

Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal



Cour III
C-2738/2006/jod

{T 0/2}

Arrêt du 7 juillet 2008

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Franziska Schneider, Michael Peterli, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

X._____,
représentée par Me Romolo Molo, rue du Lac 12,
case postale 6150, 1211 Genève 6,
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 intimée,

Objet

Assurance-invalidité.
décision sur opposition du 16.03.2006; refus de rente et
de mesures d'ordre professionnel

Faits :**A.**

X._____ est née en 1952. Elle est de nationalité française. Frontalière, elle a travaillé en Suisse depuis plusieurs années et notamment, depuis mars 1987, comme auxiliaire gainière auprès de l'entreprise Y._____, à Genève. Durant cette période, elle versa des cotisations obligatoires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI; pce 42).

Le 3 avril 2002, on procéda à une libération de son nerf médian droit; le 22 mai 2005, de son nerf médian gauche. Elle subit une acromioplastie droite sous arthroscopie le 3 septembre 2002. Enfin, le 19 février 2003, son nerf médian droit fut (à nouveau) libéré, de même que son nerf cubital du coude droit. Le 22 avril 2003, elle présenta une demande de prestations AI (pce 1), s'interrogeant en sus quant à la possibilité, vu son état de santé, de pouvoir bénéficier d'un recyclage dans autre travail ou alors dans son activité actuelle. L'assurée est en incapacité de travail totale depuis le 3 avril 2002.

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office cantonal AI (OCAI) a versé au dossier les pièces suivantes:

- un rapport après imagerie médicale de l'épaule droite, du 10 avril 2003, du Dr A._____, à Genève, spécialiste FMH en radiologie, retenant un status après acromioplastie (pce 8);
- un rapport du Dr B._____, à St-Julien-en-Genevois, radiologue et chef de clinique à la faculté, du 5 février 2003, faisant état d'une minime inflexion dorsale scoliotique et de discrets signes dégénératifs avec ébauche d'ostéophytose (pce 9);
- un compte rendu d'électromyogramme du Dr C._____, neurologue à Saint-Julien-en-Genevois, du 5 novembre 2003, indiquant la persistance d'une atteinte suspendue sur les nerfs médians au passage du canal carpien, atteinte ne concernant que les fibres motrices et apparaissant assez sévère, surtout à gauche; une compression sur le nerf cubital droit au passage du tunnel de Guyon pouvait être évoquée (pce 10);

- un rapport d'une IRM cervicale, du Dr D._____, établi le 23 août 1999 et mentionnant des lésions d'arthroses inter-vertébrales étagées et des rétrécissements foraminaux (pce 11);
- les comptes-rendus d'hospitalisation établis par le Dr E._____, chirurgien orthopédique, à St-Julien-en-Genevois, du 3 avril 2002 (syndrome du canal carpien droit, libération du nerf médian, pce 12), du 22 mai 2002 (syndryome du canal carpien gauche, libération du nerf médian, pce 13) et du 21 février 2003 (récidive syndrome du canal carpien droit et compression du nerf cubital, libération du nerf médian et du nerf cubital au coude, pce 14);
- la copie du dossier médical de l'assureur F._____ (pces 26 à 35), parmi lequel figure une expertise du Dr G._____, spécialiste FMH médecine interne-rhumatologie, à Genève, du 27 décembre 2002 (pce 34). Ce dernier pose les diagnostics suivants: syndrome du tunnel carpien bilatéral, HTA essentiellement traitée, status après opération du tunnel carpien à gauche et à droite en 2002, status après acromioplastie droite en 2002; il précise que la capacité de travail actuelle de l'assurée est de 0% et qu'au vu de l'évolution défavorable et de la probabilité d'une nouvelle intervention chirurgicale nécessaire, il n'est pas possible de fixer la date de la reprise de l'activité à 100%; le médecin indique encore que le métier de gainière de l'assurée est la cause du problème de tunnel carpien et que l'examen rhumatologique est sans particularité;
- le décompte des extraits AVS (pce 42);
- le questionnaire pour l'employeur rempli le 29 avril 2003 par l'entreprise Y._____ SA (pce 43);
- le rapport médical pour l'OCAI établi par le Dr H._____, médecin traitant de l'assurée, à Frangy, du 16 mai 2003 (pce 46 et 47), retenant notamment une impossibilité d'exercer la profession, une perte de rendement totale, et une impossibilité d'exiger l'exercice d'une autre activité, car « trop douloureuse »;
- un rapport du Dr I._____, à Annecy, radiologue, du 21 mai 2002, relatif à un arthroscanner de l'épaule droite, mentionnant un volumineux bec acromial isolé, sans lésion actuellement visible au niveau de la coiffe (pce 48);

- le compte rendu d'hospitalisation du Dr J._____, chirurgien orthopédique et traumatologue à Annecy, relatif à l'acromioplastie du 3 septembre 2002 (pce 49);
- le rapport du Dr K._____, radiologue à Lille, du 23 janvier 2003 (pce 50); s'agissant des épaules, à droite, persistance d'une petite calcification arrondie probablement séquellaire de l'intervention et stigmates d'acromio-plastie, intégrité de l'interligne gléno-huméral, pas d'autre anomalie sous acromiale décelée; à gauche, intégrité de l'interligne gléno-huméral et de l'espace sous-acromial, minime calcification visible en rotation interne au niveau de l'insertion du tendon sous-épineux, pas de lésion osseuse focale décelée par ailleurs; quant au rachis cervical, pas d'anomalie notable de la statique, uncodiscarthrose C4-C5 modérée avec construction ostéophytique responsable d'un rétrécissement modéré des foramens de conjugaison droits et gauches en regard, intégrité discosomatique par ailleurs; le canal cervical est de calibre satisfaisant;
- la lettre du Dr E._____, du 1er avril 2003 (pce 53), indiquant qu'au vu de phénomènes douloureux aussi diffus chez la patiente, le diagnostic de fibromyalgies peut être soupçonné; un avis rhumatologique complémentaire semble dès lors nécessaire;
- les comptes rendus opératoires du Dr E._____, du 3 avril 2002, 22 mai 2002 et 19 février 2003 (pce 54, 55 et 67);
- le compte rendu d'electromyogramme, du Dr C._____, du 24 janvier 2002 (pce 56); l'examen met en évidence une souffrance bilatérale des nerfs médians au passage du canal carpien, atteinte sensitive et motrice à droite, purement motrice à gauche, et qui reste modérée et de mécanisme purement démyélinisant; absence de polyneuropathie et d'éléments en faveur d'une souffrance radiculaire;
- le rapport médical du Dr J._____ pour l'OCAI, du 26 mai 2003, faisant état de séquelles douloureuses après l'opération du 3 septembre 2002 et d'une limitation de la mobilité; la patiente souffre de son canal (rachidien) droit; l'état de santé s'améliore, des mesures professionnelles et des moyens auxiliaires sont indiqués; plaintes de douleurs à l'épaule droite, limitation de la mobilité et baisse de la force musculaire; rééducation recommandée (pce 58);

s'agissant des limitations, le praticien précise qu'il ne faut pas de travail avec les bras en l'air et que le poids raisonnable pouvant être soulevé est de 10 kg; le dernier examen étant trop ancien, il n'est pas possible de statuer quant à la capacité de travail (pce 60);

- le rapport médical et son annexe du Dr E._____, pour l'OCAI, du 9 juillet 2003 (pce 66 et 73), dont il ressort, comme diagnostic, un canal carpien bilatéral très invalidant; par rapport à l'activité exercée jusqu'ici, mention est faite de douleurs ostéo-articulaires relativement diffuses; le praticien indique ne pas pouvoir se prononcer quant aux conséquences de l'atteinte par rapport à l'activité actuelle, faute de connaissance du poste de travail; une expertise médicale (médecine du travail) devrait estimer cela; le médecin ne se prononce pas quant à la possibilité d'exercer une autre activité.);
- le rapport médical intermédiaire pour l'OCAI, rempli par le Dr E._____ le 3 mars 2004, indiquant une aggravation de l'état de santé de l'assurée et un changement dans les diagnostics: fibromyalgies, dans un contexte de surmenage professionnel avec travail répétitif; douleurs invalidantes MSD et MSG (pce 82);
- le rapport sur IRM cervicale établi par le Dr L._____, chef de clinique, à Annecy, du 19 juillet 2004, indiquant un arthrodiscopathie C4-C5 et C5-C6 sans image de hernie molle individualisée; ces phénomènes entraînent un discret rétrécissement canalaire, ainsi que des rétrécissements foraminaux (pce 87);
- le rapport du Dr D._____, radiologue à St-Julien-en-Genevois, du 30 avril 2004, mentionnant pour le coude droit, comme indications, des douleurs persistantes malgré infiltration, l'absence d'anomalie radiographique visible, de calcification des parties molles, et de calcification des insertions tendineuses; l'aspect radiographique reste compatible avec le diagnostic d'épicondylite chronique (pce 88);
- le compte rendu d'électromyogramme du Dr C._____, du 15 octobre 2003 (pce 89) faisant état de la persistance d'une souffrance du nerf médian droit à son passage au niveau du canal carpien; « L'intégrité du tronc du nerf cubital droit est vraisemblablement d'un entrappement de la branche motrice du

nerf radial droit; absence de signe de dénervation sur ces différents segments »;

- la notice téléphonique du Service médical régional AI (SMR), du 29 novembre 2004, selon laquelle l'assurée a consulté un rhumatologue en France, mais celui-ci n'a pas établi de rapport; elle a aussi consulté un centre de traitement de la douleur et un TENS lui fut proposé, qui se révéla inefficace; elle refusa un traitement antidépresseur (pce 93; également l'avis médical du SMR, du 25.11.2004, pce 92);
- l'expertise du 20 mars 2005 du Dr M._____, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne (pce 103), à Corseaux, concluant, en substance, à la possibilité pour l'assurée d'exercer à 90% son ancienne activité, à 100% une activité adaptée;
- l'expertise du 26 juin 2006, du Dr P._____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève (pce 112); l'expert retient que l'assurée n'a pas de problème psychique, qu'elle ne présente pas de fibromalgies, qu'elle est incapable, vu sa symptomatologie, de reprendre son travail de ganière auxiliaire, qu'une formation pourrait être envisagée, mais on peut se demander laquelle, vu son âge et son absence de qualification professionnelle; un second avis rhumatologique serait utile; une évaluation des capacités professionnelles résiduelles de l'assurée devrait être faite par un organisme spécialisé;
- le rapport du SMR, établi par le Dr Ph. N._____ le 27 juillet 2005, retenant une absence d'incapacité de travail durable, une capacité de travail exigible de 90% dans l'activité habituelle, de 100% dans une adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les stations debout prolongées, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les activités au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que les mouvements de pronation des poignets (p. 114); les douleurs dont se plaint l'assurée ne sont pas explicables par les atteintes objectives cliniques.

Par décision du 23 août 2005, l'Office AI pour les étrangers résidant à l'étranger (OAIE) a refusé à l'assurée une rente et des mesures d'ordre professionnel dès lors que son trouble somatoforme

diagnostiqué ne pouvait être considéré comme invalidant au sens de la législation pertinente (pce 117).

C.

Le 5 septembre 2005, l'assurée, représentée par Me Molo, fit opposition à la décision précitée (pce 119; complément du 19.12.2005, pce 131). A l'appui de sa motivation, elle produisait un rapport du Dr G._____ (pce 131), du 7 novembre 2005, dans lequel celui-ci dénonçait une méconnaissance complète du travail de gainière de la part du Dr M._____. Pour le Dr G._____, l'assurée souffre d'une atteinte sévère de ses deux membres supérieurs due à son travail de gainière; elle ne présente pas de fibromalgie; vue la divergence entre les experts P._____ et M._____, un troisième avis médical s'impose, d'autant que l'AI n'a jamais envisagé d'évaluer les capacités de l'assurée dans une autre profession.

Par décision sur opposition du 16 mars 2006, l'OAIE confirma son refus de prestation AI et rejeta l'opposition de l'assurée, retenant qu'en tout état de cause, cette dernière pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, limitations imputables surtout à son vécu douloureux chronique, selon l'expert M._____ (pce 133). Le degré d'invalidité de 10% de l'assurée ne lui donnait pas droit à des mesures de reclassement professionnel, pas plus qu'à une rente.

D.

Le 27 avril 2006, l'assurée déposa recours contre cette décision sur opposition auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS-AI pour les personnes résidant à l'étranger. En substance, elle mettait en cause la teneur et la qualité de l'expertise du Dr M._____, soutenant que celui-ci méconnaissait complètement son travail de gainière. Elle estimait que cet expert se trompait quant à sa capacité résiduelle de travail et de gain, non seulement dans son activité de gainière, mais dans toute activité impliquant l'usage de ses membres supérieurs. Elle concluait à ce que soit ordonnée une expertise portant tant sur son état de santé que sur sa capacité de travail résiduelle, à ce qu'elle soit mise au bénéfice de mesures d'ordre professionnel et à ce que des indemnités journalières lui soient accordées à partir du 22 avril 2003. A à titre subsidiaire, elle demandait à être mise au bénéfice d'une rente AI à 100% depuis le 22 avril 2003. Le rapport du Dr G._____ du 7 novembre 2005, des

rapports du bureau Z._____, à Genève, du 6 janvier 2004 (pces 2 et 3 recours), un courrier des Dr O._____ et Q._____, de l'unité de chirurgie de la main HUG, à Genève, du 22 février 2006 (pce 4 recours), ainsi que le rapport médical du Dr R._____, spécialiste en médecine physique, à Chambéry, du 31 janvier 2006 (pce 5 recours) étaient produits à l'appui de la motivation du recours.

E.

L'OAIE répondit le 3 juillet 2006. Se fondant sur l'avis de l'OCAI, auquel il avait soumis l'affaire, et en particulier sur l'avis médical du SMR, du 13 juin 2006 (pce 136), l'office concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

F.

La recourante dupliqua le 5 septembre 2006. Elle réclamait à nouveau que soit mise sur pied une mission d'expertise, estimant que les capacités professionnelles du Dr. M._____ étaient sujettes à caution et que ses propres capacités professionnelles devaient être établies par un médecin du travail.

G.

L'OAIE dupliqua le 15 octobre 2006, faisant siennes les observations de l'OCAI selon lequel même si les limitations fonctionnelles de la recourante devaient l'empêcher d'exercer son ancienne activité, elle pourrait exercer d'autres activités adaptées à ces limitations et ne nécessitant pas une formation complémentaire.

H.

Le Tribunal administratif fédéral reprit la cause au 1er janvier 2007.

I.

La composition du collège chargé de statuer ne suscita pas de demande de récusation.

Droit :**1.**

1.1 Les recours qui sont pendants devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traités par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent; ils sont jugés sur la base du nouveau droit de procédure (art. 53 al. 2 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32]).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En l'espèce, la décision sur opposition du 16 mars 2006 est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; compétence de l'OAIE pour notifier des décisions relatives aux frontaliers).

1.3 Conformément à l'art. 37 al. 1 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est soumise à la PA. La procédure en matière d'assurances sociales n'est régie par la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) qu'autant que cette loi, et non la PA, est applicable (cf. art. 3 let. d^{bis} PA; également art. 1 al. 1 LAVS). Le recours a été interjeté dans le délai de l'art. 50 PA et avec le contenu et la forme prescrits par l'art. 52 PA. La recourante est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification; elle a ainsi qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 let. b et c PA; également art. 59 LPGA). Le recours est recevable.

2.

2.1 La recourante peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

2.2 En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

3.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable ici l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions de ce règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend des prestations de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71, ATF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

La LPGa, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-

invalidité. Selon l'art. 2 LPGa (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGa 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 LAI indique que les dispositions de la LPGa s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGa. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGa (ATF 130 V 343).

5.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas la présente procédure.

6.

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 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.

6.2 La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). 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 275 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 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

En l'espèce, les parties divergent quant aux atteintes à la santé de la recourante et à leurs influences. La recourante remet en cause l'expertise opérée par le Dr M._____.

7.1 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 réf. cit.). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

7.2 Au chapitre des constatations objectives, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, médecine manuelle, relevait une absence de troubles psychiatriques (expertise, p. 7). L'examen d'ensemble, détaillé (expertise, p. 7ss), notamment sur le plan ostéoarticulaire, faisait ressortir une absence de signe de non-organicité de la douleur selon Waddel et la présence de 16/18 points de fibromyalgie. Etaient mentionnés comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome polyalgique diffus chronique, une fibromyalgie et des cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif, non déficitaire; sans répercussion sur la capacité de travail étaient diagnostiqués un status post-libération du nerf médian droit pour syndrome du tunnel carpien droit en 2002, un status post libération du nerf médian gauche pour syndrome du tunnel carpien gauche en 2002, un status post acromioplastie droit sous arthroscopie pour conflit sous acromial de l'épaule droit, un status post

libération du nerf médian droit et du nerf cubital coude droit en 2003, ainsi qu'une hypertension artérielle (expertise, p. 11s.). Les cervico-brachialgies chroniques étaient décrites sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. S'agissant des douleurs à l'épaule droite, à l'épicondyle droit et au genou droit, chroniques aussi, l'examen clinique et radiologique ne montrait pas de pathologie décelable. Malgré les douleurs aux poignets (surtout à celui droit) dont se plaignait l'assurée, droitière, la présence d'un syndrome du tunnel carpien ne pouvait être mis en évidence; la diminution de force de préhension était fluctuante et non reproductible, il n'y avait pas de trouble sensitif ni de signe pouvant évoquer une algoneurodystrophie; le fait que les avant-bras et les bras soient concernés pouvait faire suspecter une diminution de l'utilisation des bras pour des raisons algiques. Enfin, l'assurée se plaignait de manière modérée de gonalgies D, sans signe de trouble dégénératif significatif; une amyotrophie de la musculature de la cuisse ne pouvait être mise en évidence; l'examen était dans les normes et il n'y avait pas à proprement parler d'atteinte significative à la santé. En conclusion (cf. expertise, p. 12), l'expert observait que l'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait « essentiellement en avant plan d'un syndrome d'amplification de la douleur avec présence de points de fibromyalgie faisant évoquer la présence d'une fibromyalgie. » L'ensemble des éléments objectifs ne permettait pas à lui seul d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, très démonstrative, dont se plaignait l'assurée, ni les limitations fonctionnelles, essentiellement imputables au vécu douloureux, éprouvées dans la vie quotidienne. Il y avait discordance entre les plaintes subjectives de l'assurée et l'examen clinique, somme toute rassurant. Une atteinte psychiatrique sous-jacente n'était cependant pas exclue, quoique pour l'expert, l'assurée ne présentait pas de signe pouvant faire évoquer des troubles de la lignée psychotique ou névrotique ou un trouble de la personnalité.

De plus amples investigations n'étaient pas nécessaires. D'un point de vue thérapeutique, l'expert recommandait une poursuite de la prise en charge physiothérapeutique en thérapie manuelle ainsi qu'une médication antalgique régulière et antidépressive (cf. expertise, p. 12 et 14).

Sur le plan somatique, l'assurée disposait, selon l'expert, d'une capacité de travail de 90% dans son activité antérieure d'auxiliaire gainière, respectivement de 100% dans une activité adaptée, en

tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes (« restrictions d'un point de vue ostéo-articulaire »): les stations prolongées, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, une activité au-dessus de l'horizontale, le port de lourdes charges au-dessus de 10 kg et les mouvements de pro-supinations des poignets (cf. p. 12ss). Pour l'expert, ces limitations étaient surtout imputables au vécu douloureux chronique de l'assurée (cf. expertise, p. 12). L'activité de gainière était difficilement améliorable, car ne requérant déjà pas de port de charge démesuré, de mouvements en porte à faux ou de grands efforts physiques.

Le Dr M._____ était d'avis que les multiples interventions chirurgicales subies par l'assurée l'avait confortée dans son handicap et n'avaient en rien amélioré son ressenti douloureux, de sorte que ses douleurs s'étaient chronifiées (expertise, p. 13). Le fait de s'estimer complètement handicapée l'empêchait d'imaginer un plan de reprise de l'activité professionnelle. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient certainement envisageables, l'assurée étant jeune, ayant une bonne base scolaire et maîtrisant parfaitement le français (expertise, p. 14); une réadaptation ne paraissait cependant pas devoir être couronnée de succès du fait de sa pathologie sous-jacente, de son sentiment d'invalidité, de l'attitude du corps médical l'ayant conforté dans son handicap en lui faisant miroiter une intervention chirurgicale miracle et de sa faible capacité d'introspection.

7.3 Le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chargé de l'expertise psychiatrique, s'est prononcé aussi sur l'aspect somatique de la situation de l'assurée (expertise, p. 4s.), diagnostiquant ce qui suit: « syndrome des tunnels carpiens, persistants après opération; épaule droite douloureuse, non améliorée après opération; épicondylite droite », tous trois avec répercussion sur la capacité de travail. Ses dorsalgies interscapulaires, son hypertension artérielle et son surplus pondéral étaient sans répercussion sur sa capacité de travail. S'agissant des « douleurs supérieures, à l'épaule droite de l'épicondyle et de la région cervicales », l'expert relevait que l'assurée avait cessé son travail depuis le 3 avril 2002, date de sa première opération du syndrome du tunnel carpien, et que les opérations qui s'étaient enchaînées n'avaient entraîné aucune amélioration. Pour lui, la démonstration du Dr M._____ d'absence de signe radiculaire irritatif ne paraissait pas

convaincante. Il estimait pour sa part que la symptomatologie présentée par l'assurée faisait penser « à un syndrome épaule-main des deux côtés ». La symptomatologie pourrait correspondre à un syndrome radiculaire cervical irritatif des deux côtés. L'IRM cervicale du 23.08.1999 montrait des lésions arthrosiques étagées avec protrusion discale de C3 à C7 avec un rétrécissement foraminaux modéré en C4-C6 et C5-C6 gauche secondaire aux troubles dégénératifs. Cela expliquerait l'inefficacité de l'acromioplastie et des opérations du tunnel carpien. La lésion du nerf médian pourrait ainsi être expliquée. Un syndrome du défilé thoracique bilatéral (côtes surnuméraires par exemple) pourrait également expliquer la symptomatologie présentée. Il serait également permis de penser que la ménopause difficile de l'assurée avait joué un rôle dans ses différents problèmes articulaires (expertise, p. 6). Pour le Dr P._____, l'assurée n'amplifiait pas ses symptômes, elle n'était pas démonstrative (ce qui correspondrait à un trouble de la personnalité), mais présentait bien des lésions objectivées (fibrose du nerf médian, protrusion discale IRM; expertise, p. 6). Sur le plan psychiatrique, l'expert excluait en revanche tout symptôme ou trouble relevant (absence de dépression, absence de troubles anxieux; expertise, p. 3, 4 et 5). Pour lui, les critères de la fibromyalgie ne se retrouvaient pas chez l'assurée, du fait de ces lésions objectivées et de l'absence de fatigue chronique, et parce qu'elle ne souffrait pas de dépression, « toujours présente, souvent masquée » (expertise, p. 6).

En relation avec les troubles constatés, l'expert voyait les limitations suivantes de la capacité de travail de l'assurée (expertise, p. 7): sur le plan physique, incapacité de reprendre le travail de gainière auxiliaire, du fait d'une incapacité de faire les manoeuvres nécessaires avec ses mains (étirement du cuir); s'agissant d'une activité adaptée, l'expert P._____ rappelait que selon l'expert M._____, la capacité était de 100%; il se demandait quelle activité rémunérée elle pourrait commencer comme personne de 53 ans sans qualification professionnelle. Sur le plan psychique, aucune limitation. Sur le plan social, pas de limitation. En conclusion, l'expert retenait quant à l'activité de gainière qu'elle n'était pas exigible de l'assurée, qu'il n'y avait pas d'évolution et que sa capacité résiduelle de travail devrait être évalué par un organe spécialisé. Quant à une réadaptation professionnelle (expertise, p. 8), le Dr P._____ indiquait que l'assurée avait la nostalgie de son travail, qu'il n'était pas possible

d'améliorer sa place de travail, qu'elle n'avait pas de qualification et qu'une formation pourrait être envisagée, mais laquelle, à 53 ans?

A titre de remarques finales, l'expert soutenait qu'en l'absence de troubles psychiatriques, l'assurée présentait des troubles n'étant pas de l'ordre de la fibromyalgie. Il lui paraissait dès lors utile d'avoir un deuxième avis rhumatologique. En outre, l'assurée devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation de ses capacités professionnelles résiduelles par un organisme spécialisé.

7.4 La recourante remet en cause l'expertise du Dr M._____. Elle relève que se prononçant sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité de gainière, celui-ci avait indiqué qu'elle était de 90%, avec plusieurs limitations fonctionnelles (cf. supra), dont notamment les mouvements de pro-supination des poignets. Cela démontrerait une méconnaissance crasse du métier de gainière dès lors que ce mouvement de pro-supination est constamment requis dans cette profession. En outre, tant l'expert P._____ que les Dr G._____ et R._____ avaient rejeté le diagnostic de fibromyalgie retenu le Dr M._____. Au vu des divergences existant entre les avis médicaux des Dr G._____, O._____ et de l'avis de l'expert R._____, d'une part, et du « rapport isolé » du Dr M._____, d'autre part, le Tribunal devrait mettre sur pied une commission d'expertise.

7.4.1 Le Dr M._____ a estimé à 90% la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité de gainière, en mentionnant plusieurs limitations fonctionnelles, dont les mouvements de pro-supination des poignets. Selon la recourante, ces mouvements sont cependant inhérents à cette profession (cf. réplique; duplique; détermination du SMR, du 13 juin 2006, pce 136; annexes au recours).

Pour le Tribunal, cet élément, même avéré, ne saurait conduire à la mise en cause des compétences professionnelles de l'expert M._____ et à l'invalidation de son expertise, pas plus qu'à l'annulation de la décision attaquée. Le docteur fut appelé à se prononcer avant tout en qualité de spécialiste en rhumatologie, non de spécialiste en gainerie ou en ergonomie. Surtout, ainsi que dit, l'invalidité en droit suisse est une notion économique, non médicale. Elle est évaluée en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPG). Ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais

bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 270 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 310 consid. 3c). 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). Le fait que le recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle 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, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, ni un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent des facteurs propres à influencer l'octroi d'une rente l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

Ici, quand bien même une activité en tant que gainière ne saurait-elle plus être demandée à la recourante, à quel taux que ce soit, cela ne dispenserait pas pour autant le Tribunal d'examiner les effets des atteintes à la santé de celle-ci sur sa capacité de travail. Dit autrement, il s'agit d'établir si une activité adaptée est toujours exigible de l'assurée, moyennant la prise en compte de certaines limitations fonctionnelles. Dans l'affirmative, il conviendra de comparer le revenu procuré par cette activité adaptée avec celui réalisé en tant que gainière, pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations AI.

7.4.2 S'agissant de la possibilité d'exercer une activité adaptée, le courrier du 22 février 2006 du Dr O. _____ produit par la recourante est sans portée ici. Le médecin se borne à y affirmer que le métier de gainière requiert certaines capacités physiques particulières, mais il ne se prononce ni sur l'état de santé de l'assurée ni sur la possibilité qu'elle exerce une autre profession compatible avec son état de santé et ses limitations fonctionnelles.

Pour établir son rapport du 7 novembre 2005, le Dr G. _____ s'est basé sur le dossier et sur l'examen de l'assurée auquel il avait procédé le 17 décembre 2002. Il estime que les atteintes de l'assurée sont

liées à son activité de gainière et cite le rejet par l'expert P._____ du diagnostic de fibromyalgie posé par l'expert M._____ – précisant ne l'avoir jamais évoqué lui-même. Il se contente pour le reste de rappeler le diagnostic qu'il posa en 2002, sans l'actualiser, et de reprendre certaines critiques formulées par le Dr P._____. Le Tribunal relève à cet égard que ce dernier avait réclamé l'expertise d'un organisme spécialisé pour déterminer les capacités professionnelles résiduelles de l'assurée dans sa profession habituelle de gainière, non dans une profession adaptée (cf. expertise P._____, p. 7, ch. 2). Le Dr G._____ ne se prononce pas plus sur ce point lui-même, contrairement à ce que firent le Dr M._____ et l'autorité intimée. De plus, le dossier comprend déjà l'avis d'autres rhumatologues que le Dr M._____ (cf. infra).

Enfin, le rapport médical du Dr R._____ établi à la demande de la recourante, n'emporte pas conviction non plus. Le médecin traitant soutient que l'assurée est dans l'incapacité totale de reprendre toute activité manuelle, du fait de l'atteinte motrice très évoluée dont elle souffre. Outre que cela ne signifie pas qu'elle serait empêchée d'exercer une autre activité ne sollicitant pas ses membres supérieurs (cf. l'avis du 3.11.2005 du Dr S._____, rhumatologue traitant, cité dans le rapport R._____ p. 3s.), le Tribunal relève que le Dr R._____ n'explique pas pourquoi l'assurée ne pourrait pas exercer une activité même manuelle moyennant le respect des limitations fonctionnelles retenues par l'expert M._____. Pourtant, le Dr R._____ faisait état dans son rapport notamment de l'électromyogramme du Dr C._____, du 17.01.2006, lequel mentionnait une absence de souffrance du radial au niveau de l'épicondyle; de l'IRM du nerf médian droit pratiqué le 28.01.2006, montrant un aspect normal de celui-ci au niveau de l'avant-droit, avec notamment une absence de syndrome le comprimant, l'étude au niveau du canal carpien retrouvant, elle, les aspects normaux liés aux interventions chirurgicales, un syndrome compressif ou une collection liquidienne au niveau du canal carpien n'ayant pas été observé (cf. rapport R._____, p. 4); de l'avis du Dr S._____ (rapport R._____, p. 3s), pour qui la fibromyalgie de l'assurée ne donnait pas lieu à des troubles objectivables et la diminution de sa force de préhension, probablement séquellaires des différentes interventions chirurgicales, pouvait tout à fait évoluer de façon intermittente. Selon son propre examen, le Dr R._____ décrivait en outre une force de préhension de qualité moyenne chez l'assurée (rapport R._____, p.

6). Moyenne; pas nulle, donc. Pour le Tribunal, il se justifie de s'écarter des conclusions du Dr R._____ dès lors qu'il ne fait pas mention d'éléments médicaux non pris en compte dans le cadre de l'expertise M._____, respectivement que les avis médicaux ultérieurs qu'il relate (rapport R._____, p. 3ss) ne sont pas propres à infirmer dite expertise, que les conclusions du Dr R._____ font largement écho aux plaintes de l'assurée et, enfin, qu'il convient de tenir compte de l'inclination d'un médecin traitant, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier

7.4.3 S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, le Tribunal relève d'abord que le Dr E._____ (pce 53 et 82) et le Dr S._____ (cf. supra, rapport R._____, p. 3, écrits du 15.09 et du 3.11.2005) le retiennent tous deux aussi. Ensuite, l'inexistence, selon l'expert P._____, qui rejoint ici, à tout le moins partiellement, l'avis du Dr M._____ (cf. expertise de celui-ci, p. 12), d'une comorbidité psychiatrique importante ou d'autres facteurs tels une perte d'intégration sociale, ne signifie pas que le diagnostic de fibromyalgie ne puisse être posé. Cela indique simplement qu'il ne sera pas considéré comme invalidant au sens de l'AI, ou, dit autrement, que ce trouble et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante (cf. ATF 132 V 65, consid. 4.2). Enfin, l'expert M._____ s'est appuyé *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu pour l'établissement de son diagnostic (16 points sur 18); aucun motif ne justifie que le Tribunal remette en cause celui-ci (ATF 132 V 65, consi. 3.2). Au demeurant, ainsi que dit, sont déterminantes ici les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de gain. Un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF précité, consid. 3.4).

7.4.4 L'expertise du Dr M._____ fait notamment état de l'anamnèse et des plaintes subjectives de l'assurée, ainsi que de tout son suivi médical, ce de façon suffisamment détaillée. L'ensemble du dossier, important (cf. supra, let. B), et l'examen pratiqué par l'expert fondent ses conclusions. L'IRM cervicale du 23.08.1999 (pce 11) à laquelle se réfère l'expert P._____ pour élaborer une de ses – nombreuses – hypothèses (cf. expertise, p. 5s.) a bien été prise en considération par l'expert M._____ (cf. expertise, p. 2, 4 et 9). Ce dernier a de surcroît fait état d'autres IRM et examens (cf. p. 2ss; pces 10, 56, 87 et 89; voir

également rapport R._____, p. 4, IRM du 28.01.2006). De plus, aucune des limitations fonctionnelles retenues par l'expert M._____, y compris celle relative aux mouvements de pro-supination des poignets, n'est contestée par les autres médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assurée (cf. rapport du Dr J._____, pce 60). En bien des points, ceux-ci rejoignent d'ailleurs l'avis de celui-là (cf. par exemple les réticences exprimées quant à des opérations chirurgicales [expertise M._____, p. 13s.; avis du Dr. S._____, du 15 9.2005, rapportée dans la détermination du Dr. R._____, p. 3]; doutes quant à la présence de troubles psychiques relevant [expertise M._____, p. 12; expertise P._____, p. 5]; similitudes dans les traitements proposés par le Dr M._____, [expertise, p. 12] et le Dr S._____, in rapport R._____, p. 3). A noter encore que les avis médicaux produits par la recourante ne contiennent pas de confirmation expresse des motifs pouvant, selon le Dr P._____, expliquer les atteintes de l'assurée.

Ce dernier n'excluait au demeurant pas que l'assurée puisse exercer une activité adaptée, pas plus qu'il ne contestait expressément le taux de 100% retenu par l'expert M._____ pour une telle activité adaptée (expertise P._____, p. 7 et 8). Il se bornait à relever que l'assurée avait la nostalgie de son ancien travail et à se demander quelle activité elle pourrait commencer à 53 ans, en étant sans qualification professionnelle. Or, ainsi que dit, ce sont là des motifs étrangers à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (cf RCC 1991, p. 339, consid. 3c; également art. 6 LPGA, seconde phrase). Il en va de même de l'avis du Dr R._____ selon lequel l'assurée ne pourrait exercer une quelconque activité dans le tertiaire, vu son absence d'études et le fait qu'elle a très vite et constamment exercé des activités manuelles (rapport R._____, p. 7). Le Tribunal rappelle en outre qu'un médecin traitant, selon l'expérience de la vie, sera enclin à prendre parti pour son patient et qu'en l'espèce, le Dr R._____ n'explique pas pourquoi toute activité exercée en tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assurée serait impossible.

7.4.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient que l'expertise du Dr M._____ satisfait aux conditions rappelées plus haut et a pleine valeur probante. En outre, s'agissant de l'aspect psychiatrique, domaine pour lequel le Dr P._____, non le Dr M._____, est, là, spécialiste, le tribunal de céans peut s'appuyer sur l'expertise de celui-

là dans laquelle il fut conclu, de façon déterminante, à l'absence de toute maladie (invalidante) psychiatrique chez l'assurée. La demande d'expertise de la recourante doit dès lors être rejetée, le Tribunal disposant de suffisamment d'éléments pour arrêter sa position.

7.4.2 La recourante a obtenu son certificat d'études primaires à 14 ans; elle maîtrise parfaitement le français. Elle doit mettre en valeur ces atouts et ses capacités et il peut être raisonnablement exigé d'elle qu'elle travaille à 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par le Dr M._____. Elle pourrait ainsi exercer le métier de vendeuse (par exemple dans un magasin de parfums, de souvenirs, dans un kiosque; vente de billets, vente par correspondance, etc.), activité qu'elle a déjà exercée par le passé et ne requérant pas obligatoirement le port de lourdes charges ou des manipulations qui lui sont déconseillées. D'autres activités simples et ne nécessitant pas une formation complémentaire sont envisageables, par exemple la surveillance (de bâtiments, de machines; voire la réception de nuit dans un hôtel), le relèvement de compteurs pour une entreprise privée ou publique, la saisie ou le scannage de données, l'accueil des personnes (dans l'hôtellerie, la restauration, etc.), une activité de téléphoniste. Outre une activité dans le domaine des services, une activité industrielle légère appropriée serait également possible, notamment en cas de forte automatisation de l'entreprise (contrôle de qualité, des machines, voire conditionnement, etc.).

8.

8.1 Le degré d'invalidité de 10% retenu dans la décision attaquée est correct (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires, année 2003 déterminante pour l'évaluation de l'invalidité, TA1, niveau de qualification 4, valeur totale pour les femmes; taux d'abattement admissible de 15%; salaire sans invalidité en 2003 de Fr. 45'734.-; arrondissement à 10% du degré d'invalidité). Il ne fut d'ailleurs pas remis en cause dans le recours.

8.2 Le recourante n'atteint pas le seuil minimum de 20% de diminution de la capacité de gain qui peut ouvrir le droit à une mesure de reclassement (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 s.; 124 V 108), étant précisé en sus que les activités adaptées qu'elle pourrait exercer sont simples et ne nécessitent pas de formation complémentaire. Elle n'a, partant, pas droit à des indemnités journalières.

8.3 Au vu du degré d'invalidité de 10% devant être retenu, la recourante n'a pas droit à une rente.

8.4 Pour être complet, le Tribunal fait observer que s'il avait été tenu compte, dans un premier temps, d'un taux d'activité réduit à 90% environ afin de simplifier pour l'assurée le suivi de son traitement thérapeutique (cf. expertise M._____, p. 12 et 14), le droit à des prestations AI n'aurait pas été davantage ouvert à la recourante.

9.

Le recours doit être rejeté.

10.

La décision attaquée ayant été rendue avant le 1er juillet 2006, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. dispositions relatives à la modification du 16 décembre 2005 de la LAI).

Au vu de l'issue de la procédure, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie (cf. 64 al. 1 PA et art. 7 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]). Quant à l'autorité intimée, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est alloué aucune indemnité de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité intimée (n° de réf. _____)
- à l'OFAS

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

La présidente du collège : Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :