

BVGer C-3705/2011 vom 16. August 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3705_2011

FR: TAF C-3705/2011 du 16 août 2012

IT: TAF C-3705/2011 del 16 agosto 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1

Conduite du ménage

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, 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), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans 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. 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) 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 ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable. 2.

E. 2.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la

coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 2.2

L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574 /72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71. 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° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables.

E. 2.3

De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). 3. 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). 4. En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 30 mai 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 avec les réf.). Il sied de relever que la documentation médicale produite ultérieurement à la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet de mieux comprendre des atteintes à la santé antérieures à la décision dont est recours. 5. Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: - être invalide au sens de la

LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); - compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6. 6.1 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.

6.2 Un 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% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 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. 29 al. 4 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 lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.4 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 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 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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).

7. 7.1 La recourante a travaillé en Suisse durant les années 1978-98 puis encore deux mois en 2009. Retournée au Portugal, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

7.2 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.

7.3 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 exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode dite spécifique).

7.4 Pour déterminer s'il y a lieu d'appliquer la méthode spécifique, on tient compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative en admettant que l'assuré n'aurait pas exercé d'activité lucrative lorsque cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 2150).

7.5 La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête menée sur place (cf. art. 69 al. 2 RAI) par une personne qualifiée, laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). Le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (Valterio, op. cit., n° 2159).

L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (Valterio, op. cit., n° 2165). En raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels peut être effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Le médecin doit alors se déterminer de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.2.). En cas d'allégation de limitations par l'assuré sans relation avec les atteintes à la santé, celles-ci ne sauraient être retenues par le service médical de l'OAIE au profit d'une appréciation de ce service sur la base de la documentation médicale. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent en effet un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c). En l'espèce, il est vrai que le questionnaire sur les limitations dans les tâches ménagères n'a pas été rempli avec l'aide d'un médecin mais par la seule assurée. Toutefois, force est de constater que l'assurée même ne déclare pas présenter de limitations notables dans ses tâches habituelles.

8. 8.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

8.2 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).

9. 9.1 En l'espèce l'intéressée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son retour au Portugal en 1998. Son activité de 2 mois en Suisse en 2009 n'est pas déterminante vu la brève période pendant laquelle elle a été exercée. En ce qui concerne l'arrêt de cette activité en 1998, il convient de relever qu'il n'y a aucune pièce médicale au dossier permettant de faire remonter une incapacité de travail à cette date. Seule l'assurée, dans le questionnaire du 26 janvier 2011, mentionne qu'elle souffre des séquelles d'une chute remontant à cette époque. Il n'y a donc pas d'indices concrets suffisants permettant de retenir que l'assurée aurait arrêté en 1998 son activité lucrative pour des raisons médicales ou qu'elle aurait entretemps voulu reprendre un travail. Son invalidité doit ainsi être évaluée en application de la méthode spécifique compte tenu de ses empêchements dans l'accomplissement des tâches domestiques.

9.2 Sur le plan somatique il est avéré sur la base de l'ensemble de la documentation médicale au dossier fournie par l'intéressée que celle-ci souffre de polyarthralgies sur toute la colonne vertébrale, aux articulations des bras, des mains, des hanches, des genoux, des chevilles, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'une tendynopathie dégénérative de l'épaule droite dans un cadre fibromyalgique associé à un syndrome dépressif. Le rapport E 213 du 18 février 2011 relève toutefois un status général apparent normal, une mobilité de la colonne vertébrale douloureuse mais non limitée, une bonne mobilité des membres supérieurs et inférieurs, une force, un tonus musculaire et une marche sans altération et note la possibilité d'une activité adaptée à raison de 4 heures par jour. Ce constat est compatible avec l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée dans les tâches domestiques établie par la Dresse E._____.

Selon le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage rempli le 26 janvier 2011 par l'intéressée, il appert que celle-ci effectue en effet l'ensemble des tâches courantes dans le ménage, lequel est composé d'elle-même et de son mari, à l'exception des tâches lourdes effectuée par une tierce personne à raison de 4 heures par semaine. La Dresse E._____ a ainsi estimé sur la base des indications de l'assurée et de la documentation médicale au dossier que l'incapacité de travail dans les tâches domestiques pouvait être estimée à 12%. Ce taux ne paraît pas être erroné vu ses atteintes à la santé et compte tenu du fait qu'il est normal que l'intéressée bénéficie aussi de l'aide de son mari pour les tâches plus lourdes.

9.3 Dans le cadre de la procédure de recours l'intéressée a fait valoir une nouvelle documentation médicale qui a confirmé les atteintes somatiques et qui a mis l'accent sur le syndrome dépressif affectant l'assurée, qualifié de sévère. Il appert du dossier que celui-ci est lié aux atteintes somatiques. Toutefois, comme l'a relevé la Dresse E._____ dans son rapport du 27 février 2012, il est essentiellement allégué comme sévère par le Dr D._____ sans être documenté en référence à une consultation psychiatrique, aucun signe objectif d'état dépressif sévère n'étant décrit. Il convient en outre de souligner que le rapport du Dr D._____ est trop succinct pour lui reconnaître une valeur probante. Par ailleurs la Dresse E._____ releva que la Dresse C._____ n'indiquait pas le syndrome dépressif comme invalidant dans son rapport du 20 avril 2010. Il s'ensuit de ce qui précède, en accord aussi avec l'appréciation du rapport E 213 sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressée,

qu'il peut être retenu, sans devoir recourir à une expertise psychiatrique complémentaire par appréciation anticipée de son résultat au vu des pièces au dossier (cf. ATF 135 V 2 consid. 1.3), que les atteintes à la santé de l'assurée ne limitent pas sa capacité de travail à 40% au moins dans les tâches ménagères même si pour certaines tâches l'assurée doit recourir à l'aide de tiers de sa famille ou extérieurs, en l'occurrence à raison de quatre heures par semaine. Le recours doit dès lors être rejeté. 10. Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler 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 qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3). 11. 11.1 Vue l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction. 11.2 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

E. 5

0 0.00% 2 Alimentation

E. 10

0.00% 3 Entretien du logement 5 20 20

E. 15

4.50% 4 Achats 5 10 10

E. 20

10 2.00% 6 Soins aux enfants 0 30 0 0 2.00% 7 Divers 0 50 0 0 0.00% Total 100/100
12.00% C. Par projet de décision du 28 mars 2011 l'OAIE informa l'assurée qu'il était apparu de son dossier qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail moyenne suffisante de 40% au moins, pendant une année, en ce sens que malgré l'atteinte à la santé, l'accomplissement des tâches habituelles était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et qu'en conséquence la demande de prestations devrait être rejetée (pce 22). L'intéressée n'ayant pas réagi à ce projet, l'OAIE lui notifia la décision de rejet de sa demande selon les termes du projet de décision en date du 30 mai 2011 (pce 23). D. L'assurée interjeta recours contre cette décision par acte du 28 juin 2011 faisant valoir que celle-ci était injuste car elle ne pouvait effectivement pas travailler. Elle conclut au réexamen des pièces au dossier et cas échéant à ce que son dossier soit complété de pièces à lui demander (pce TAF 1). Par réponse au recours du 31 août 2011, l'OAIE proposa son rejet. Il fit valoir que l'invalidité des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative était évaluée en fonction de leur empêchement à accomplir leurs travaux habituels et qu'il était apparu du dossier, selon son service médical, que sa capacité de travail n'était pas diminuée de façon déterminante, qu'en l'occurrence son empêchement était de 12% selon l'évaluation faite à l'aune des critères applicables aux personnes travaillant dans le ménage, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente vu le seuil de 40% (pce TAF 3). Invitée à déposer

une réplique par ordonnance du 6 septembre 2011 notifiée le 11 septembre suivant (pces TAF 4 s.), la recourante ne répondit pas. E. Par décision incidente du 20 octobre 2011 le Tribunal de céans requit de la recourante une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 6-9). Elle joignit à son avis de paiement un rapport médical manuscrit daté du 5 novembre 2011, 2 compact-discs et des photographies de radios datées du 15 septembre 2011 (cf. pce TAF 8). Par un envoi ultérieur du 30 janvier 2012, requis en raison de l'illisibilité de cette documentation, l'intéressée produisit un rapport médical dactylographié du Dr D._____, chef de service de médecine générale, du 30 janvier 2012, et sa médication en cette date. Les compact-discs précités ne furent pas joints en une nouvelle gravure (pce TAF 16). F. Invité à se déterminer sur cette dernière documentation médicale, l'OAIE requit de la Dresse E._____ une prise de position. Dans son rapport du 27 février 2012, ce médecin nota que le Dr D._____ faisait état d'un état dépressif sévère, de migraines, d'un syndrome vertébral avec irradiation des douleurs, en aggravation depuis les deux dernières années, atteintes altérant la qualité de vie de l'assurée et augmentées lors des mouvements actifs et passifs de flexions, extensions et rotations de la colonne cervicale et lombaire, de plaintes d'algies en relation avec une arthrose coxo-fémorale bilatérale, d'un suivi en consultation de la douleur et en orthopédie. Elle nota que l'état dépressif mentionné comme sévère par le Dr D._____ était une allégation ne se rapportant à aucun rapport ni consultation psychiatrique et ne décrivait aucun signe objectif d'état dépressif sévère. La Dresse D._____ nota que les radiographies montraient des troubles dégénératifs cervicaux, dorso-lombaires étagés et que l'articulation des hanches était mal visualisable en raison d'un manque de contraste. Elle fit part du contenu du rapport manuscrit du 5 novembre 2011 attribué au Dr B._____, orthopédiste, relevant des polyarthralgies depuis des années aggravées progressivement, des douleurs à la palpation des apophyses épineuses de la colonne cervicale et lombaire, exacerbées par les mouvements actifs et passifs de flexions extensions et rotations, des douleurs des hanches, atteintes empêchant le déroulement normal d'une activité professionnelle. Elle releva une bonne mobilité des membres inférieurs et supérieurs selon le rapport E 213 du 18 février 2011, une mobilité douloureuse de la colonne vertébrale mais sans limitations, une démarche et des mouvements normaux et releva que le rapport du 20 avril 2010 de la Dresse C._____, consultation de la douleur, faisait état de discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale dorso-lombaire, du bassin et des mains associés à un diagnostic de fibromyalgie dans le cadre d'une pathologie ostéoarticulaire dégénérative et d'un syndrome dépressif. Elle releva de plus que l'état dépressif n'était pas indiqué comme invalidant dans le suivi de la consultation de la douleur mais était associé au tableau de la fibromyalgie au long cours. Sur cette évaluation du dossier la Dresse E._____ maintint sa précédente prise de position confirmant une invalidité dans les tâches ménagères de 12% (pce 27). Par duplique du 22 mars 2012, l'OAIE, se fondant sur la détermination de son service médical, réitéra ses conclusions proposées dans son préavis du 31 août 2011 (pce TAF 18). G. Invitée par le Tribunal de céans à se déterminer sur la duplique de l'OAIE par ordonnance du 28 mars 2012 (pce TAF 19), la recourante ne répondit pas. Droit : 1.