

BVGer C-5585/2007 vom 18. Juni 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5585_2007

FR: TAF C-5585/2007 du 18 juin 2010

IT: TAF C-5585/2007 del 18 giugno 2010

Regeste

Evaluation de l'invalidité

Erwägungen

E. 1

Conduite du ménage

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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. 2.

E. 2

/ 5

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 12 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. 3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité. 4. Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. 5.

E. 5

0% 0% 2 Alimentation

E. 5.1

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

E. 5.2

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

E. 5.3

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

E. 5.4

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

E. 5.5

Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques, respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent, liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c). 6. 6.1 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale. Quant à l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé

physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils en exercent une, elle est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA). 6.2 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées). 7. 7.1 Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient les résultats de l'examen des conditions médicales du

droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1; voir consid. 8.3). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 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).

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

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

8.

8.1 La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est

suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b). 8.2 Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). 8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 et les références citées et I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATF 123 V 175 consid. 3d, ATF 122 V 157 consid. 1d). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 9. 9.1 En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal de céans constate en effet que la recourante a travaillé de 1978 à 1993, avec deux interruptions, l'une d'environ 3 ans, l'autre d'un peu plus d'un an, et qu'elle a abandonné définitivement son travail en Suisse en raison de son retour en Espagne où elle n'a toutefois pas repris d'activité lucrative, alors que ses ennuis de santé, apparus plus tard, en 1995 d'après la plupart des documents médicaux (OAIE pces 9, 11, 14), ne justifiaient pas un tel arrêt. D'ailleurs, aucun acte versé au dossier n'indique que l'assurée ait eu l'intention, depuis 1993, de reprendre une activité lucrative, et la recourante, sans formation, n'a pas fait valoir avoir cherché à exercer une telle activité.

Dès lors, l'autorité de céans considère que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi son activité de ménagère et n'aurait pas repris d'activité lucrative, de sorte que son invalidité doit être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, au moyen de la méthode spécifique. 9.2 L'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. 9.3 Il convient de relever que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références, ATF 117 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 souffre principalement, depuis 1995, d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive. Il est également fait état, en particulier, de troubles au niveau psychiatrique, ainsi que d'allergies, d'une adénopathie en août 2003, d'un kyste arachnoïdien en 2005 et d'un lumbago en mai 2007. Faute d'un état de santé stabilisé, la polyarthrite évoluant par poussées et récidivant de manière chronique, ainsi que le relève le Dr F. _____ dans son avis du 31 mars 2007, 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 11 décembre 2006, 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, malgré la fatigue que cela entraîne, de conduire le ménage et de s'occuper des membres de sa famille, au sujet desquels il convient toutefois de noter qu'il s'agit uniquement d'adultes, soit l'époux de la recourante et leur fils, âgé de 25 ans à la date du questionnaire. S'agissant de l'alimentation, l'assurée déclare préparer les repas de manière autonome, et, parfois, éplucher et couper les légumes et les fruits; de même, elle se charge quelquefois du nettoyage de la cuisine, mais, en l'absence de machine prévue à cet effet, ne lave pas la vaisselle. Concernant l'entretien de la maison individuelle de cinq pièces dans laquelle vit la famille, l'assurée affirme faire les lits, mais ne pas nettoyer les sols, ni les vitres. Elle indique également ne pas pouvoir repasser, tricoter ou coudre, mais s'occupe de faire la lessive et d'étendre et dépendre le linge. Pour les achats, la recourante déclare ne s'en charger qu'avec une aide; les magasins, où son mari la conduit en voiture, sont situés à 2 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 d'un jardin, l'élevage d'animaux, 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 précise encore que lorsqu'elle va très mal, elle a besoin d'aide également pour se laver et s'habiller. Il résulte ainsi du questionnaire du 11 décembre 2006 que la recourante peut s'acquitter seule d'une grande 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 et en particulier son mari. L'autorité de céans constate en outre que les informations fournies par la recourante dans le questionnaire du 11 décembre 2006 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

Ainsi, le rapport E 213 du 30 mars 2006, qui se prononce à cet égard, indique un bon fonctionnement physique, bien que certaines articulations soient douloureuses, et conclut que la recourante a la capacité d'exercer de manière régulière une activité légère, qui n'exige pas fréquemment d'elle qu'elle se penche et qu'elle soulève et transporte des objets. Le Dr C. _____ note, pour sa part, le 14 novembre 2006, que l'assurée présente des altérations fonctionnelles articulaires depuis 2002, pour lesquelles elle suit un traitement de réadaptation. Quant aux Desses E. _____ et D. _____, elles estiment, dans leurs rapports respectifs du 1er décembre 2006 et du 25 avril 2007, que l'assurée a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, notamment pour les tâches ménagères, et que son état ne lui permet pas d'exercer un quelconque travail à l'extérieur de la maison, avis qu'a confirmé la Dresse D. _____ dans un document du 7 août 2007, toutefois postérieur à la décision litigieuse du 12 juillet 2007. Enfin, l'équipe d'évaluation et d'orientation de la commune de X., Direction générale des services sociaux, a retenu, dans ses résultats d'expertise du 15 octobre 2007, un degré d'incapacité de 50%, pour des raisons physiques et psychiques. De son côté, se fondant sur les documents versés au dossier, le Dr F. _____, du service médical de l'OAIE, retient le diagnostic de polyarthrite séropositive érosive, posé en 1995, et note, dans ses avis rendus tant au cours de l'instruction de la demande de prestations qu'en procédure de recours, que cette maladie, douloureuse et handicapante, récidive de manière chronique. Il constate par ailleurs que, grâce à l'administration des traitements les plus récents, la rémission s'avère satisfaisante, bien qu'incomplète, la douleur n'étant que partiellement atténuée, et estime qu'en conséquence, la recourante est clairement empêchée dans la préparation des repas et, en particulier, dans l'entretien du logement. Se référant aux conclusions du rapport E 213 et après avoir procédé à l'appréciation de l'invalidité de la recourante, il juge que les incidences fonctionnelles des atteintes à la santé dont souffre celle-ci réduisent sa capacité de travail dans ses activités usuelles à hauteur de 35%, et ce dès 1995. Sur le plan psychiatrique, le Dr F. _____ observe, dans sa prise de position du 16 avril 2008, que si le rapport du Dr G. _____ du 6 mars 2008 fait état d'un trouble dépressif manifestement traité avec succès en 2001, suite à une thérapie de huit mois, il ne contient aucune indication sur l'état psychique actuelle de l'assurée.

E. 10.4

En l'espèce, l'autorité de céans n'a pas de motifs de se distancer des conclusions du Dr F. _____, lesquelles se fondent sur une analyse attentive et répétée des données médicales et résultats d'examens objectifs contenus dans le dossier. D'ailleurs, ceux qui, parmi les

documents produits, se prononcent à ce propos, ne remettent en cause ni les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. _____, qui, à cet égard, se réfère au rapport E 213, ni son appréciation de la capacité de travail de l'assurée, quand bien même les résultats de l'expertise du 15 octobre 2007 de l'équipe d'évaluation et d'orientation de la commune de X., laquelle a retenu un degré d'incapacité de 50%, divergent des conclusions du médecin AI.

E. 10.4.1

En effet, le Dr F. _____ n'a pas ignoré les douleurs et difficultés rencontrées par la recourante en raison de son état de santé, puisqu'il a déclaré que la maladie dont souffre l'assurée est douloureuse et handicapante, et que malgré une bonne efficacité des traitements, la douleur demeure. De même, se fondant sur le rapport E 213, plus précis à cet égard que le rapport du Dr C. _____ et qui, remplissant pour l'essentiel les exigences jurisprudentielles en la matière, est le plus motivé et détaillé des documents médicaux versés au dossier, excepté les avis du service médical de l'OAIE, le Dr F. _____ a tenu compte des limitations fonctionnelles dues à l'état de santé de l'assurée et donc de l'aide qui lui est nécessaire, reconnaissant clairement une incapacité de la recourante dans les domaines de l'alimentation et surtout de l'entretien du logement, qui comprennent des tâches lourdes, comme le nettoyage des sols, des vitres et de la cuisine. Dans ces domaines, il a d'ailleurs retenu, dans l'appréciation de l'invalidité de l'assurée, des degrés d'incapacité de 40% (alimentation) et 50% (entretien du logement), justifiés de l'avis de la Cour de céans dans la mesure où les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse B. _____ n'impliquent pas, malgré tout, une inaptitude totale dans l'exercice de telles activités. A ce propos, si les Dresses E. _____ et D. _____, cette dernière étant spécialiste en rhumatologie et médecin-traitant de la recourante, ont affirmé, dans leurs rapports respectifs du 1er décembre 2006 et du 25 avril 2007, que l'assurée est totalement incapable de travailler hors de la maison, elles n'ont pas conclu de même s'agissant des activités de la vie quotidienne, notamment des tâches ménagères, estimant qu'à cet égard la recourante a besoin d'aide, sans pour autant la déclarer dans l'incapacité totale d'effectuer ce type d'activités et sans non plus déterminer avec plus de précision le degré d'incapacité de l'assurée dans le ménage.

E. 10.4.2

S'agissant des résultats de l'expertise du 15 octobre 2007 de l'équipe d'évaluation et d'orientation de la commune de X., sur la base desquels la Directrice générale des services sociaux a rendu une décision reconnaissant à A. _____ un degré total d'incapacité de 50%, il convient de noter, ainsi que l'a relevé l'autorité inférieure dans sa réponse du 14 février 2008, que 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 consid. 2 du 4 février 2003; RCC 1989 p. 330) et que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné, qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'Annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Toutefois, conformément à l'art. 40 du Règlement (CEE) n° 574/72, lors de l'évaluation du

degré d'invalidité, l'institution d'un Etat membre doit prendre en considération les documents et rapports médicaux ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution de tout autre Etat membre, de sorte qu'il conviendrait de tenir compte des résultats de l'expertise de l'équipe d'évaluation et d'orientation de la commune de X. Cependant, dans la mesure où ce document date du 15 octobre 2007 et a été établi suite à une réunion de l'équipe d'évaluation et d'orientation du 11 octobre 2007, après que la recourante a requis la reconnaissance de son degré de handicap dans un formulaire du 7 août 2007, l'expertise pratiquée par l'équipe d'évaluation espagnole et les résultats de cette expertise s'avèrent postérieurs à la décision litigieuse du 12 juillet 2007, de sorte qu'ils ne doivent être considérés que pour autant qu'ils concernent la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période allant jusqu'au 12 juillet 2007, date de la décision contestée. Ceci n'est toutefois pas le cas en l'espèce puisque ces résultats reflètent la situation de la recourante au moment où ils ont été observés. Au demeurant, il convient de relever que cette évaluation de l'incapacité de la recourante est peu convaincante et motivée, se contentant de poser des diagnostics, dont l'un, celui de troubles de l'affectivité en raison de troubles d'adaptation de cause psychogène, n'est confirmé par aucun autre avis médical, et d'indiquer le degré d'incapacité, sans décrire les limitations fonctionnelles qui le justifie.

E. 10.4.3

Sur le plan psychiatrique, la Cour de céans constate là encore que toutes les références médicales à des troubles d'ordre psychique figurent dans des rapports médicaux établis après la décision litigieuse du 12 juillet 2007. Ainsi en va-t-il des résultats de l'expertise du 15 octobre 2007 de l'équipe d'évaluation et d'orientation de la commune de X., déjà mentionnés, du rapport médical du Dr G._____, daté du 6 mars 2008, et de celui de la Dresse D._____, du 24 mars 2008. Comme exposé ci-avant (consid. 10.4.2), dans la mesure où l'examen du Tribunal de céans est limité à la période allant jusqu'à la décision contestée, les certificats médicaux postérieurs à cette décision ne seront pris en considération que dans la mesure où ils concernent précisément cette période. Or, seul le rapport du Dr G._____, d'ailleurs seul psychiatre connu parmi les médecins ayant rédigé des rapports versés au dossier, remplit cette condition, puisque, quand bien même il date du 6 mars 2008, il s'exprime sur l'état psychique de l'assurée en 2001. Il indique à cet égard que la recourante souffrait alors d'un trouble dépressif, en lien avec l'arthrite rhumatoïde, qui a donné lieu à un traitement médicamenteux et à un suivi psychologique de huit mois. Outre qu'il ne décrit pas plus avant ce trouble dépressif, le Dr G._____ n'en précise pas les incidences fonctionnelles, ni ne fait état d'une limitation de la capacité de travail de l'assurée, due à ce trouble. Il semble en outre, à la lecture de ce rapport psychiatrique, et ainsi que le relève le Dr F._____ dans son avis du 16 avril 2008, que le traitement entrepris ait eu l'effet positif escompté puisqu'il a cessé après huit mois, sans que le Dr G._____ ne fasse mention de la persistance du trouble dépressif au-delà de cette période; au demeurant, aucun des médecins qui se sont exprimés dans ce dossier n'a par la suite relevé un trouble d'ordre psychologique, et ce jusqu'aux résultats d'expertise du 15 octobre 2007 et au rapport de la Dresse D._____ du 24 mars 2008, qui pose alors seulement le diagnostic de dépression et indique qu'elle adresse à nouveau la recourante à un psychiatre pour évaluation, documents toutefois postérieurs à la décision litigieuse. L'autorité de céans relève dès lors qu'aucun élément au dossier ne permet de considérer que la santé psychique de l'assurée, du moins jusqu'à la date de la décision attaquée, restreindrait sa capacité de travail dans l'accomplissement de ses travaux habituels et serait de nature à modifier l'appréciation du service médical de l'OAIE, les documents à disposition étant par ailleurs

suffisamment concordants à cet égard pour ne pas rendre nécessaires des examens complémentaires.

E. 10.4.4

Enfin, il sied de souligner que les conclusions du Dr F._____ s'avèrent convaincantes également au vu des informations données par la recourante dans le questionnaire du 11 décembre 2006. Certes, il s'avère, selon un document des services sociaux de Y. du 3 août 2007, produit avec le recours, que par la suite ou du moins dès cette date du 3 août 2007, l'assurée a bénéficié d'un service d'aide à domicile pour l'entretien de la maison, qu'elle avait indiqué solliciter en procédure d'audition (écriture du 10 mai 2007) et dont elle dit, dans son recours, qu'il n'est pas gratuit. Cependant, l'on ne saurait déduire de la décision prise par la recourante de demander une aide à domicile qu'elle doit rémunérer, ni de l'octroi de cette aide, une aggravation de son incapacité de travail dans le ménage, le fait que l'assurée choisisse d'être aidée par les membres de sa famille ou par une aide extérieure ne changeant en rien, en l'espèce, les tâches qu'elle ne peut plus ou qu'en partie effectuer et l'incapacité qui en découle. Relevons au surplus que dans sa réplique du 17 mars 2008, la recourante fait valoir que son conjoint, qui l'aidait dans les tâches ménagères, ne pourrait plus le faire, étant dans l'attente d'une greffe rénale. Là encore, cette information n'est pas de nature à modifier l'incapacité de travail retenue par l'autorité inférieure dans sa décision du 12 juillet 2007, dans la mesure où, d'une part, aucun document médical ne vient corroborer les dires de l'assurée sur l'état de santé de son époux et, d'autre part, il s'agit de faits survenus bien après la décision litigieuse et dont on ne saurait par conséquent tenir compte.

E. 10.5

Ainsi, au regard des données médicales à disposition, suffisantes pour se prononcer en l'espèce, 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. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 12 juillet 2007 confirmée.

E. 11

Conformément à l'art. 65 al. 1 PA, et au vu des pièces du dossier, le Tribunal de céans estime que la recourante ne dispose pas de ressources suffisantes, de sorte qu'il se justifie d'admettre la demande d'assistance judiciaire qu'elle a déposée avec son recours et de la dispenser du paiement des frais de procédure qu'elle devrait acquitter en tant que partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA). En outre, aux termes des art. 64 al. 1 PA et 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), et dans la mesure où la recourante n'est pas représentée, il n'est pas alloué de dépens.

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