juin 2007, l'OAIE a informé A._____ que la notification de cette décision était à considérer comme nulle et non avenue.

E.

Dans son avis médical du 2 juillet 2007, le Dr E._____ du SMR a observé que les documents produits par l'assurée n'apportaient aucun nouvel élément de nature à modifier sa prise de position précédente (pce 47).

Par courrier daté du 3 juillet 2007 et reçu le lendemain, l'Association suisse des assurés (ASSUAS) a informé l'OCAI-GE que A. _____ lui avait confié un mandat de représentation.

Le 12 juillet 2007, l'OAIE a rendu une décision de refus de prestations de l'AI. Dans cette décision, l'autorité a pour l'essentiel repris les motifs avancés dans son projet de décision du 2 mai 2007. Les voies de droit indiquées en fin de texte se référaient au Tribunal administratif fédéral.

F.

Agissant le 14 septembre 2007 par l'entremise de l'ASSUAS, A. _____ a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (ci-après: le TCAS-GE) d'un recours dirigé contre la décision de l'OAIE. Par arrêt du 2 avril 2008, le TCAS-GE a décliné sa compétence et a transmis le recours au Tribunal administratif fédéral.

G.

Agissant par l'entremise de l'ASSUAS en date du 23 juillet 2008, A. _____ est intervenue auprès du Tribunal administratif fédéral afin d'obtenir les références du recours transmis par le TCAS-GE.

Le 29 juillet 2008, le TCAS-GE a transmis une copie de son arrêt du 2 avril 2008 au Tribunal de céans et, le 5 août 2008, une copie des pièces versées à son dossier, dont le mémoire de recours du 14 septembre 2007, concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et invoquant une violation du droit d'être entendu ainsi que du principe de la proportionnalité. Au nombre de ces pièces figuraient en outre le courrier du 26 septembre 2007 adressé au TCAS-GE par l'ASSUAS l'informant que A. _____ venait d'apprendre qu'elle souffrait d'un cancer et par lequel ont été produits le protocole de soins et le certificat médical – attestant que l'intéressée présentait un état dépressif et qu'un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche venait d'être diagnostiqué avec proposition de mastectomie et de chimiothérapie complémentaire – établis le 24 septembre 2007 par le Dr J. _____.

Par ordonnance du 11 août 2008, le Tribunal administratif fédéral a ouvert l'instruction du recours du 14 septembre 2007 dirigé contre la décision de l'OAIE du 12 juillet 2007.

H.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OCAI-GE en a proposé le rejet dans sa réponse du 22 septembre 2008. A cette occasion, l'autorité a notamment observé que le diagnostic de fibromyalgie avait été reconnu par le médecin du SMR, mais qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, une telle atteinte n'était pas invalidante. Dans sa réponse au recours du 29 septembre 2008, l'OAIE a déclaré n'avoir rien à ajouter à la prise de position de l'OCAI-GE, concluant également au rejet du recours. Par ordonnance du 3 octobre 2008, à laquelle aucune suite n'a été donnée, le Tribunal de céans a invité la recourante à répliquer aux réponses au recours de l'OCAI-GE et de l'OAIE dans un délai échéant au 3 novembre 2008.

I.

Par décision incidente du 14 novembre 2008, le Tribunal administratif fédéral a invité A._____ à s'acquitter dans les trente jours dès réception d'une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 300.-- sous peine d'irrecevabilité du recours. Le 19 novembre 2008 le montant demandé a été versé à la Caisse du Tribunal.

J.

Par courrier du 23 avril 2009 Me François Gillioz a informé le Tribunal de céans qu'il succédait à l'ASSUAS dans la défense des intérêts de A._____ et a sollicité la consultation du dossier de la cause. Par ordonnance du 27 avril 2009, le Tribunal administratif fédéral a donné suite à cette requête. Le 17 juillet 2009, Maître Gillioz a retourné le dossier de la cause en y joignant une série de documents médicaux dont une partie déjà aux actes et une autre partie se référant à la période postérieure à septembre 2007.

K.

En date du 9 avril 2010, la recourante a produit le protocole de soins établi par le Dr J._____ le 31 mars 2010 concernant une dépression chronique, un cancer bilatéral des seins avec mastectomie et une hyperalgie chronique.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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'OAIE concernant l'octroi de rente 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).

1.2 L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

1.3 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGGA est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGGA.

1.4 Selon l'art. 59 LPGGA, 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 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2e 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 (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 1^{er} 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 1^{er} 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'ALCP, 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.

4.

4.1 La recourant, par son premier mandataire, fait valoir dans son recours que la motivation de la décision attaquée était insuffisante, les avis des médecins traitants de la recourante n'ayant pas été discuté et que le principe de la proportionnalité a aussi été violé. Ces griefs équivalent à invoquer une violation du droit d'être entendu, droit dont le respect est examiné d'office par le Tribunal de céans (cf. ATF 120 V 357 consid. 2a).

4.2 En principe, le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst., comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (cf. ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. I et II, p. 380 ss et 840 ss). Le droit d'être entendu est consacré, en procédure administrative fédérale, par les art. 26 à 28 PA (droit de consulter les pièces), les art. 29 à 33 PA (droit d'être entendu stricto sensu) et l'art. 35 PA (droit d'obtenir une décision motivée) ainsi qu'en matière d'assurance sociale aux art. 42 LPGA (droit d'être entendu) et 52 al. 2 LPGA (motivation des décisions sur opposition). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont gui-

dée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 124 V 180 consid. 1a, ATF 123 I 31 consid. 2c). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 121 I 54 consid. 2c). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 p, ATF 130 II 530 consid. 4.3).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 129 I 129 et les références citées; ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, n° 1711; ANDREAS AUER / GIORGIO MALINVERNI / MICHEL HOTTELLIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, Les droits fondamentaux, 2^{ème} éd., Berne 2006, n° 1347 s). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

Dans un arrêt C-6034/2009 du 20 janvier 2010 le Tribunal de céans a eu l'occasion d'appliquer ces principes et d'annuler une décision de l'OAIE pour le motif que l'intéressé n'avait pas pu prendre connaissance du dossier de la cause et que la décision était insuffisamment motivée.

4.3 En l'espèce, dans la réponse au recours du 22 septembre 2008, l'OCAI-GE a expliqué de manière détaillée les raisons de sa décision et cette réponse a été transmise au premier mandataire avec un délai pour présenter une réplique, délai qui est resté sans suite. La partie recourante aurait donc pu s'exprimer à ce sujet lors du deuxième échange d'écritures. Ensuite, le dossier complet de la cause a été

transmis au deuxième mandataire qui s'est limité à transmettre, sans aucun commentaire, une documentation médicale. Compte tenu du plein pouvoir d'examen de ce Tribunal, on peut dès lors retenir que le grief concernant la violation du droit d'être entendu a été réparé, d'autant plus qu'un renvoi de la cause ne serait pas dans l'intérêt de l'assurée car il retarderait inutilement la procédure.

5.

S'agissant du droit applicable, il convient de préciser que le 1^{er} janvier 2008 les modifications de la LAI introduites par la modification du 6 octobre 2006 (5^{ème} 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 mentionnés).

En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 janvier 2005 et la décision litigieuse la concernant a été prononcée le 12 juillet 2007. L'ensemble des faits déterminants s'étant produits avant son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2008, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI et de la LPGA ne sont donc applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

6.

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 16 janvier 2004 (douze mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 12 juillet 2007, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

7.

7.1 Selon les normes en vigueur à la date de la décision attaquée, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

7.2 En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressée est invalide au sens de la LAI.

8.

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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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. Toutefois, 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^{er} LAI). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre.

9.

9.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

9.2 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.3 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.

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).

10.

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 (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). 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 version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c). En l'espèce, il est établi que les plaintes de la recourante, pendant la période en examen, sont principalement liées à la fibromyalgie et à un état dépressif. Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, l'art. 29 al. 1 let. a LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération l'art. 29 al. 1 let. b LAI, prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

11.

11.1 Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352, arrêt du Tribunal fédéral I 515/03 en la cause F. du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées). La fibromyalgie est assimilée par le Tribunal fédéral, en se fondant sur la science médicale, aux troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 524). Il s'agit d'une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, CIM-10: M79), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire accompagnée généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées,

manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle) ; les critères diagnostiques sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche au dessus et en dessous de la taille durant au moins trois mois ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins onze points douloureux (tender points) sur dix-huit (ATF 132 V 65 consid. 3.2; PIERRE-ALAIN BUCHARD, Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?, Revue médicale de la suisse romande, 2001, p. 444). Dans le monde médical le diagnostic de fibromyalgie est controversé. Pour certains médecins elle n'est pas une maladie mais le nom donné à des maux inexplicables qui relèveraient davantage d'une problématique bio-psycho-sociale que d'une véritable pathologie médicale. Pour d'autres médecins il s'agit d'une maladie, associée à d'autres phénomènes douloureux dont le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de fatigue chronique, pathologies comptant une prépondérance de facteurs psychosomatiques (ATF 132 V 65 consid. 3.3 et les références médicales citées). En tant que telle la controverse sur la nature et les origines de la fibromyalgie n'est pas déterminante pour le juge. Seule l'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPG ; ATF 132 V 65 consid. 3.4).

11.2 Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. D'ailleurs la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi l'égalité de traitement entre les assurés serait enfreinte. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle

à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus être raisonnablement exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

11.3 Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une co-morbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525s.). Tel est le cas, premièrement, des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, deuxièmement, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, troisièmement, d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou, quatrièmement, de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent

par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intense douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

12.

En l'espèce, l'OAIE estime que A._____ conserve une entière capacité de travail dans son activité habituelle et qu'elle ne saurait partant prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante avance, pour sa part, ne plus pouvoir travailler, même partiellement, et estime avoir droit à une pleine rente d'invalidité. Elle reproche notamment à l'OCAI-GE ne pas avoir pris en considération l'avis exprimé par la Drsse B._____ dans ses différents rapports médicaux.

12.1 Le premier rapport médical versé au dossier, soit celui du 9 mars 2005 établi par la Drsse B._____, fait état d'atteintes rencontrées chez A._____ et qui la mettraient dans l'impossibilité d'occuper un poste comparable à ceux qu'elles avait eus précédemment. A ce titre, cette praticienne a notamment cité une fibromyalgie et un syndrome dépressif. Or, dans son rapport d'expertise psychiatrique du même jour, le Dr C._____ a exposé que l'on pouvait attendre de l'intéressée, qui souffrait exclusivement d'un syndrome douloureux somatoforme dans une forme légère à moyenne, qu'elle reprenne le travail immédiatement, soit à mi-temps pendant une semaine, puis à plein temps dès la semaine suivante. Ce médecin a décrit une patiente ne présentant pas d'altération significative de l'humeur, ayant un rythme et un contenu de sa pensée et de son discours normaux et étant en mesure de défendre correctement ses intérêts et de prendre en considération ceux des autres. La quantification des symptômes de la dépression selon l'échelle de Hamilton était très faible, soit de quatre sur une échelle de cinquante deux, et celle des symptômes de l'anxiété mineure, soit un score de 10 sur 15 et plus. Sur un plan fonctionnel, le Dr C._____ n'a cité aucune limitation. Par contre, dans le rapport du 14 mai 2005, le Dr D._____ a diagnostiqué une polymyalgie, en indiquant toutefois des limitations fonctionnelles relevant de la sphère des travaux de nature physiques et sans véritable lien avec la profession habituelle de la recourante. Dans leur

expertise du 10 avri 2007, les Drs F._____ et G._____, respectivement rhumatologue et psychiatre, n'ont observé ni diagnostic invalidant ni limitation fonctionnelle en lien avec une activité de comptable, et ont estimé que les atteintes dont souffrait A._____ n'empêtaient pas sur sa capacité de travail. Le certificat médical émis par la Drsse B._____ au cours de la procédure d'audition en première instance confirme le diagnostic de fibromyalgie et, à teneur de la seconde prise de position émise par le Dr E._____ du SMR, n'apporte aucun élément nouveau.

12.2 Bien que la recourante soutienne être dans l'incapacité totale de travailler, l'autorité de céans ne voit pas en quoi A._____ aurait été empêchée d'accomplir une activité lucrative jusqu'au jour de la décision entreprise.

La recourante n'a fourni aucun document médical contredisant les actes figurant au dossier, ni n'a émis d'argumentation susceptible de modifier l'appréciation qui y est contenue. Comme il a été exposé ci-dessus, en présence d'un diagnostic de fibromyalgie une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour apprécier l'incidence qu'elle pourrait avoir sur la capacité de travail, à moins qu'une expertise rhumatologique puisse en écarter d'emblée la nécessité. Or, aucune des pièces versées au dossier, ni les allégations de la recourante, ne font état de troubles psychiques qui permettraient de soulever la question d'une inférence des troubles rhumatologiques avec des troubles psychiques d'une certaine gravité. Dans ce contexte, il sied encore de relever que dans son rapport du 9 mars 2005, le Dr C._____ a écarté toute gravité des atteintes psychiques dont souffraient A._____, de même que tout lien de comorbidité de ces atteintes avec la fibromyalgie. De plus, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, les diagnostics retenus par l'ensemble des médecins dont les rapports figurent au dossier sont concordants. En effet, aucun ne réfute que l'intéressée souffre de fibromyalgie et de signes de dépression. La position exprimée par la Drsse B._____ en relation avec la capacité de travail est certes contredite par l'OCAI-GE et les expertises du Dr C._____ et des Drs F._____ et G._____, mais elle est également la moins étayée et n'est soutenue par aucune argumentation démonstrative.

Somme toute et à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral, les pathologies dont se plaint l'intéressée, ne sauraient rendre cette

dernière incapable d'exercer une activité lucrative telle que celle qu'elle avait exercée jusqu'en 2004. Il sied, dans cette mesure, de considérer que A._____ disposait au jour de la décision entreprise d'une pleine capacité de travail, de sorte qu'il appert manifeste que c'est à bon droit que l'autorité intimée a rejeté sa requête de prestations de l'assurance-invalidité.

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance 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). Le fait que la recourante ne mette aucunement en valeur sa capacité de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

13.

13.1 Les pièces produites par l'intéressée dans le cadre de son recours ne sauraient modifier ce qui précède. En effet, elles sont postérieures à la date de la décision attaquée, qui limite temporellement le pouvoir d'examen du Tribunal dans cette procédure, et ne précisent pas que les diagnostics y mentionnés auraient été décelés avant dite décision, au contraire.

13.2 S'agissant plus particulièrement du certificat médical établi le 24 septembre 2007 par le Dr J._____ que la recourante a produit auprès du TCAS-GE, le Tribunal de céans relève que ce rapport médical indique expressément que la recourante souffre d'une nouvelle atteinte à la santé suite à la découverte d'un carcinome. Or, la découverte de cette nouvelle affection et le début du traitement qu'elle nécessite sont postérieures à la date de la décision attaquée, de sorte que le Tribunal ne peut en tenir compte d'autant plus que cette atteinte n'a pas de lien apparent avec l'état de santé de la recourante jusqu'au 12 juillet 2007, date de la décision attaquée.

14.

Par voie de conséquence, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée en tant qu'elle concerne la période s'étendant jusqu'au 12 juillet 2007. Toutefois, vu ce qui précède, le recours du 14 septembre 2007 doit être considéré comme une nouvelle demande de prestations et sera transmis à l'OAIE pour examen et nouvelle décision.

15.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 300.--, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont A._____ s'est acquittée au cours de l'instruction.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Le mémoire de recours est transmis à l'OAIE en tant qu'il est à considérer comme une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

3.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée le 19 novembre 2008.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. FR/***.***.***.** VME ;
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Oliver Collaud

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 (art. 42 LTF).

Expédition :