

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



---

Cour III  
C-6828/2007

{T 0/2}

## **Arrêt du 27 mars 2009**

---

Composition

Johannes Frölicher (président du collège),  
Stefan Mesmer, Madeleine Hirsig, juges,  
Valérie Humbert, greffière.

---

Parties

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

contre

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

---

Objet

décision du 10 septembre 2007

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

A.\_\_\_\_\_ est une ressortissante suisse, née le 7 décembre 1971, mariée depuis 1994 à un ressortissant français, mère de deux enfants et vivant en France voisine depuis octobre 1996 (pce 1). Au bénéfice d'un certificat de capacité (CFC) d'employée de commerce, elle travaille depuis 1994 comme assistante de gestion dans une entreprise genevoise.

**B.** Souffrant d'un cancer du sein, A.\_\_\_\_\_ a déposé le 15 mai 2006 une demande de rente invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OCAI-GE). Au cours de cette procédure, ont été principalement versés au dossier:

- le questionnaire à l'employeur du 12 juin 2006 duquel il ressort que A.\_\_\_\_\_ avait tout d'abord été engagée à plein temps, puis, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997 à 80%, par choix personnel. Elle a été en incapacité de travail totale du 31 janvier 2005 au 3 janvier 2006, puis a repris le travail à mi-temps du 4 janvier au 27 mars 2006 et à plein temps du 28 mars au 12 avril 2006 avant de re-diminuer à mi-temps le 13 avril 2006 (pce 16);
- le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré du 17 juin 2006 qui montre que sans son atteinte à la santé, A.\_\_\_\_\_ travaillerait toujours à 80% chez son employeur (pce 20);
- le rapport médical du 23 juin 2006 du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste à Y.\_\_\_\_\_, qui diagnostique une néoplasie du sein droit avec un lymphoedème, relève une fatigabilité et estime que l'activité actuelle peut encore être exercée à raison de 50% malgré les limitations fonctionnelles du bras droit (pce 21);
- le courrier de l'employeur du 21 août 2006 qui précise que le taux résiduel de travail de 50% correspond à 40% (50% de 80%; pce 28);
- plusieurs documents sur papier à entête du Dr B.\_\_\_\_\_, tous datés du 10 octobre 2006 et qui semblent constituer des tirages de différents courriers d'autres médecins et desquels il appert qu'A.\_\_\_\_\_ a subi le 4 février 2005 une tumorectomie d'un

carcinome canalaire infiltrant moyennement différencié de grade II, avec conservation du sein et curage du quadrant supéro-externe droit ainsi qu'un curage axillaire complet ayant révélé l'envahissement de deux ganglions nécessitant six cures de TAC et des irradiations loco-régionales (pce 31 p. 3-12);

- le questionnaire servant à contrôler l'incapacité de gain du 4 janvier 2007 lequel indique que dès le 1<sup>er</sup> février 2007, A.\_\_\_\_\_ ne recevra plus que la moitié de son salaire (soit Fr. 2'375.- x 13 et Fr. 75.-- x 12), l'assurance maladie cessant les versements complémentaires (pce 35).

**B.a** Ces documents ont été soumis à l'appréciation du service médical régional (SMR) de l'OCAI-GE. Dans sa prise de position du 8 janvier 2007, le Dr D.\_\_\_\_\_ retrace l'anamnèse de l'assurée et, se référant à une note du 4 janvier 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_, oncologue à Z.\_\_\_\_\_, admet une capacité de travail réduite à 40% (50% de 80%) durant 2006 mais considère qu'elle peut ensuite reprendre son activité à 80% (pce 36).

**B.b** L'enquête économique sur le ménage entreprise le 24 avril 2007 (qui n'a pas été contre-signée par l'assurée) révèle qu'A.\_\_\_\_\_ disposait déjà avant son atteinte à la santé d'une femme de ménage à raison de 4h par semaine et que malgré ses douleurs dans le poignet et le bras droit, elle arrive à compenser en utilisant d'avantage le gauche. Son mari, cuisinier à Genève, ne lui est pas d'un grand secours, travaillant beaucoup et étant absent aux heures des repas et le soir pour coucher les enfants. L'incapacité à accomplir les travaux habituels dans le ménage est évaluée à 17% (pce 41).

