

BVGer C-5463/2007 vom 11. Mai 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5463_2007

FR: TAF C-5463/2007 du 11 mai 2010

IT: TAF C-5463/2007 del 11 maggio 2010

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

E. 2.1

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable 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). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n°

1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 2.2

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 26 juillet 2007 et marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2), les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

E. 3

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

E. 4

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

E. 5.2

Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 5.3

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une

incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version valable dès le 1er janvier 2004; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

E. 5.4

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1ter LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

E. 5.5

Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques, respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent, liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 6.1

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale. Quant à l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne

saurait exiger qu'ils en exercent une, elle est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA).

E. 6.2

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

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de

l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il contient les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1; voir consid. 8.3). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire. Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

E. 7.2

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

E. 7.3

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

E. 8.1

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.2

Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

E. 8.3

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

pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 9.1

En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal de céans constate en effet que la recourante a travaillé de 1985 à 1992, abandonnant son travail en Suisse en raison de son retour au Portugal où elle n'a toutefois pas repris d'activité lucrative, alors que ses ennuis de santé, apparus quelques années plus tard, ne justifiaient pas un tel arrêt. D'ailleurs, aucun acte versé au dossier n'indique que l'assurée ait eu l'intention, depuis 1992, de reprendre une activité lucrative, même après que ses enfants, petits en 1992, ont grandi. La recourante, sans formation, n'a du reste pas fait valoir avoir cherché à exercer une activité lucrative. Dès lors, l'autorité de céans considère que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi son activité de ménagère et n'aurait pas repris d'activité lucrative, de sorte que son invalidité doit être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, au moyen de la méthode spécifique.

E. 9.2

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

E. 9.3

Il convient de relever que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références, ATF 117 V394 consid. 4b p. 400, ATF 115 V 38 consid. 3d, ATF 114 V 281 consid. 3, ATF 111 V 235 consid. 2a). Le fait que l'assuré ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Ainsi, afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré qui s'occupe du ménage, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés; l'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches. Il sied de préciser à cet égard qu'une incapacité relevante ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé. Le fait que le devoir d'assistance mutuelle entre conjoints

et entre parents et enfants ne soit pas réalisable ou exécutoire directement, pour autant qu'il soit fondé sur la bonne volonté et librement consenti, n'influe pas sur l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré travaillant dans le ménage. En effet, il faut considérer, dans le domaine du travail domestique, ce qui, dans une réalité sociale, est usuel et exigible, indépendamment du fait que l'assistance soit effectivement réalisable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). A noter que la jurisprudence rendue sur l'application de la méthode spécifique n'a pas été modifiée du fait de l'entrée en vigueur de la LPGA.

E. 10

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 V 93). Malgré qu'en règle générale, une telle enquête ne soit pas réalisée auprès des assurés résidant à l'étranger, l'appréciation de l'incapacité de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels doit néanmoins, dans la mesure du possible, se fonder sur des principes analogues. Cette appréciation reposera en particulier sur une documentation médicale et sur le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, bien que celui-ci, habituellement rempli par les assurés eux-mêmes, ne puisse être assimilé à un rapport d'enquête sur les activités ménagères effectué par un enquêteur habilité, auquel la jurisprudence reconnaît, en principe, valeur probante. Ce document ne peut donc, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'Office AI (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

E. 10.1

En l'espèce, il est établi que la recourante présente un status après opération pour hernie discale en octobre 2006 et des troubles dégénératifs de la colonne, ainsi qu'un status après cholécystectomie en juillet 2007. Il est également fait état en particulier de polyarthralgies, d'un trouble dépressif, d'une hystérectomie totale subie en février 2006 et d'un goitre multinodulaire. Faute d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail pertinente pour la détermination du début du droit à la rente.

E. 10.2

S'agissant précisément de l'influence de la pathologie décrite sur la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels, il ressort notamment du questionnaire pour assurés

travaillant dans le ménage du 5 janvier 2007, que A. _____ a elle-même rempli et signé, qu'elle est encore capable de prendre en charge les tâches ménagères, toutefois avec l'aide de son mari. Ainsi, l'assurée admet être en mesure de conduire le ménage et de s'occuper de ses enfants, qui toutefois, à la date du questionnaire, ont 14, 19 et 24 ans. S'agissant de l'alimentation, l'assurée déclare préparer les repas de manière autonome; il en est de même de la vaisselle et du nettoyage de la cuisine, cependant dans une moindre mesure.

Concernant l'entretien de la maison individuelle de 6 pièces dans laquelle vit la famille, l'assurée affirme ne pas nettoyer les sols, ni les vitres, et ne pas faire les lits. Elle indique également ne pas pouvoir faire la lessive, alors que la famille dispose d'une machine à laver, ni étendre et dépendre le linge, ni repasser, raccommoder ou coudre. Pour les achats, la recourante déclare s'en charger avec son mari; les magasins, où ils se rendent en voiture, sont situés à 5 km environ de leur habitation. Enfin, elle n'effectuait pas, avant l'atteinte à la santé, et n'effectue toujours pas de tâches particulières, telles que l'entretien de plantes ou d'un jardin, la garde d'animaux domestiques, le soin à des tiers, la confection et la transformation de vêtements ou encore une activité publique. L'assurée relève qu'elle recourt, pour l'entretien du ménage ou pour d'autres tâches, à l'aide des membres de sa famille et non pas à celle de personnes étrangères au ménage. Il résulte ainsi du questionnaire du 5 janvier 2007 que la recourante peut encore s'acquitter seule d'une majeure partie des activités du ménage et qu'elle a développé, pour le reste, des méthodes de travail, en y intégrant de manière adéquate l'aide que peuvent lui apporter les membres de sa famille, de sorte qu'elle n'a pas besoin d'une aide extérieure devant être rémunérée.

L'autorité de céans constate en outre que les informations fournies par la recourante sont crédibles, de sorte qu'il convient d'en tenir compte. Toutefois, attendu qu'elles proviennent de l'assurée elle-même et non pas d'une personne extérieure chargée d'une enquête ménagère, il y a lieu d'examiner également sur la base de la documentation médicale versée au dossier dans quelle mesure l'assurée subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques.

E. 10.3

Sur le plan médical, il est à retenir que parmi les rapports médicaux versés au dossier par la recourante, qui contiennent nombre de diagnostics détaillés, rares sont ceux qui font état de limitations fonctionnelles, liées aux atteintes à la santé, ou d'une éventuelle incapacité de travail. Ainsi, seul le Dr N. _____ se prononce à cet égard, déclarant dans son attestation médicale du 6 juin 2008, que l'activité quotidienne de la recourante se trouve limitée de manière significative en raison de cervicalgies chroniques. Au surplus, les Desses K. _____ et B. _____ notent, le 19 octobre 2005 et le 17 novembre 2005 respectivement, que les polyarthralgies dont souffre l'assurée s'aggravent lors d'efforts et s'atténuent au repos. De leur côté, se fondant sur les documents versés au dossier, les Drs I. _____ et P. _____, du service médical de l'OAIE, ont retenu les diagnostics de status après opération pour hernie discale en octobre 2006, de troubles dégénératifs de la colonne et de trouble dépressif, estimant que ces diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr I. _____ constate ainsi, dans son avis du 4 mai 2007, confirmé par celui du 19 juillet 2007, l'absence d'atteinte incompatible avec le travail de ménagère et une invalidité de 0%. Il est suivi dans ses conclusions par le Dr P. _____, qui estime, dans ses avis des 29 janvier et 22 août 2008, qu'aucune limitation fonctionnelle de l'activité, propre à justifier une rente d'invalidité, n'est établie avec vraisemblance. Ces médecins considèrent en effet que les troubles ostéoarticulaires de la recourante sont minimes malgré l'opération de la hernie discale, et que la cholécystectomie de juillet 2007,

qui s'est déroulée sans complications, n'a pour conséquence qu'une incapacité de travail de quelques semaines, sans séquelles fonctionnelles par la suite. Sur le plan psychiatrique, le Dr I._____ juge que l'état dépressif dont il est fait état est vraisemblablement mineur, vu l'absence de prise en charge psychiatrique, et sans effet sur la capacité de travail dans le ménage, avis suivi par le Dr P._____.

E. 10.4

En l'espèce, l'autorité de céans n'a pas de motifs de se distancer des conclusions du service médical de l'OAIE, qui se fondent sur une analyse attentive et répétée des données médicales et résultats d'examens objectifs contenus dans le dossier, lesquels ne sauraient remettre en question l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée par les Drs I._____ et P._____, quand bien même les conclusions qui y sont énoncées, s'agissant avant tout du Dr N._____, sont différentes de celles des médecins du service médical de l'OAIE.

E. 10.4.1

En effet, l'attestation médicale, datant du 6 juin 2008, dans laquelle le Dr N._____ note une limitation significative de l'activité quotidienne de l'assurée en raison de cervicalgies, est postérieure à la décision litigieuse du 26 juillet 2007, de sorte qu'elle n'est prise en compte que dans la mesure où elle concerne la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période allant jusqu'au 26 juillet 2007, date de la décision litigieuse. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque l'attestation du Dr N._____ relate et évalue la situation de la recourante au moment où elle est rédigée. Tout au plus pouvons-nous retenir ce document lorsqu'il parle de la décompression de la racine S1 subie du 2 au 3 décembre 2006 (recte: 3 octobre 2006), qui n'aurait pas apporté d'amélioration significative. Toutefois, le médecin ne précise pas s'il s'agit du constat d'une nouvelle dégradation de l'état de la racine S1 au moment de la rédaction de l'attestation de juin 2008 ou si l'opération de la hernie n'a jamais amélioré l'état de l'assurée. En outre, il ne décrit pas quelles ont pu être, en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles, les conséquences du fait que l'opération n'aurait pas eu l'effet escompté. Il sied de noter encore, à cet égard, que les médecins du service médical de l'OAIE n'ont pas considéré que la capacité de travail de la recourante s'était modifiée entre la période précédant l'opération de la hernie et celle la suivant, puisqu'ils ont estimé que cette capacité était entière avant comme après. Il est à signaler enfin que quelles qu'aient été les suites de la décompression de la racine S1 selon le Dr N._____, il apparaît que les examens versés au dossier, effectués, d'ailleurs à la demande de ce médecin, après cette opération, en particulier la tomographie axiale de mai 2008, ne portent pas sur la racine S1, mais sur la colonne cervicale et font état d'atteintes que rapporte également le Dr N._____ dans son attestation du 6 juin 2008 et qui seraient, elles, la cause des limitations significatives dans l'activité quotidienne de l'assurée. En outre, le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, dont il ressort que la recourante est encore capable de prendre en charge son ménage, moyennant une aide de la part de ses proches, a été complété après l'opération de la hernie. Notons, par souci de complétude, que le Dr N._____ a rapporté, dans son attestation, succincte, du 8 juin 2007, une « aggravation de la situation » sans qu'on puisse toutefois déterminer, en l'absence de tout élément objectif, s'il s'agit de la hernie opérée en octobre 2006 ou d'autres atteintes à la santé, ni dans quelle mesure a lieu cette aggravation, et sans qu'on puisse en déduire une modification de la capacité de travail de la recourante. D'ailleurs, les Drs I._____ et P._____ n'ont pas ignoré l'opération de la hernie, de même que, faisant référence dans

l'avis du 19 juillet 2007 aux douleurs dont se plaint l'assurée, ils ont également tenu compte des polyarthralgies dont les Dresses K. _____ et B. _____ disent, dans leurs rapports des 19 octobre et 17 novembre 2005, qu'elles s'aggravent lors d'efforts et s'atténuent au repos; ils ont considéré cependant que les troubles ostéoarticulaires étaient minimes malgré l'opération de la hernie et, tout comme les douleurs ressenties par l'assurée, sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui n'est pas contredit par les actes versés au dossier, et notamment par les Dresses K. _____ et B. _____ qui n'ont pas décrit de limitation fonctionnelle particulière ou conclu à une incapacité de travail en raison des polyarthralgies. S'agissant encore de la cholécystectomie par laparoscopie effectuée le 11 juillet 2007, le Dr P. _____ a estimé que cette intervention, sans séquelles fonctionnelles, ne justifiait qu'une incapacité de travail de quelques semaines et qu'elle ne réduisait pas la capacité de travail de l'assurée à moyen et long terme, appréciation convaincante dans la mesure notamment où les documents médicaux produits par la recourante, postérieurs à la cholécystectomie, et en particulier l'attestation du Dr N. _____ du 6 juin 2008 qui mentionne cette opération, ne font état d'aucun élément qui justifierait une prolongation de l'incapacité de travail.

E. 10.4.2

Sur le plan psychiatrique, la Cour de céans, suivant là encore l'avis des médecins du service médical de l'OAIE, relève que l'état dépressif que signalent certains rapports médicaux n'est pas de nature à modifier les conclusions de pleine capacité de travail de l'assurée. En effet, aucun des médecins ayant rapporté ce syndrome dépressif ne le décrit plus avant, se contentant de le mentionner sans plus de détails; de même, aucun n'en précise les incidences fonctionnelles, ni ne fait état d'une limitation de la capacité de travail de la recourante en raison de ce trouble, le Dr I. _____, qui l'a d'ailleurs retenu dans son avis du 19 juillet 2007, l'estimant mineur et sans influence sur la capacité de travail, avis suivi par le Dr P. _____. Certes, la recourante a produit un guide de traitement, établi par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et maladies nerveuses, sur lequel figurent des médicaments et qui indique à quel moment de la journée ces médicaments doivent être pris. Toutefois, le Dr F. _____, seul psychiatre connu parmi les médecins ayant rédigé des rapports versés au dossier, ne note pour sa part aucun diagnostic et encore moins d'éléments relatifs à la capacité de l'assurée dans le ménage. Dès lors, aucun élément au dossier ne permet de considérer que le syndrome dépressif allégué restreindrait la capacité de travail de la recourante dans l'accomplissement de ses travaux habituels, les documents à disposition étant par ailleurs suffisamment concordants à cet égard pour ne pas rendre nécessaires des examens complémentaires. Enfin, il sied de souligner que les conclusions des Drs I. _____ et P. _____ s'avèrent convaincantes également au vu des informations données par la recourante dans le questionnaire du 5 janvier 2007.

E. 10.5

Il appert ainsi, au regard des données médicales à disposition, suffisantes pour se prononcer en l'espèce, que la recourante ne présente aucune incapacité de travail dans les tâches ménagères, mis à part quelques semaines à partir du 11 juillet 2007, suite à la cholécystectomie. Or, même s'il devait s'avérer, en raison de cette opération, que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% au moment de la décision litigieuse, celle-ci datant du 26 juillet 2007, force est pour l'autorité de céans d'admettre, en accord avec l'autorité inférieure, que jusqu'à la date de la décision litigieuse, la recourante n'a pas subi d'incapacité pertinente d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable, au sens

des dispositions légales en vigueur, et était toujours en mesure d'assumer la conduite de son ménage en associant, dans une mesure exigible, les membres de sa famille aux travaux présentant des difficultés particulières pour elle. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 26 juillet 2007 confirmée.

E. 11

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 300.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction. En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 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]).

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