

BVGer C-1730/2007 vom 26. Mai 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1730_2007

FR: TAF C-1730/2007 du 26 mai 2010

IT: TAF C-1730/2007 del 26 maggio 2010

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 1

Conduite du ménage

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Partant, elle a qualité pour recourir. En outre, dans la mesure où il a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est recevable. Enfin, l'avance sur les frais de procédure présumés, d'un montant de Fr. 400.-, a été versée sur le compte du Tribunal dans le délai imparti, de sorte qu'il convient d'entrer en matière sur le présent recours (art. 63 al. 4 et 21 al. 3 PA). 2. S'agissant du droit matériel applicable, il convient de préciser, 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), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 8 février 2007 et marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid.

1.2), les modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération. 3. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. 4. Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes: 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). En l'espèce, 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. 5.

E. 2

Alimentation 10 / 50 40 25 10

E. 3

Entretien du logement

E. 3.3

5 Lessive et entretien des vêtements 5 / 20 20 20 4 6 Soins aux enfants 0 / 30 7 Divers 0 / 50
Total 100 29.3 et une incapacité au ménage de 29% au lieu de 30%.

E. 5

/ 20 20 50

E. 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 al. 1 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.

E. 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.

E. 5.3

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%

(chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version valable dès le 1er janvier 2004; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

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). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

E. 5.5

Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques, respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent, liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. 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 apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c). 6. 6.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale. Quant à l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils en exercent une, elle est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA). 6.2 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps

complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

7. 7.1 Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard 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. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoit de tels examens au besoin, mais contient les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire

(arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1; voir consid. 8.3). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPG), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPG) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

7.2 Il sied toutefois de préciser que les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

7.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

8.1 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

8.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, 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 citées). 8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9. 9.1 En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal de céans constate en effet que la recourante a travaillé en dernier lieu de 1990 à 1994, abandonnant par la suite toute activité lucrative - ce qu'elle avait d'ailleurs déjà fait par le passé puisqu'elle n'a pas exercé d'activité lucrative de 1971 à 1990 -, alors que ni ses ennuis de santé, apparus quelques années plus tard, ni la situation du ménage, dans la mesure notamment où l'assurée n'a pas d'enfant, ne justifiaient un tel arrêt. La recourante n'a du reste pas fait valoir avoir cherché à exercer une activité lucrative. Dès lors, l'autorité de céans considère que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi son activité de ménagère et n'aurait pas repris d'activité lucrative, de sorte que son invalidité doit être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, au moyen de la méthode spécifique.

9.2 L'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

9.3 Il convient de relever que 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 que l'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, ATF 117 V 394 consid. 4b p. 400, ATF 115 V 38 consid. 3d, ATF 114 V 281 consid. 3, ATF 111 V 235 consid. 2a). Le fait que l'assuré 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'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Ainsi, afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré qui s'occupe du ménage, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés; l'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches. Il sied de préciser à cet égard qu'une incapacité relevante ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé. Le fait que le devoir d'assistance mutuelle entre conjoints et entre parents et enfants ne soit pas réalisable ou exécutoire directement, pour autant qu'il soit fondé sur la bonne volonté et librement consenti, n'influe pas sur l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré travaillant dans le ménage. En effet, il faut considérer, dans le domaine du travail domestique, ce qui, dans une réalité sociale, est usuel et exigible, indépendamment du fait que l'assistance soit effectivement réalisable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). A noter que la jurisprudence rendue sur l'application de la méthode spécifique n'a pas été modifiée du fait de l'entrée en vigueur de la LPGA. 10. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 V 93). Malgré qu'en règle générale, une telle enquête ne soit pas réalisée auprès des assurés résidant à l'étranger, l'appréciation de l'incapacité de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels doit néanmoins, dans la mesure du possible, se fonder sur des principes analogues. Cette appréciation reposera en particulier sur une documentation médicale et sur le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, bien que celui-ci, habituellement rempli par les assurés eux-mêmes, ne puisse être assimilé à un rapport d'enquête sur les activités ménagères

effectué par un enquêteur habilité, auquel la jurisprudence reconnaît, en principe, valeur probante. Ce document ne peut donc, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'Office AI (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