### **C.**

**C.a** Par projet de décision du 30 avril 2007, l'OCAI-GE a informé A.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui octroyer un quart de rente limitée dans le temps (du 31 janvier 2006 au 31 mars 2007). L'autorité se fondait sur un prononcé lui reconnaissant un degré d'invalidité pour maladie de longue durée pondéré entre son activité lucrative et les travaux habituels dans le ménage de 43, 40% dès le 31 janvier 2007 (sic) et jusqu'au 31 mars 2007 (pces 44 et 45)

**C.b** Par acte du 25 mai 2007, A.\_\_\_\_\_ s'est opposée à ce projet requérant essentiellement que la rente ne soit pas limitée dans le

temps et couvre le manque à gagner consécutif à sa maladie. Dans ses observations, elle explique qu'en raison des douleurs et du gonflement de son bras droit (elle est droitière), elle ne peut plus qu'exercer une activité professionnelle à 40% et qu'elle s'est organisée de manière à travailler le lundi et le jeudi afin de pouvoir récupérer entre ces deux jours de travail. Elle affirme également ne plus être en mesure de s'occuper de son ménage (pce 48). A l'appui de ses affirmations, elle produit deux certificats médicaux: le premier, du 25 mai 2007, émane du Dr C.\_\_\_\_\_, oncologue, qui atteste que l'état de santé de l'assurée nécessite un mi-temps thérapeutique compte tenu de la morbidité du membre supérieur droit suite au traitement radio-chirurgical de sa lésion du sein droit (pce 48 p. 4); le second, daté du 11 mai 2007, est rédigé par le Dr B.\_\_\_\_\_ lequel constate que A.\_\_\_\_\_ ne peut pas travailler deux jours à la suite puisqu'elle a besoin de deux jours minimum de repos successifs (pce 48 p. 5).

**C.c** Dans son avis médical consécutif, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, remarque que ni le Dr B.\_\_\_\_\_ ni le Dr C.\_\_\_\_\_ ne motivent médicalement leur position. Il relève que dans une lettre que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait adressée au Dr B.\_\_\_\_\_ le 10 octobre 2006, il était dit que l'assurée allait bien, qu'il n'y avait pas de plainte fonctionnelle, que l'examen clinique des deux seins était normal, que la mobilité de l'épaule droite était satisfaisante et que les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires étaient libres. Le Dr D.\_\_\_\_\_ déclare avoir discuté du cas avec le Dr E.\_\_\_\_\_, privat-docent en chirurgie reconstructrice et maintient que l'assurée a une capacité de travail exigible de 80% dans son activité habituelle, avec comme limitations les gros efforts avec l'épaule et le membre supérieur droit (pce 51).

**C.d** Par nouveau prononcé du 4 septembre 2007, l'OCAI-GE a annulé et remplacé celui du 30 avril 2007 en ce sens que le quart de rente est allouée du 31 janvier 2006 (et non 2007) au 31 mars 2007 (pce 55).

**C.e** Par décision du 10 septembre 2007, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a confirmé la décision d'octroi après le délai de carence d'un quart de rente limitée dans le temps estimant que la capacité de travail exigible était de 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Le droit à la rente s'éteignant après trois mois d'amélioration, la rente était limitée au 31 mars 2007 (pce 56).

**D.**

**D.a** Par acte du 8 octobre 2007, A.\_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF), concluant implicitement à son annulation. Pour l'essentiel, sa motivation est la même qu'en procédure d'audition devant l'autorité intimée. Elle annexe à son écriture une importante documentation dont certaines pièces figurent déjà au dossier et dont les nouvelles les plus importantes sont:

- une attestation du 8 octobre 2007 de son employeur qui déclare avoir adapté le temps de travail de la recourante de manière à ce qu'elle puisse bien se reposer entre ces deux jours d'activité ainsi que son poste de travail – clavier spécial (pavé numérique à gauche) et souris configurée pour être utilisée à gauche – pour lui faciliter l'accomplissement de ses tâches et soulager son bras droit;
- deux certificats datés tous les deux du 2 octobre 2007 du Dr B.\_\_\_\_\_, l'un affirmant que l'état de santé de la recourante ne lui permet pas d'envisager une reprise du travail à 100% parce qu'il persiste une gêne fonctionnelle importante de type dorsalgie et lombalgie en fin de journée et l'autre reprenant les termes de celui versé en cours de procédure d'audition devant l'autorité intimée.

**D.b** Dans sa réponse du 21 décembre 2007, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à la prise de position du 13 décembre 2007 de l'OCAI-GE, autorité d'instruction de la cause, qui considère que le recours n'apporte rien de nouveau susceptible d'infléchir sa position.

**D.c** Par ordonnance du 9 janvier 2008, le TAF transmet pour information la réponse de l'autorité intimée et la détermination de l'OCAI-GE à la recourante, l'invitant à s'acquitter d'une avance de frais, ce qui fut fait dans le délai imparti à cet effet.

**D.d** Le 20 mars 2009, la recourante produit plusieurs certificats médicaux du Dr B.\_\_\_\_\_ couvrant la période du 15 octobre 2007 au 15 avril 2009 et attestant de la nécessité d'un arrêt de travail de 50%.

## **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 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), celui-ci connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF, 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 prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétente pour connaître de la présente cause.

**1.2** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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<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 donc recevable.

## **2.**

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 2<sup>e</sup> 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** S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser que la présente procédure est régie par la LAI et par son règlement d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129), ne concernent donc pas la présente procédure.

#### **4.**

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

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

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

#### **5.**

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle

est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**5.2** Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**5.3** L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**5.4** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; ATF 121 V 264 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2; ATF 99 V 98 consid. 1; ATF 96 V 42 consid. 1). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 ; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**5.5** Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par

le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## **6.**

**6.1** Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale). En vertu de l'art. 28 al. 2bis LAI, en dérogation à l'art. 16 LPGA, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. L'invalidité dans ces travaux doit être évaluée par comparaison des activités (art. 27 RAI ; méthode spécifique) et est déterminée, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

**6.2** Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut de l'assuré qui soit exerce une activité lucrative à temps complet, soit exerce une activité lucrative à temps partiel, soit n'a aucune activité. Le classement de l'assuré dans l'un ou l'autre de ces statuts dépendra de ce qu'il aurait fait s'il n'y avait pas eu une atteinte à la santé *ceteris paribus sic stantibus*. Pour ce faire, il convient de prendre en considération l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision entreprise, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF, 129 V 150 consid 2.1 et les références citées).

**6.3** Lorsque l'assuré ne doit pas être considéré comme une personne exerçant une activité à temps plein (méthode générale), il convient encore de déterminer la part consacrée aux travaux habituels dans le

ménage par rapport à celle de l'activité lucrative. La part de l'activité lucrative est, dans ce cas, déterminé en comparant en percentile l'horaire usuel dans la profession en question à l'horaire effectivement accompli; la part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage. L'invalidité est déterminée, d'une part, par comparaison des activités selon l'art. 27 RAI (travaux habituels) et, d'autre part, par comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI (activité lucrative), l'invalidité globale étant déterminée pro rata temporis de chacune des parts.

## **7.**

**7.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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

**7.3** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

## **8.**

**8.1** En l'espèce, la décision litigieuse se fonde essentiellement sur les prises de position du Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR lequel se réfère à son tour à un courrier qu'aurait adressé le 10 octobre 2006 le Dr C.\_\_\_\_\_ au Dr B.\_\_\_\_\_ l'assurant de ce que la recourante "va bien, qu'il n'y a pas de plainte fonctionnelle, l'examen clinique des deux seins est normal, la mobilité de l'épaule droite est satisfaisante, il n'y a pas de lymphoedème, les aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires sont libres". Or, un examen attentif de ce document révèle qu'il n'est pas daté du 10 octobre 2006, mais du 4 janvier 2006. En effet, le Dr B.\_\_\_\_\_ a vraisemblablement imprimé le dossier médical de sa cliente sur son propre papier à entête et la date du 10 octobre 2006 est celle du tirage et non celle de la correspondance échangée avec le Dr C.\_\_\_\_\_. La lecture complète du document le confirme, chaque position médicale étant précédée de la date de rédaction et du nom du médecin concerné (cf. pce 31). Cette précision au sujet de la chronologie a son importance puisque le même Dr B.\_\_\_\_\_ diagnostique dans son rapport médical du 23 juin 2006 un lymphoedème qui n'existait pas précédemment selon la note du Dr C.\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2006 sans que l'on sache s'il existait encore au moment de la décision litigieuse.

**8.2** Aucune expertise concernant des observations claires et des conclusions dûment motivées ne figure au dossier, pas plus qu'un stage d'observation afin de déterminer la réelle capacité résiduelle de travail de la recourante n'a été mise en oeuvre. Les seuls médecins, en dehors du SMR, qui se déterminent au sujet de son aptitude au travail sont son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_ qui se prononce en faveur d'une limitation à 40% (50% de 80%) de son actuelle activité lucrative en faisant valoir d'abord un lymphoedème (pce 21), puis des

lombalgies (pce TAF) et le Dr C.\_\_\_\_\_ qui a rédigé un certificat à la demande de la recourante dans lequel il préconise un mi-temps thérapeutique. Ces avis ne sont pas convaincants. En effet, ils ne sont pas étayés par des observations médicales objectives ni ne reposent sur un diagnostic posé lege artis. De plus, selon la jurisprudence relative aux rapports établis par le médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les 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, même si le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Il faut également noter que le temps partiel thérapeutique évoqué par le Dr C.\_\_\_\_\_ est une notion de l'assurance-maladie française qui a pour objectif d'offrir une période de réadaptation progressive au travail en aménageant le temps de travail pendant une période maximale de six mois durant laquelle l'employeur paye les heures effectivement travaillées et la Sécurité sociale compense la perte de revenu. Cela correspond en quelque sorte aux indemnités journalières perte de gain de l'assurance-maladie suisse lesquelles ont été visiblement épuisées dans le cas d'espèce au 1<sup>er</sup> février 2007.

## **9.**

**9.1** En définitive, en l'état du dossier, le tableau clinique n'est pas très clair au sujet d'éventuelles séquelles invalidantes consécutives à la tumorectomie et au traitement chimiothérapeutique; en effet, les éléments recueillis ne permettent pas à la Cour de céans de se rallier aux conclusions de l'autorité intimée et de son service médical.

**9.2** Partant, il y a lieu d'annuler la décision du 10 septembre 2007 et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète le dossier médical et organise au besoin un stage d'observation ainsi qu'une nouvelle enquête ménagère afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante, tant dans sa profession que dans ses travaux habituels. A ce sujet, le TAF constate que la recourante ne conteste ni le choix ni l'application de la méthode mixte par l'autorité intimée, laquelle a correctement déterminé la part consacrée aux

travaux habituels dans le ménage (0,2) par rapport à celle de l'activité lucrative (0,8).

## **10.**

**10.1** Il n'y a pas lieu de percevoir 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 la décision entrée en force.

**10.2** A teneur de l'art. 64 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. En l'espèce, la recourante s'est défendue seule, sans faire appel à un mandataire (art. 9 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2] ), et il n'est pas démontré qu'elle a subi de ce fait des frais considérables. Partant, il ne lui est pas alloué de dépens.

(dispositif à la page suivante)

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

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 10 septembre 2007 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger afin que celui-ci procède au sens du considérant 9.2 et prenne une nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens. L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, une fois la présente décision entrée en force.

**3.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \_\_\_\_\_)
- à Winterthur Columna à Lausanne (n° de réf. \_\_\_\_\_)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

La greffière :

Johannes Frölicher

Valérie Humbert

**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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :