

# **BVGer C-3657/2015 vom 15. Dezember 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3657\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3657_2015)

FR: TAF C-3657/2015 du 15 décembre 2017

IT: TAF C-3657/2015 del 15 dicembre 2017

## **Regeste**

Droit à la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

### **E. 1.2**

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant ledit Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurance sociale 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 ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.4**

En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), qui s'est acquittée de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA), le recours du 8 juin 2015 est recevable quant à la forme.

### **E. 2.1**

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge

n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

## **E. 2.2**

Au niveau du droit international, l'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 (i) au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au (ii) règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêts du TF 8C\_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 et 8C\_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2009, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

## **E. 2.3**

En l'occurrence, la recourante est une ressortissante espagnole résidant en Espagne, soit un Etat membre de l'Union européenne (AI pces 2 et 5). La décision attaquée ayant été rendue le 4 mai 2015, les dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date sont applicables. La date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b).

## **E. 3.1**

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4 ; cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; voir notamment arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

## **E. 3.2**

In casu, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit au 4 mai 2015.

## **E. 4.1**

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision

attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd. 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, no 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 121 V 204 consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, p. 25, no 1.55).

#### **E. 4.2**

En l'occurrence, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 4 mai 2015 ayant rejeté la demande de prestations de l'intéressée (AI pce 61). Le litige porte en particulier sur le point de savoir si les affections dont est victime la recourante ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

#### **E. 5.1**

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 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. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

#### **E. 5.2**

En l'espèce, il ressort des pièces figurant à la procédure que la recourante a adressé sa demande de prestations en avril 2014 (AI pce 5), de sorte que le délai de six mois au sens de l'art. 29 al 1 LAI s'est échu à la fin du mois de septembre 2014. Concernant le début de l'incapacité de travail de l'intéressée, aucun rapport médical n'arrête une date précise, mais il ressort du dossier que l'intéressée a consulté des médecins pour des dorsalgies dès 2010 (cf. AI pce 33). Par ailleurs, sa dernière activité s'est terminée le 2 octobre 2013 (cf. AI pces 36 p. 4 et 38). Au vu de ce qui précède, le délai d'un an d'incapacité de travail de 40% au moins au sens de l'art. 28 al. 1 LAI peut être considéré comme échu également à la fin du mois de septembre 2014. Partant, l'éventuel droit à la rente a pris naissance le 1er octobre 2014.

#### **E. 6.1**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

#### **E. 6.2**

En l'occurrence, il ressort de l'extrait de compte individuel de la recourante qu'elle a travaillé en Suisse de manière irrégulière de 1973 à 1989, pour un total de 196 mois, soit une durée totale de 16 années et 4 mois (AI pces 6, 19 et 20). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il reste ainsi à examiner si la recourante est invalide au sens de la loi.

### **E. 7.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

### **E. 7.2**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la 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 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329, consid. 1c).

### **E. 8.1**

Selon l'art. 69 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent 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 privés aux invalides.

### **E. 8.2**

Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352, consid. 3a et les références).

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties : arrêt du TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 ; arrêt du TF 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

### **E. 8.3**

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont 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. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité, 2011, n° 2920 ss). De plus, pour avoir une valeur probante, dits rapports présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. les arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du TF 9C\_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Valterio, op. cit. n° 2920).

### **E. 9.1**

En l'espèce, il ressort du dossier que les différents médecins s'accordent pour reconnaître que la recourante souffre d'atteintes à la santé sur le plan somatique uniquement et que ces atteintes se situent à trois différents endroits, à savoir au niveau du dos, des genoux et des tunnels carpiens.

### **E. 9.1.1**

Concernant sa colonne vertébrale, les médecins retiennent que l'intéressée souffre d'une scoliose (AI pces 8, 27, 32 p. 1, 33, 45, 53, 54, 55 et 56). Il ressort du dossier AI que cette scoliose a été diagnostiquée pour la première fois en 2010 par le Dr C. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 11 juin 2010, AI pce 33). Celui-ci a défini qu'il s'agissait d'une scoliose de concavité gauche lombaire avec une diminution discrète de l'espaces articulaire (au moins dans le côté concave de L2-L3) et a constaté en outre de petits ostéophytes lombaires (AI pce 33). Ce diagnostic a été confirmé au fil des ans par d'autres médecins, à savoir en 2012 par la Dresse D. \_\_\_\_\_ (complétant le diagnostic par une diminution asymétrique discrète aux espaces discaux D12-L1 et L1-L2 ainsi qu'une ostéoporose, AI pce 32 p. 2) ainsi qu'en 2014 par le Dr F. \_\_\_\_\_ (AI pce 27). La Dresse G. \_\_\_\_\_ constate en plus lors de l'examen physique une hyperlordose lombaire (AI pce 8 p. 5), diagnostic non repris par la suite par d'autres médecins. Aucun médecin ne retient une atteinte neurologique. En 2014, les examens cliniques de la colonne vertébrale de la recourante montrent que la mobilité de la colonne vertébrale est conservée et adéquate, une capacité de se mettre sur la pointe des pieds et les talons ainsi que l'absence de signes visibles de scoliose (cf. rapport E213 du 22 avril 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, AI pce 8 p. 5).

### **E. 9.1.2**

Au niveau des genoux, le diagnostic posé est des gonalgies d'arthrose fémoro-rotulienne des deux côtés (AI pces 8 p. 8 et 32 p. 1-2). En 2014, à l'examen physique, la mobilité des genoux est conservée avec une motricité et une marche normales (AI pce 8 p. 5). Lors de l'examen clinique des membres inférieurs, il a été constaté une mobilité conservée et adéquate, des genoux avec craquements dans les deux (gonflé à droite, de forme chronique), un arc de mobilité conservé, un genou gauche de valeur physiologique de 5° (AI pce 8 p. 5). L'évolution de cette pathologie est néanmoins décrite comme progressive et de processus chronique (AI pce 8 p. 8). Lors d'un même examen en 2015, il a été constaté au niveau des genoux une pression rotulienne douloureuse (unique élément douloureux découvert), pas d'inflammation ni d'hydarthrose, flexo-extension complète même si lors d'une extension forcée apparaît un inconfort, pas d'instabilités et enfin pas de signes méniscaux (AI pce 53 p. 5).

### **E. 9.1.3**

Enfin, l'intéressée souffre du syndrome du tunnel carpien (AI pces 8, 29, 30, 45, 53 p. 8 et 57). La Dresse E. \_\_\_\_\_ a constaté dans son rapport du 5 février 2013 des données compatibles avec une névropathie en raison de l'écrasement du nerf moyen droit et gauche à son passage du carpe, d'une intensité modérée dans le côté droit et d'une intensité légère dans le côté gauche (AI pce 30 p. 2). L'intéressée a ainsi été opérée du côté droit en 2013 (AI pces 8 et 29).

### **E. 9.2**

Les traitements pris par l'intéressée et recommandés par les médecins sont des analgésiques contre la douleur (not. diclofénac ; AI pces 8 p. 2, 53 p. 2, 54 et 55 p. 2). En outre, les limitations fonctionnelles retenues en 2014 et 2015 sont légères : éviter les lieux humides,

froids et avec fumée (gaz ou vapeur) ayant des risques de chutes, les tâches l'obligeant à se pencher fréquemment, à élever ou transporter des objets, des limitations peu importantes de surcharges lombaires et ne nécessitant pas d'aide d'autres personnes sur son lieu de travail (AI pces 8 p. 9-10 et 53 p. 8-9).

### **E. 9.3**

L'incapacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle (nettoyage / employée de maison) est estimée par les médecins l'ayant examinée à 0% en 2014 (Dresse G. \_\_\_\_\_ ; AI pce 8 p. 10) et en 2015 (Dr O. \_\_\_\_\_ ; AI pce 53 p. 10). Quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité de substitution adaptée, selon les mêmes médecins, celle-ci est de 100%, notamment en tant qu'employée dans l'administration (Dr O. \_\_\_\_\_ ; AI pce 53 p. 10) ou dans la supervision et le contrôle (Dresse G. \_\_\_\_\_ ; AI pce 8 p. 10).

### **E. 9.4**

Au vu des rapports médicaux qui précèdent, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin du SRM, a retenu les diagnostics (i) de lombalgies avec des changements dégénératifs modérés, (ii) de gonalgies d'arthrose fémoro-rotulienne et (iii) de status après le syndrome du tunnel carpien, opéré d'un côté (cf. prises de position médicales des 22 septembre 2014 et du 21 avril 2015, AI pces 39 et 60). Les limitations fonctionnelles prises en compte par le Dr H. \_\_\_\_\_ sont une position de travail assise et alternée (AI pce 39 p. 2) et constate ainsi l'absence de troubles fonctionnels pertinents justifiant une incapacité de travail (AI pce 39 p. 1). Le Dr H. \_\_\_\_\_ fixe, sans autres explications, l'incapacité de travail de l'intéressée à hauteur de 20% dans son activité habituelle. Ainsi, le SMR s'écarte de l'avis des médecins ayant examiné la recourante, à savoir les Dr O. \_\_\_\_\_ et Dresse G. \_\_\_\_\_ (cf. supra consid. 9.3) et ce faisant est plus généreux que ceux-ci. Par ailleurs, le Dr H. \_\_\_\_\_ fixe l'incapacité de travail de la recourante à hauteur de 0% dans des activités de substitution (celles-ci sont citées dans l'annexe II : activités de substitution exigibles, cf. AI pce 39 p. 4-5). Ce taux d'incapacité correspond à celui retenu par les médecins ayant examiné la recourante (cf. supra consid. 9.3). Enfin, il constate que l'intéressée est peu, voire pas limitée dans ses propres tâches ménagères habituelles, en tant qu'employée de maison ou dans une autre activité (AI pce 39). Au vu de ce qui précède, force est de constater que la prise de position du médecin du SMR est cohérente avec les diagnostics posés par les spécialistes s'étant préalablement prononcés et en adéquation avec leurs appréciations médicales sur l'état de santé de la recourante.

### **E. 10.1**

La recourante conteste l'appréciation présentée ci-dessus qui a été retenue par les spécialistes et le médecin SMR. Elle argue que ses atteintes à la santé causent une incapacité de travail à hauteur de 60-65% et qu'en raison de ses limitations, il lui est impossible de retrouver un travail dans son domaine d'activité mais également dans une quelconque autre activité (AI pces 46 et 65). Elle fournit alors un rapport médical du 20 octobre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie et en chirurgie orthopédique de la main et des nerfs périphériques, qui se base sur des prétendues radiographies (AI pce 44). Dit médecin retient que les lésions de sa patiente présentent un caractère progressif et irréversible et sont incompatibles avec l'activité habituelle de l'intéressée, de sorte que l'incapacité est totale et permanente pour ce motif (AI pce 44 p. 4).

### **E. 10.2**

Ce rapport est totalement en contradiction avec le reste de la documentation médicale présente au dossier AI. Il sied ainsi de relever que dans son rapport médical du 20 octobre 2014, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'apprécie pas l'état de santé de la recourante en relation avec les rapports médicaux préalablement rendus, de sorte qu'il n'explique pas les contradictions entre son avis médical et celui des autres spécialistes (not. rapport de radiologie du 23 janvier 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_, AI pce 27 et rapport médical E213 du 22 avril 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, AI pce 8). De plus, le Dr I. \_\_\_\_\_ allègue se baser sur des radiographies qu'il ne joint toutefois pas à son rapport. Enfin, le Tribunal constate que le rapport médical du Dr I. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans des activités adaptées, ni ne liste les limitations fonctionnelles de sa patiente et ne saurait dès lors présenter une quelconque valeur probante.

### **E. 10.3**

De plus, à réception du rapport médical du Dr I. \_\_\_\_\_, le SMR, même s'il doutait du sérieux de son contenu, a requis le 18 janvier 2015 des examens médicaux supplémentaires (neurologique et orthopédique ainsi qu'une radiographie des articulations du genou et de la colonne lombaire ; cf. AI pce 48). Ainsi, quatre nouveaux rapports médicaux ont été produits au dossier, à savoir un rapport médical de l'examen en radiographie lombaire (segments L3 à S1) du 17 décembre 2014 par le Dr L. \_\_\_\_\_ (AI pce 56), un rapport médical rendu le 9 mars 2015 par un neurologue, le Dr M. \_\_\_\_\_ (AI pce 54), un rapport médical rendu le 12 mars 2015 par un traumatologue, le Dr N. \_\_\_\_\_, examinant les cervicales, les lombaires, les épaules, les hanches et les genoux (AI pce 55) et enfin un rapport médical détaillé E213 du 31 mars 2015 du Dr O. \_\_\_\_\_ (AI pce 53). A titre liminaire, il sied de relever que ces rapports médicaux complémentaires ne permettent pas de confirmer le tableau médical douloureux décrit par le Dr I. \_\_\_\_\_ et sont en cohérence avec la documentation médicale antérieure audit rapport. Plus précisément, même s'il ressort des nouveaux rapports médicaux principalement des atteintes décrites au niveau lumbo-sacral, aucune atteinte neurologique n'a été constatée (rapport du Dr M. \_\_\_\_\_, AI pce 54) et de plus ces atteintes sont bien prises en charge uniquement avec des analgésiques contre la douleur selon le Dr M. \_\_\_\_\_, neurologue (AI pce 54) et par du diclofénac selon le Dr N. \_\_\_\_\_ (AI pce 55). Ainsi, par rapport aux rapports médicaux postérieurs au rapport du Dr I. \_\_\_\_\_, sont notamment posés les diagnostics de radiculopathie lumbo-sacrée par le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 mars 2015, AI pce 54), de prolapsus annulaire dégénératif des disques intervertébraux (L3, L4 et L5) plus élevé au niveau L4, de sténose d'évitements latéraux plus évidente sur le côté droit L3 et bilatérale en L5 ainsi que de serrage sévère en L4-L5 avec une plus grande affection à droite par le Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport du 17 décembre 2014, AI pce 53 p. 7) et d'arthrite dégénérative axiale et périphérique de prédominance au rachis lombaire par le Dr O. \_\_\_\_\_ (code CIE 716.8 ; cf. rapport E213 du 31 mars 2015, AI pce 53 p. 8). Quant au rapport médical du 12 mars 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, traumatologue, il ressort que l'intéressée souffre d'algies à différents niveaux des articulations en raison de changements dégénératifs plus symptomatiques au niveau lombaire et concluant à un tableau dégénératif modéré/avancé (AI pce 55). Par ailleurs, le Dr M. \_\_\_\_\_, neurologue, confirme le diagnostic déjà connu de scoliose (toutefois de concavité droite, AI pce 54). Partant, les nouvelles radiographies et les nouveaux examens médicaux ne montrent pas de signes d'aggravation ou de symptômes tels que décrits par le Dr I. \_\_\_\_\_ (not. arthrose cervicale avancée avec une dégénérescence discale sévère en C4-C5 et en C5-C6, sacrum arcuatum de niveau III, arthrose avancée fémoro-patellaire bilatérale, arthrose avancée de l'articulation acromi-claviculaire droite,

signes dégénératifs aux hanches et de séquelles du syndrome du tunnel carpien droit, AI pce 44). Enfin, le rapport E213 du Dr O. \_\_\_\_\_ retient l'absence d'affections neurologiques et constate une motricité (force et tonus musculaire) et une marche normale (AI pce 53 p. 5). Suite à un examen clinique effectué le 17 mars 2015 sur la personne de la recourante, il est constaté au niveau cervical une contracture au trapèze droit, une douleur en rotation maximale à droite et en flexion maximale, pas de signes radiculaires, concernant la colonne dorsolombaire une scoliose légère, l'absence de contractures, les rotations et les latéralisations étant conservées, pas de claudication sur les pointes ou les talons (cf. rapport E213 du Dr O. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2015, AI pce 53 p. 5). Le Tribunal constate qu'il ressort dudit examen clinique l'absence de contracture au niveau dorso-lombaire et l'absence totale de raideurs contredisant ainsi la thèse de l'existence de douleurs exacerbées. En outre, le Dr O. \_\_\_\_\_ arrête comme déficits fonctionnels des limitations peu importantes des surcharges lombaires (pouvant réaliser un travail régulier de difficulté moyenne, sans l'aide d'autres personnes sur le lieu de travail et à domicile, d'éviter les tâches l'obligeant à se pencher fréquemment ou à transporter des objets, AI pce 53 p. 8 et 9). Dit médecin fait ainsi état que l'intéressée peut travailler à temps plein dans son dernier travail dans le domaine du nettoyage ainsi que dans une activité adaptée telle qu'employé administratif (AI pce 53 p. 10). Force est de constater que la conclusion du Dr O. \_\_\_\_\_ est ainsi en cohérence avec les examens médicaux qu'il a effectué sur la recourante.

#### **E. 10.4**

Eu égard aux compléments médicaux précités, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin du SMR, a constaté l'absence d'aspects nouveaux et/ou de nouvelles maladies et a confirmé les diagnostics déjà connus, de sorte que l'impact sur la capacité de travail de A. \_\_\_\_\_ était inchangé. Dit médecin a également expliqué que l'intéressée a des lombalgies en raison de discopathies sans atteintes neurologiques et que selon les médecins les discopathies sont bien contrôlées avec des simples médicaments. Ainsi, l'intéressée peut effectuer des travaux légers sans qu'il soit excessif pour le squelette axial (TAF pce 60).

#### **E. 11**

Pour fonder sa décision (cf. AI pce 61), l'autorité inférieure se réfère aux prises de position du SMR, soit pour lui le Dr H. \_\_\_\_\_, des 22 septembre 2014 et du 21 avril 2015 (cf. AI pces 39 et 60). Ces rapports médicaux satisfont dans l'ensemble aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante, dès lors que le dossier AI contient l'exposé complet de l'état de santé de l'intéressée et le médecin du SMR apprécie un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. supra consid. 9 et 10). Le Tribunal de céans ne saurait s'éloigner des conclusions du service médical de l'OAIE, aussi dans la mesure où les pièces versées au dossier (en particulier le rapport médical du 20 octobre 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_, AI pce 44 ; cf supra consid. 10) ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions des rapports du service médical de l'OAIE. En outre, le Tribunal constate que, malgré des diagnostics alternatifs posés notamment par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 9 mars 2015 (radiculopathie lumbo-sacrale, AI pce 54) ou le Dr O. \_\_\_\_\_ le 31 mars 2015 (arthrite dégénérative axiale et périphérique de prédominance au rachis lombaire, AI pce 53 p. 8), l'intéressée ne souffre pas d'atteintes neurologiques, les examens cliniques sont généralement bons et les déficits fonctionnels arrêtés sont peu importants (cf. AI pce 53 p. 5, 8 et 9), de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de la prise de position du médecin du SMR concernant la capacité de travail de l'intéressée. De plus, il sied de relever que, même s'il était contesté la motivation trop succincte des rapports médicaux présents au

dossier AI (en particulier au niveau de la capacité de travail de l'intéressée), ceux-ci sont cohérents non seulement dans leur contenu mais également dans leur ensemble. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de requérir d'instructions supplémentaires qui ne feraient que de confirmer les atteintes déjà constatées et les mêmes conséquences qui en découlent notamment au niveau des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que l'intéressée est apte à travailler à 80% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité de substitution. Ces deux types d'activités constituent des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. En d'autres termes, la capacité de travail de la recourante est d'au moins de 80% dans toute activité observant les limitations fonctionnelles mises en évidence, y compris l'activité d'aide à domicile / aide de ménage. Une comparaison des revenus n'est dès lors pas nécessaire et le taux d'invalidité s'élève à 20%.

#### **E. 12**

Eu égard à l'âge de la recourante (née en 1954), il sied d'examiner si elle pouvait encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail et donc l'application de la jurisprudence sur l'âge avancé (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêts du TF 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 5 et 9C\_253/2017 du 6 juillet 2017 consid. 2.2.2 ; arrêt du TAF C-5340/2014 du 12 septembre 2017 consid. 11ss). Selon cette jurisprudence, même s'il incombe en règle générale à la personne assurée de diminuer le dommage en s'intégrant de son propre chef dans le marché du travail (cf. art. 7 LAI; ATF 123 V 96 consid. 4c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a), il faut toutefois tenir compte que lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3). En l'espèce, dès lors que la recourante a encore une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, ne s'applique pas la jurisprudence sur l'âge avancé qui examine uniquement dans quelle mesure l'assuré peut exploiter sa capacité de gain résiduelle dans une activité adaptée.

#### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité déposée par la recourante. Partant, la décision litigieuse du 4 mai 2015 doit être confirmée et le recours du 8 juin 2015 rejeté.

#### **E. 14.1**

A teneur de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF, en règle générale, les frais de procédure comprenant l'émolument d'arrêté, les émoluments de chancellerie et les débours sont mis, dans le dispositif, à la charge de la partie qui succombe. En matière d'assurance-invalidité, les frais judiciaires sont fixés en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doivent se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI).

#### **E. 14.2**

Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (cf. TAF pces 2 à 4). .

### **E. 14.3**

Conformément à l'art. 7 al. 1 a contrario du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), la partie qui succombe n'a pas droit aux dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. Vu en l'occurrence l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens à la recourante. De plus, aucun dépens n'est alloué à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF). (Le dispositif figure à la page suivante)

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