

BVGer C-3211/2010 vom 31. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3211_2010

FR: TAF C-3211/2010 du 31 août 2012

IT: TAF C-3211/2010 del 31 agosto 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier a travaillé est compétent pour examiner les demandes présentées par des frontaliers, tandis que les décisions sont notifiées par l'OAIE.

E. 1.2

Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le TAF, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de prestations d'invalidité peuvent être contestées devant le TAF conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci est dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

E. 2.1

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 2.2

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 2.3

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

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. Pierre Moor, *Droit administratif*, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zürich 1998 n. 677).

E. 4.1

La requérante, de nationalité suisse, est domiciliée dans un Etat membre de la communauté européenne et a travaillé comme frontalière en Suisse. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 137, consid. 3). A cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71 prévoit que les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement, plus particulièrement que les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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.

E. 4.2

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 4.3

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, l'ALCP et les Règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71. Les nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et n° 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en vigueur depuis le 1er avril 2012 entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne, remplaçant les règlements (CEE) n°1478/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

E. 5

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; ATF 130 V 445 consid. 1.2. et les références). Les dispositions de la 5e révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 6.1

La recourante a présenté une seconde demande de rente d'invalidité le 15 novembre 2008, une précédente demande de prestations ayant été rejetée par décision du 21 juin 2005, au motif que l'intéressée ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi.

E. 6.2

En application de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

E. 6.3

Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet

de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5).

E. 6.4

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration - comme en l'espèce - est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05).

E. 7

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - compter trois années de cotisation (art. 36 LAI), dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AI pendant plus de trois années au total (cf. let. A) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

E. 8.1

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 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 4 al. 2 LAI 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. Par incapacité de travail, l'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 de lui 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 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 8.2

Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 27 RAI précise que par travaux habituels des assurés 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. Il faut toutefois préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel,

l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI; méthode mixte).

E. 8.3

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, 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. 2 LAI). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 8.4

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI).

E. 8.5

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal de céans peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 15 mai 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 7 avril 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 9.1

La recourante a travaillé en Suisse en tant qu'ouvrière polyvalente frontalière, du 1er janvier 1998 au 30 octobre 2008. Après une première chute entraînant une foulure de la cheville gauche et l'augmentation de douleurs dorsales préexistantes, l'assurée reprend son activité d'ouvrière dans la blanchisserie à 50% et cesse complètement son activité le 30 octobre 2008 en raison de son état de santé (cf. supra let. A).

E. 9.2

Or, 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 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. Selon l'art. 16 LPGA,

applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré. Il faut toutefois préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 3 LAI méthode mixte).

E. 9.3

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

E. 10.1

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.

E. 10.2

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).

E. 10.3

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c), alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Dans le cadre de la méthode mixte, il y a lieu de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur

la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activité. Conformément à la jurisprudence, 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 en raison d'une atteinte à la santé (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3). En rapport avec sa valeur probante, il est essentiel que le rapport d'enquête ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références citées). Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (arrêt du TF du 28 juillet 2009 8C_315/2009, consid. 6.2.2; arrêt du TF du 28 juillet 2008 9C_49/2008 et les références citées, consid. 5.1; ATF 134 V 9 non publié, consid. 5.2.1; arrêt du TF du 13 juin 2008 8C_671/2007). De plus, en présence de troubles d'ordre psychique et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relative à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle général, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3).

E. 10.4

En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode mixte. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal constate en effet que l'assurée a travaillé à 80% en tant qu'ouvrière polyvalente dans le domaine de la blanchisserie, puis après avoir réduit son activité à 50% pour des raisons de santé (diminution de gain de 37.5%) en juin 2004, cesse totalement son activité fin octobre 2008. Dès lors, bien qu'il ressorte de l'enquête économique sur le ménage (OCAI pce 104), sans autre précision, que la recourante assumerait toujours son activité lucrative de 50% sans atteinte à la santé, le Tribunal retient, à l'instar de l'autorité inférieure, que l'intéressée - qui travaillait à 80% avant ses premières atteintes à la santé en 2003 - maintiendrait encore aujourd'hui ce taux d'activité sans invalidité. En effet, il ressort de manière constante des écritures de la recourante, que celle-ci n'a pas volontairement baissé son taux d'activité à 50%, mais bien en raison de ses problèmes de santé (TAF pces 1, 6 et 11).

E. 10.5

Par ailleurs, selon l'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OCAI-JU le 7 septembre 2009, la recourante présente un degré d'invalidité de 24.6% dans les travaux du ménage qu'elle effectue à un taux de 20%. Il ressort que celle-ci reste apte à conduire et à effectuer la plupart des tâches ménagères au ralenti, à l'exception du nettoyage des vitres, des courses lourdes et des travaux de coutures et de jardinage, activités pour lesquelles elle a besoin de l'aide de son mari ou de tiers (OCAI pces 104 et 105). Etant donné que les conclusions de cette enquête sur le ménage, ayant pleine valeur probante, correspondent aux constatations médicales et ne sont pas contestées par la recourante, le Tribunal n'a pas de raison de s'en écarter.

E. 11.1

L'art. 69 RAI prévoit 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.

E. 11.2

Le Tribunal des assurances 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.).

E. 11.3

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss).

E. 12.1

Dans ses écritures, la recourante fait tout d'abord valoir que l'autorité inférieure lui a refusé à tort l'octroi de mesures professionnelles en 2004 et dès lors argue avoir été obligée de continuer une activité inadaptée, accélérant ainsi le processus dégénératif de sa maladie. Toutefois, le Tribunal ne saurait prendre en compte ce grief, étant donné que la recourante n'a pas recouru contre la décision du 21 juin 2005 lui reconnaissant un taux d'invalidité de 35%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (OCAI pce 47); celle-ci est dès lors entrée en force et ne saurait être revue dans le cadre de cette procédure. Seul une éventuelle reconsidération de cette décision pourrait entrer en ligne de compte au vu de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que

leur rectification revêt une importance notable; or le juge ne peut obliger l'administration à entrer en matière sur une demande de reconsidération (ATF 133 V 50, consid. 4.1; ATF 119 V 475, consid. 1b/cc, p. 479 et ses références).

E. 12.2

Par ailleurs, la recourante s'étonne du fait que l'autorité inférieure ne lui reconnaisse un taux d'invalidité global de seulement 5% dans le cadre de la présente procédure, alors que l'OCAI-JU lui avait reconnu un taux d'invalidité global de 34.72% par décision du 21 juin 2005 lorsque ses atteintes à la santé étaient moins importantes (OCAI pce 47). Cette différence s'explique toutefois par le fait que, dans le cadre de la présente procédure, la recourante ayant été reconnue totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, le degré d'invalidité a été calculé en comparaison avec le salaire hypothétique réalisable dans des activités à temps plein adaptées à ses limitations fonctionnelles, alors qu'en 2005, l'OCAI-JU n'avait pas évalué la capacité de travail de l'intéressée dans des activités adaptées, celle-ci n'atteignant de toute manière pas le degré minimum requis de 40% pour ouvrir le droit à une rente (34.72%; degré d'invalidité global obtenu par le cumul du degré d'invalidité dans son activité d'ouvrière [pondéré à 80%] et dans son activité de ménagère [pondéré à 20%] selon la méthode mixte). Considérant la perte de gain de 37.5% que subissait la recourante en raison de son état de santé qui ne lui permettait plus qu'un taux d'activité de 50% dans son activité habituelle de blanchisserie exercée à 80%, son degré d'invalidité dans la blanchisserie se confondait avec le degré d'incapacité de travail estimée par le médecin.

E. 13.1

En l'espèce, il est établi que A. _____ souffre au moment de la décision entreprise principalement de rhizarthrose bilatérale modérée, d'amblyopie de l'oeil gauche depuis la naissance (acuité visuelle de 1/20e), de rachialgies diffuses dans un contexte de discarthrose dorsolombaire étagée modérée, de discopathie L5-S1, de scoliose dorsale à convexité à droite, d'arthrose cervicale et de composante de fond de poly-insertionnisme (OCAI pces 54, 63, 68, 69, 80, 88 et 111; TAF pces 6).

E. 13.2

L'OAIE, se basant principalement sur l'expertise du 16 juin 2009 du Dr F. _____ (OCAI pce 88), retient en substance que la recourante, bien que totalement incapable d'exercer son ancienne activité en raison de rachialgies diffuses dans un contexte de discarthrose dorsolombaire étagée modérée et de discopathie L5-S1, ainsi qu'en raison de rhizarthrose bilatérale modérée et d'amblyopie de l'oeil gauche depuis la naissance, reste apte à travailler à temps plein dans des activités adaptées tenant compte de ses limitations fonctionnelles (OCAI pce 89). Dès lors, considérant le taux d'activité de 80% de la recourante, l'autorité inférieure retient un degré d'invalidité de 0% sur la base d'une comparaison selon la méthode générale entre le dernier salaire effectué par l'assurée en 2003 et le salaire statistique moyen suisse pour une femme dans des activités simples et répétitives (indexation à l'année 2009). L'OAIE a ensuite ajouté le taux d'invalidité retenu de 4.92% dans les activités domestiques (OCAI pces 104 à 107), obtenant ainsi, un taux d'invalidité global arrondi à 5%.

E. 13.3

La recourante, pour sa part, conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, s'étonnant que suite à l'aggravation de son état de santé depuis sa première demande de rente, son taux d'invalidité

ait diminué de 35% à 5%. De plus, celle-ci mentionne dans sa réplique du 11 octobre 2010 (TAF pce 11), que ses douleurs arthrosiques se sont aggravées en septembre 2010 et verse plusieurs documents médicaux postérieurs à la décision entreprise (TAF pces 6 et 11). Il s'agit de deux rapports des 1er juillet et 7 octobre 2010 du Dr B. _____, médecin traitant de la recourante, qui fait état en plus des diagnostics retenus par l'expert, le Dr F. _____, d'une aggravation des troubles musculosquelettiques de l'intéressée, ainsi que de gonarthrose bilatérale et de paresthésies persistantes au niveau des doigts, malgré une opération du tunnel carpien. Le médecin traitant déclare A. _____ en incapacité permanente de travail en raison de l'aggravation de ses lésions radiologiques et de son impotence fonctionnelle. De plus, la recourante produit des résultats radiologiques du 5 octobre 2010, faisant état de gonarthrose bilatérale modérée, de coxarthrose bilatérale débutante, de lombarthrose d'évolution modérée avec pincement discal L5-S1 et d'une accentuation des ostéophytes concernant sa rhizarthrose bilatérale par rapport au contrôle effectué en 2008.

E. 14.1

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, les médecins s'accordent pour lui reconnaître une incapacité entière de travail dans son activité habituelle depuis novembre 2008, en raison d'une aggravation de ses troubles dégénératifs du rachis (apparition de discarthrose modérée selon des résultats de radiologie du 13 novembre 2008) par rapport à l'époque de sa première demande de prestations AI (OCAI pces 5 et 54).

E. 14.2

Reste litigieuse la question de la capacité de travail de A. _____ dans des activités adaptées et notamment de l'influence sur sa capacité de travail de ses troubles du rachis lombaire, dorsal et cervical, de son amblyopie à gauche et de sa rhizarthrose bilatérale. L'autorité inférieure souligne tout d'abord que, lors de la première demande de rente, le Dr C. _____ n'avait, à tort, pas pris position sur la capacité de travail résiduelle de la recourante dans son expertise du 19 février 2005 (OCAI pce 38). Dès lors, reprenant les conclusions de l'expertise du 16 juin 2009 du Dr F. _____, les médecins SMR retiennent que la recourante est apte à travailler à temps plein dans des activités adaptées, en tous les cas depuis le mois de novembre 2008, et même dès le début de l'atteinte à la santé, soit depuis le 20 novembre 2004, eu égard au fait que les troubles dégénératifs de l'intéressée étaient à l'époque moins nombreux (OCAI pces 89 et 116). La recourante quant à elle produit plusieurs certificats médicaux du Dr B. _____, médecin traitant, dont il ressort que, limitée dans sa recherche d'emploi par sa vision monoculaire, elle ne peut pas exercer son activité habituelle à plus de 50% ni exercer des activités nécessitant des travaux physique pénibles (OCAI pces 68, 69 et 111).

E. 14.3

Le Tribunal remarque que, malgré la valeur probante que l'on peut reconnaître à l'expertise du Dr F. _____, celui-ci s'est prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante uniquement d'un point de vue somatique, sans disposer de l'avis d'un ophtalmologue concernant l'implication des problèmes de vision de la recourante sur sa capacité de travail, alors même qu'il indique dans son expertise (p.8) qu'il n'est pas exclu qu'une vision monoculaire puisse entraîner une fatigue visuelle lors d'un travail sur écran et que pour plus de précision, il y a lieu de demander l'avis de l'ophtalmologue traitant. Certes, après renseignements pris par l'OCAI-JU auprès de la Dresse D. _____, il ressort d'une

brève prise de position non signée de cette dernière (OCAI pce 102), reçue le 25 août 2009, que la vision monoculaire de l'intéressée peut entraîner une fatigue visuelle d'environ 50% lors d'un travail sur écran. Toutefois, le Tribunal ne peut que constater que cet avis médical, par trop succinct, se limite à examiner la capacité résiduelle de travail de la recourante uniquement dans des activités nécessitant un travail sur écran. De plus, l'appréciation de la Dresse D._____ n'a pas été soumise pour prise de position à un médecin SMR, ni traduite en terme d'incapacité de travail; une liste des activités encore exigibles de la recourante faisant également défaut. Or, bien que la recourante ait travaillé durant de nombreuses années malgré sa vision monoculaire dans le domaine de la blanchisserie, cela n'exclut pas que cette amblyopie soit problématique dans l'exercice d'autres professions. Force est ainsi de constater que l'établissement des faits est insuffisante sur ce point et qu'une expertise ophtalmologique aurait dû être conduite en l'espèce afin de déterminer clairement quelle influence la vision monoculaire de l'intéressée peut avoir sur sa capacité de travail dans des activités adaptées sur écran ou dans d'autres domaines. Par ailleurs, au vu des documents médicaux postérieurs à la décision entreprise versés en cause (cf. consid. 13.3), notamment des résultats de radiologie du 5 octobre 2010, une aggravation des lésions radiologiques semble être intervenue. On relèvera notamment une accentuation des ostéophytes de la rhizarthrose bilatérale, l'apparition d'une coxarthrose bilatérale débutante, et de gonarthrose externe bilatérale d'évolution modérée, confirmant ainsi les constatations du Dr B._____ faites en 2004 (OCAI pces 23 et 68). Par ailleurs, ces résultats de radiologies permettent une actualisation des données médicales concernant les atteintes du rachis dorsal et lombaire qui dataient en partie de 2003 (OCAI pce 127), comme mentionné par l'expert lui-même dans son expertise (p. 7).

E. 14.4

Dès lors, il apparaît au Tribunal qu'il sera également nécessaire de compléter et actualiser l'expertise rhumatologique dans le cadre de la reprise de l'instruction. La conduite d'une expertise bidisciplinaire - rhumatologique et ophtalmologique - devrait permettre au médecin SMR de fournir une appréciation globale des affections somatiques de la recourante, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité résiduelle de travail, notamment sur la base de résultats radiologiques actualisés.

E. 15

Partant, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 61 PA, dont l'application se justifie vu que l'instruction était manifestement lacunaire et insuffisante lors du prononcé de la décision attaquée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), doit admettre partiellement le recours du 2 mai 2010 et annuler la décision entreprise. La cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'elle procède à un complément d'instruction au sens de l'art. l'art. 61 PA, à savoir qu'il procède à une expertise rhumatologique et ophtalmologique, et prenne une nouvelle décision.

E. 16

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2.). Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 14 juin 2010 par A._____ lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'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) permet au Tribunal d'allouer à la

partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'espèce, la recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas fait valoir de frais indispensables et relativement élevés, de sorte qu'il ne lui est pas attribué de dépens.

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