E. 10

4 Achats 5 / 10

E. 10.1

En l'espèce, il est établi que la recourante présente une polyarthrose, un status après transplantation rénale en juin 2004 et un status après prothèse totale de la hanche gauche en septembre 2006, ainsi qu'un diabète. Il sied néanmoins de relever, concernant la date à laquelle la transplantation rénale a eu lieu, que si le médecin du SMR retient le mois de juin 2004, certains documents versés au dossier la situent en avril 2004; une datation exacte de cette intervention, dont il est reconnu qu'elle a eu lieu en 2004 n'étant toutefois pas indispensable en l'espèce, cette question peut rester ouverte. Faute d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail pertinente pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 10.2

S'agissant précisément de l'influence de la pathologie décrite sur la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels, il ressort notamment du questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 28 mars 2006, que A. _____ a elle-même rempli, qu'à cette date à tout le moins, elle était encore en mesure de prendre en charge son ménage, toutefois avec l'aide de son mari. Ainsi, s'agissant de l'alimentation et de l'entretien de la maison individuelle de 3 pièces dans laquelle vit le couple, l'assurée déclare préparer les repas et s'occuper de la vaisselle de manière autonome, sollicitant néanmoins l'aide de son mari pour nettoyer la cuisine, ainsi que les sols; en outre, ce dernier se chargerait entièrement de faire les lits et de nettoyer les vitres. Pour les achats, la recourante indique être accompagnée de son mari, qui la conduit en voiture dans des magasins situés à 15 km environ de leur habitation. De même, elle mentionne qu'elle requiert l'aide de son mari pour faire la lessive, affirmant par ailleurs ne plus pouvoir du tout étendre et dépendre le linge, repasser - la situation debout étant pénible -, raccommoder ou coudre. Elle note enfin qu'elle ne doit pas recourir, pour l'entretien du ménage ou pour d'autres tâches, à l'aide de personnes étrangères au ménage et qu'elle reçoit les visites d'une infirmière à domicile. Il résulte ainsi du questionnaire du 28 mars 2006 que la recourante avait alors développé des méthodes de travail pour conduire son ménage et s'acquitter des tâches domestiques, en y intégrant de manière adéquate l'aide que peut lui apporter son mari, et que par conséquent elle n'avait pas besoin d'une aide extérieure devant être rémunérée, à l'exception de l'infirmière dont le rôle, si l'on en croit l'assurée à la lecture du questionnaire, n'est pas d'apporter un soutien dans l'accomplissement des travaux habituels du ménage. L'autorité de céans constate en outre que les informations fournies par la recourante sont crédibles et suffisamment détaillées, de sorte qu'il convient d'en tenir compte. Toutefois, attendu qu'elles proviennent de l'assurée elle-même et non pas d'une personne extérieure chargée d'une enquête ménagère, il y a lieu d'examiner également sur la base de la documentation médicale versée au dossier dans quelle mesure l'assurée subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques.

E. 10.3

Ainsi, dans un premier temps, la Dresse D. _____, qui suivait la recourante dans le cadre de la transplantation rénale subie en 2004, a indiqué dans son rapport médical du 10 mai 2005 que l'assurée rencontrait des difficultés partielles lors de déplacements à l'extérieur, mais qu'il n'existait pour le reste aucune limitation ou incapacité, l'assurée faisant « seule, totalement, habituellement et correctement » en particulier les activités ménagères. La Dresse D. _____ a également décrit, dans le document du 10 mai 2005, une bonne tolérance, par la recourante, de la transplantation rénale réalisée en 2004, ce qu'elle a confirmé dans son certificat médical du 28 février 2006, notant que la fonction rénale de l'assurée paraît se stabiliser, tout en mentionnant une impotence fonctionnelle sévère due à des douleurs articulaires diffuses. Dans un second temps, et suite à l'arthroplastie totale de la hanche gauche subie en septembre 2006, le Dr H. _____ a déclaré, dans son certificat médical du 26 septembre 2006, une incapacité totale de trois mois, sous réserve de complications. De son côté, se basant en particulier sur les documents susmentionnés et jugeant par ailleurs que les renseignements médicaux à sa disposition étaient suffisants, le Dr G. _____, médecin du SMR, a tout d'abord, dans son avis du 11 août 2006, retenu comme diagnostic associé au diagnostic principal de polyarthrose, avec répercussion sur la capacité de travail, celui de status après transplantation rénale en juin 2006 (recte: 2004) et considéré que l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle significative dans l'accomplissement des tâches ménagères. Il a en effet admis, après avoir procédé à l'appréciation de l'invalidité de la recourante, que les incidences fonctionnelles des atteintes à la santé dont souffrait celle-ci réduisaient sa capacité de travail dans ses activités usuelles dans une mesure ne dépassant pas 30%. Puis, par la suite, dans son avis du 29 janvier 2007 rendu en procédure d'audition, le Dr G. _____ a conservé, comme diagnostic principal, la polyarthrose et ajouté au diagnostic de status après transplantation rénale celui de status après prothèse totale de la hanche gauche en septembre 2006, qu'il a également considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a ainsi conclu, estimant une fois encore que les renseignements médicaux à disposition étaient suffisants, à une incapacité totale de six mois au maximum et, en l'absence de nouvelle atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de longue durée, au maintien des conclusions de son avis précédent.

E. 10.4

En l'espèce, l'autorité de céans n'a pas de motifs de se distancer des conclusions du Dr G. _____, lesquelles se fondent sur une analyse attentive des données médicales et résultats d'exams objectifs contenus dans le dossier. Ainsi, si nombre de documents produits se contente d'exposer des diagnostics par ailleurs non contestés, sans se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, ceux qui le font sont convaincants et ne remettent en cause ni les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G. _____, ni son appréciation de la capacité de travail de l'assurée. La Dresse D. _____ a en effet indiqué, dans son rapport du 10 mai 2005, qu'il n'existait aucune incapacité dans l'exercice des activités ménagères. Certes, elle a mentionné, dans son certificat médical du 28 février 2006, une impotence fonctionnelle sévère due à des douleurs articulaires diffuses, mais elle n'en a pas précisé, cette fois, les effets sur la capacité de travail de l'assurée. Les douleurs qu'elle a observé, de même que la Dresse C. _____ et les Drs E. _____ et F. _____ dans leurs rapports respectifs des 10 février, 2 juin et 4 juillet 2005, figuraient d'ailleurs déjà dans son rapport du 10 mai 2005, dans lequel elle concluait à une pleine capacité de travail dans le

ménage, et rien n'indique, dans le second rapport de ce médecin, que ces douleurs aient empiré ou qu'elles aient entravé de manière plus conséquente les activités ménagères de l'assurée. Au demeurant, le Dr G. _____ n'a pas ignoré les douleurs et difficultés rencontrées par la recourante en raison de son état de santé puisqu'il a tenu compte de limitations fonctionnelles, telles que la nécessité de changer de position de travail, d'éviter le port de charges trop lourdes ou une marche prolongée, sur un terrain inégal, et qu'il n'a pas considéré l'assurée comme étant totalement capable d'effectuer ses tâches ménagères. Puis par la suite, après l'arthroplastie de la hanche gauche, le médecin du SMR a conclu que cette opération justifiait une incapacité totale de travail de six mois au maximum, appréciation convaincante dans la mesure où le Dr H. _____, chirurgien auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologique dans lequel l'assurée a été opérée, avait lui-même déclaré cette dernière en incapacité totale pendant trois mois, émettant une réserve en cas de complications postérieures à l'opération, qui pouvaient exiger une prolongation de l'incapacité totale. Enfin, il sied de souligner que les conclusions du Dr G. _____ pour la période précédant l'arthroplastie de la hanche s'avèrent convaincantes également au vu des informations données par la recourante dans le questionnaire du 28 mars 2006. Toutefois, et bien qu'en l'espèce ces corrections n'aient pas d'incidence sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, il convient d'apporter un correctif à l'appréciation de l'invalidité dans les tâches domestiques, effectuée par le Dr G. _____ avant l'opération de la hanche et jointe à son avis du 11 août 2006 (voir Faits B.b).

E. 10.5

L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement qu'ils rencontrent à accomplir leurs travaux habituels. L'OFAS a publié à cet égard des instructions détaillées dans la CIIAI (s'agissant des assurés qui s'occupent du ménage: chiffres marginaux 3093 à 3098 dans la version valable dès le 1er janvier 2004), jugées conformes à la loi par le Tribunal fédéral (RCC 1986 p. 244). Ainsi, les activités des assurés qui s'occupent du ménage ont été réparties en sept domaines, chacun représentant une part inégale de l'ensemble des travaux liés au ménage, dont l'importance devra être déterminée, selon les circonstances du cas particulier, en attribuant à chaque domaine un pourcentage compris dans une fourchette prédéterminée (CIIAI chiffre marginal 3095), le total de ces pourcentages devant toujours se monter à 100% (Pratique VSI 6/1997 p. 298; CIIAI chiffre marginal 3096). De ce fait, lorsque par exemple, un assuré n'a pas d'enfants et n'effectue pas les tâches ménagères visées au domaine 6 (« Soins des enfants »), ce domaine d'activités représentera un pourcentage de 0 (minimum autorisé par la fourchette du domaine 6) dans la pondération des tâches, de sorte que les pourcentages attribués aux autres domaines devront être adaptés pour parvenir au total de 100%. Ce faisant, il conviendra toutefois de ne pas modifier les minima et maxima de la fourchette prévue dans la CIIAI pour chaque domaine de tâches ménagères. Le Tribunal fédéral a en effet déclaré qu'une pondération différente du schéma tel que fixé dans la CIIAI ne peut être faite qu'en présence de divergences importantes entre la situation concrète examinée et le schéma. Une fois établie l'importance de chaque domaine, on déterminera la limitation conditionnée par l'état de santé dans les différents domaines partiels et on en tirera finalement le degré d'invalidité. En l'occurrence, le Dr G. _____, en pondérant les sept domaines d'activités, a retenu, pour les domaines 4 (« Achats ») et 5 (« Lessive et entretien des vêtements »), une valeur maximale respective de 15% et 25%, alors que les maxima de la fourchette sont respectivement, dans ces domaines, de 10% et 20% (voir tableau Faits B.b). Or, force est de reconnaître qu'en l'espèce, le cas de l'assurée ne présente aucune particularité frappante par

rapport à d'autres cas d'application de la méthode spécifique et qu'il n'existe pas en conséquence de divergences importantes entre la situation concrète et le schéma fixé dans la CIIAI, justifiant de dépasser les maxima fixés. Les valeurs retenues par le Dr G. _____ pour les domaines 4 et 5 doivent donc être réduites de 5% chacune, ce qui nécessite, le total des activités devant se monter à 100%, d'augmenter les valeurs qui peuvent l'être, soit les domaines d'activités 1 (« Conduite du ménage ») et 2 (« Alimentation »). En effet, les domaines 6 (« Soins aux enfants ») et 7 (« Divers ») ne sauraient être considérés, dans la mesure où le Dr G. _____ ne leur a attribué, à juste titre, aucune valeur, le minimum de la fourchette le lui permettant, puisque la recourante n'a pas d'enfants, ni n'a la charge d'autres membres de sa famille et qu'elle a déclaré dans le questionnaire du 28 mars 2006 qu'elle n'avait, avant l'atteinte à la santé, aucune autre tâche ou activité visée au domaine 7, telle que l'entretien de plantes ou d'un jardin, la garde d'animaux domestiques, le soin à des tiers, la confection et la transformation de vêtements ou encore une activité publique. Quant au domaine 3 (« Entretien du logement »), la valeur retenue équivaut déjà au maximum de la fourchette. Le Dr G. _____ n'a pas non plus attribué de valeur au domaine 1, alors que le minimum de la fourchette est de 2%. Il convient donc d'attribuer, sur les 10% à répartir, 2% au moins au domaine 1, ce qui ne modifiera pas, cependant, le taux d'invalidité pour ce domaine d'activités, puisque le Dr G. _____ a estimé la recourante entièrement capable de se charger de la conduite du ménage, à savoir la planification, l'organisation, la répartition du travail et le contrôle. Dans cette mesure, l'attribution de la valeur minimale de 2% au domaine 1 représente pour l'assurée la solution la plus favorable, la valeur liée au domaine de l'alimentation (2) passant alors de 40% à 48%. Ainsi, sur la base des conclusions et estimations du Dr G. _____, jugées fondées, et en application des directives relatives à l'appréciation de l'invalidité d'un assuré s'occupant du ménage, on obtient, pour la recourante, les valeurs suivantes: N° Activités Min./max. Choix Incapacité Invalidité 1 Conduite du ménage 2 / 5 2 0 0 2 Alimentation 10 / 50 48

E. 10.6

Dès lors, il s'avère que l'incapacité de la recourante dans les tâches ménagères est de 29% dans un premier temps, dont on fixera le début en 2004 (le 16 avril ou le 16 juin), suite à la transplantation rénale, dans la mesure où le diagnostic retenu à juste titre par le Dr G. _____ comme ayant une influence sur la capacité de travail au moment où il estimait cette dernière à 70% est celui du status après transplantation rénale. Puis il apparaît que dans un second temps, soit à partir du 19 septembre 2006, date de l'opération de la hanche, l'incapacité de l'assurée s'élève à 100%, et ce, jusqu'à la décision litigieuse à tout le moins. Le médecin du SMR a en effet déclaré, dans son avis datant du 29 janvier 2007, que l'incapacité totale se justifiait pendant une durée de six mois maximum dès l'opération de la hanche, soit au plus tard jusqu'au 19 mars 2007, ce que l'autorité inférieure a d'ailleurs elle-même reconnu, dans sa réponse du 4 septembre 2007, dans laquelle elle indique que « l'opération subie en septembre 2006 justifie une incapacité de travail totale [de l'assurée] dans son ménage durant six mois au maximum ». Or, si l'on ne saurait présumer de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail au-delà de la décision de l'OAIE du 8 février 2007, limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours et dans la mesure où aucun des documents médicaux versés au dossier ne date d'après cette décision, force est de constater qu'aucun de ces documents précisément ne fait état d'une amélioration de l'incapacité de la recourante entre l'opération de la hanche et la décision entreprise.

E. 10.7

Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, on considère que le délai d'attente commence à courir dès que l'on constate une diminution de la capacité de travail de 20% (voir consid. 5.3). Dans le cas présent, le calcul rétroactif de l'incapacité moyenne doit donc également tenir compte de la période d'incapacité de 29%. Par conséquent, le délai d'attente d'un an est réputé commencé en 2004 (le 16 avril ou le 16 juin), de sorte que l'assurée présente une incapacité dans le ménage de 29% de 2004 au 18 septembre 2006 et de 100% à partir du 19 septembre 2006 jusqu'au 8 février 2007 à tout le moins. Il en résulte, au contraire de ce qu'a jugé l'autorité inférieure en définitive, qu'une incapacité de travail moyenne de 40% durant un an a été atteinte, à raison de 308 jours à 29% et 57 jours à 100% (formule: [a jours à 29%] + [b jours à 100%] = [365 jours à au moins 40%], soit [a x 29] + [(365 - a) x 100] = 365 x 40; CIIAI chiffre marginal 2028 et Annexe II), et que le droit de la recourante à une rente d'invalidité a pris naissance le 1er novembre 2006 (57 jours dès le 19 septembre 2006, date de l'opération de la hanche à partir de laquelle l'incapacité dans le ménage a atteint 100% = le 14 novembre 2006; art. 29 al. 2 LAI). Or, à cette date, le taux d'invalidité de la recourante, jugée totalement incapable d'effectuer ses tâches ménagères, se montait à 100%, taux ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité et que l'assurée a présenté à tout le moins jusqu'à la décision litigieuse, aucun des documents médicaux versés au dossier ne permettant, comme relevé ci-avant, de constater une modification de l'invalidité de l'assurée dans le sens d'une amélioration. Par souci de complétude, notons que le Dr G. _____, dans son avis du 29 janvier 2007, a également indiqué que les conclusions de son avis précédent demeuraient d'actualité, ce qu'a notamment retenu l'autorité inférieure pour décider du rejet de la demande de prestations de l'assurée. Or, outre le fait qu'il ressort du dossier, et en particulier de l'avis du Dr G. _____ du 29 janvier 2007, que l'incapacité de la recourante était totale depuis l'opération de la hanche et encore à la date de la décision litigieuse, fait reconnu par l'OAIE, le Dr G. _____ a soumis le maintien de ses conclusions précédentes à la condition qu'il n'y ait pas de nouvelle atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de longue durée, ce que l'autorité inférieure ne pouvait pas savoir au moment de rendre la décision entreprise, puisqu'à cet instant, aucun document ne faisait état d'une amélioration de l'incapacité de l'assurée et que l'OAIE n'a pas jugé nécessaire de poursuivre l'instruction du dossier pour déterminer l'état de santé de l'assurée au-delà du délai maximal de six mois retenu par le Dr G. _____. 11. Au vu de ce qui précède, le recours du 5 mars 2007 doit être admis et la décision du 8 février 2007 annulée. La recourante a droit à une rente entière d'invalidité, fondé sur un taux de 100%, à partir du 1er novembre 2006. Il incombera à l'autorité intimée de fixer le montant de la rente par une nouvelle décision et de verser à la recourante les rentes arriérées. Au surplus, en vertu de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA, RS 830.11]). Cet intérêt est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-828/2007 du 13 octobre 2009 consid. 9). Au vu des actes au dossier, il apparaît que depuis le dépôt de sa demande de rente de l'assurance-invalidité auprès de l'OAIE en date du 22 juillet 2005,

A. _____ a rempli son obligation de collaborer. Dès lors que 12 mois se sont écoulés depuis le dépôt de cette demande, par laquelle l'assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité (art. 29 LPGA), des intérêts moratoires sont dus en sus sur les rentes arriérées dès le 1er novembre 2008 (1er novembre 2006 + 24 mois) jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement sera donné. 12. Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). 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. Par ailleurs, 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 (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Toutefois, la recourante n'étant pas représentée, il ne lui est pas alloué de dépens.

E. 15

33 5 5 Lessive et entretien des vêtements 5 / 20 25

E. 20

5 6 Soins aux enfants 0 / 30 7 Divers 0 / 50 Total 100 30 Par son projet de décision du 18 août 2006, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y aurait pas d'incapacité permanente de gain, ni d'incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens de la loi suisse, l'accomplissement des travaux habituels étant toujours exigible, malgré l'atteinte à la santé, dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (OAIE pce 20). B.c En procédure d'audition, A. _____, par courrier reçu le 4 septembre 2006 par l'OAIE, a informé celui-ci qu'elle n'était pas d'accord avec le projet de décision et, en particulier, qu'elle allait subir, au mois de septembre 2006, une intervention chirurgicale au niveau de la hanche (prothèse totale de la hanche gauche; OAIE pce 21). A la demande de l'OAIE, elle a produit divers documents médicaux et informé l'OAIE que dans des délais encore indéfinis, elle devrait subir une intervention de la hanche droite (courrier reçu le 17 octobre 2006; OAIE pce 27): une attestation médicale du 28 mars 2006 du Dr F. _____, certifiant qu'il soigne A. _____ depuis dix ans et qu'après quatre ans et demi de dialyse et une greffe rénale en juin 2004, l'équilibre de l'assurée est précaire et nécessite un suivi régulier; il relève également un diabète instable et une atteinte rhumatologique polyarticulaire (OAIE pce 26); le compte-rendu opératoire de l'intervention du 19 septembre 2006 consistant en une arthroplastie totale de la hanche gauche, avec pose d'une prothèse (OAIE pce 23); un certificat médical du 26 septembre 2006 du Dr H. _____, chirurgien auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital X. _____, lequel atteste que l'assurée a été opérée pour une prothèse totale de la hanche gauche et qu'elle présente une incapacité totale pour trois mois, sous réserve de complications (OAIE pce 24); un rapport médical du 29 septembre 2006, du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital X. _____ (Pr. I. _____ et Dr J. _____), attestant également de l'arthroplastie totale de la hanche gauche et indiquant que la rééducation a débuté (OAIE pce 25). B.d Invité à se prononcer sur ces nouvelles informations, le Dr G. _____, dans son avis médical du 29 janvier 2007, a conservé, comme diagnostic principal, la polyarthrose, et a ajouté, comme diagnostic associé avec répercussion sur la capacité de travail, le status après prothèse totale de la hanche gauche en septembre 2006. Il a jugé que l'opération de la hanche justifiait une incapacité totale de travail et une incapacité au ménage de six mois au

maximum, et qu'en l'absence de nouvelle atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de longue durée, les conclusions de son précédent avis demeuraient d'actualité (OAIE pce 29). Par décision du 8 février 2007, l'OAIE a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de A. _____, motif pris qu'elle ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse (OAIE pce 30). C. C.a Par acte du 5 mars 2007, A. _____ a interjeté recours contre la décision du 8 février 2007, demandant que son dossier soit revu. Elle fait valoir que son état de santé s'est dégradé et joint à son recours un certificat médical du 6 février 2007 du Dr K. _____, stomatologiste, lequel estime qu'il y a lieu de procéder à l'avulsion de douze dents réduites à l'état de racine, dans un contexte de parodontopathie lié essentiellement à un état antérieur à l'insuffisance rénale et au diabète de la recourante (TAF pce 1). C.b Dans sa réponse du 4 septembre 2007, l'autorité inférieure, se fondant sur les avis de son service médical du 11 août 2006 et du 29 janvier 2007, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, les affections dont souffre la recourante ne limitant pas sa capacité de travail d'au moins 40% dans son ménage et l'opération subie en septembre 2006 justifiant une incapacité de travail totale dans le ménage durant six mois au maximum. L'OAIE considère en outre que le rapport médical du 6 février 2007, produit à l'appui du recours, ne lui permet pas de revenir sur sa position (TAF pce 6). C.c Invitée à se déterminer sur la réponse de l'autorité inférieure (TAF pce 7), la recourante n'a pas donné suite. C.d Par décision incidente du 12 novembre 2007, le Tribunal administratif fédéral a invité la recourante à s'acquitter d'une avance pour les frais de procédure présumés, fixée à Fr. 400.-. Le 21 novembre 2007, un montant de Fr. 400.- a été versé sur le compte du Tribunal (TAF pces 9, 10, 11). D. Par ordonnances du 13 avril 2007, puis du 30 novembre 2009, le Tribunal administratif fédéral a informé les parties de la composition et de la modification du collège de juges amenés à examiner la présente cause (TAF pces 2, 14). Aucune demande de récusation n'a été présentée. Droit : 1.

E. 25

12 3 Entretien du logement 5 / 20 20 50 10 4 Achats 5 / 10 10 33

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.