

BVGer C-6446/2013 vom 6. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6446_2013

FR: TAF C-6446/2013 du 6 mars 2017

IT: TAF C-6446/2013 del 6 marzo 2017

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

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), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 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 en l'espèce remplies.

E. 1.4

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

E. 2.1

Le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter - en règle générale - à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la

décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence, depuis le 1er avril 2012, au règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'au règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Ces règlements sont donc applicables in casu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 ; 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) no 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. On précisera que le règlement (CEE) no 1408/71 - auquel l'ALCP renvoyait pour la période antérieure courant jusqu'au 31 mars 2012 - contenait une disposition similaire à son art. 3 al. 1.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontalière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger notifie les décisions.

E. 3.2

Dans le cas d'espèce, A._____, ressortissante française domiciliée à (...), dans le département de l'Ain (France), à proximité de la frontière franco-suisse, travaillait à Genève, au bénéfice d'une autorisation de travail frontalière (permis G), au moment où elle a subi l'atteinte à sa santé qui l'a par la suite amenée à requérir une rente invalidité. Partant, l'office AI du canton de Genève était bien l'autorité compétente pour enregistrer et examiner la demande de l'assurée.

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part, être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part, compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans (pce AI 77). Elle remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5

Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LPGA et de la LAI.

E. 5.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée ; elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % 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. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

E. 5.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'avait pas été invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond dès lors 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 137 V 20 consid. 2.2).

E. 6.1

Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les Tribunaux doivent en particulier s'appuyer sur des rapports médicaux concluants sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3 et les références citées). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront 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 140 V 70 consid. 6.1 ; ATF 137 V 64 consid. 2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; ATF 122 V 157 consid. 1d). Cette jurisprudence vaut également lorsque le service médical d'un assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais s'est limité à rendre un rapport de synthèse des pièces déjà versées au dossier, pour autant que ces

documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1 et 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3).

E. 6.2

En l'espèce, la documentation médicale comporte différents certificats de médecins consultés par l'assurée ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire regroupant des analyses par diagnostics locomoteurs, par diagnostics de neurologie et de psychiatrie. Les atteintes de l'assurée se présentent comme suit.

E. 6.2.1

Bien que les diverses consultations et discussions médicales consignées au dossier soient principalement de l'ordre neurologique et portent sur le membre inférieur gauche, il convient tout d'abord de résumer les premières atteintes survenues suite à l'accident du 3 février 2011.

E. 6.2.1.1

Le poignet droit a souffert d'une contusion de l'angle supéro-interne du semi-lunaire, sans rupture de la corticale, nécessitant la pose d'un plâtre (pce AI 65, pp. 38 et 39). Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le Dr J._____, chirurgien orthopédique et traumatologue, a constaté qu'il n'existait plus - depuis le 1er avril 2012 - de limitation de la capacité de travail eu égard à la seule pathologie au poignet droit (pce AI 65, pp. 63 et 64). Les douleurs résiduelles de torsion n'engendrent pas de limitations sur la capacité de travail de la patiente, les rotations étant symétriques et normales (pce AI 65, pp. 54 et 64). A noter qu'un kyste synovial avait été découvert de manière fortuite lors d'examen du poignet ; celui-ci, aujourd'hui disparu, n'était pas à l'origine des douleurs de la patiente (pce AI 65, p. 61).

E. 6.2.1.2

Pour ce qui a trait au genou gauche, la recourante a été opérée en date du 10 août 2011 par le Dr B._____, chirurgien orthopédique, afin de soigner une chondropathie fémoro-patellaire externe (pce AI 15, p. 8). Suite à l'opération, en novembre 2011, le Dr C._____ a constaté que des douleurs étendues au quadriceps et une boiterie étaient apparues (pce AI 47, p. 31). Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le Dr J._____ a diagnostiqué une gonarthrose fémoro-tibiale interne et externe ainsi qu'une dysplasie de la trochlée avec bascule externe de la rotule, toutes deux ayant une incidence sur la capacité de travail (pce AI 65, p. 77). D'un point de vue strictement locomoteur, le Dr J._____ a souligné l'existence de plusieurs limitations - l'utilisation d'escaliers de façon répétée est à proscrire, de même que les positions agenouillée et accroupie (pce AI 65, p. 88) - et a considéré une reprise du travail comme possible à 100 % dans un emploi adapté à ces limitations, après les trois mois postopératoires, soit dès le 10 novembre 2011 (pce AI 65, pp. 89 et 90). Concernant la découverte d'une hernie discale, le Dr J._____ a diagnostiqué des discopathies L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une hernie discale L5-S1 sous-ligamentaire

postéro-latérale droite (pce AI 65, p. 66). Cette dernière reste non compressive et n'occasionne pas, selon le prénommé, d'incapacité de travail ou de limitation d'aucune sorte (pce AI 65, p. 76). Il est d'ailleurs précisé qu'aucune trace d'un arrêt de travail en lien avec la hernie discale n'a été documentée (pce AI 65, p. 76).

E. 6.2.2

D'un point de vue neurologique, les plaintes de la patiente en rapport avec le déficit moteur du membre inférieur gauche ont été multiples (pce AI 65, p. 99). Plusieurs discussions médicales entre les Drs D._____, C._____, B._____, E._____, H._____, G._____ et F._____ ont eu lieu afin de déterminer le diagnostic et les causes de l'atteinte (pce AI 47 pp. 5, 21 et 30 ss ; pce AI 52, p. 10 ; pce AI 59, pp. 2 ss, 13 ss, 18). À l'exception du Dr E._____ - dont l'expertise a été écartée à la fois par les médecins de la recourante et par le Dr K._____, neurologue mandaté pour l'expertise pluridisciplinaire du 20 février 2013 (pce AI 59, pp. 2 ss, 13 ss, 18 et pce AI 65, p. 104) -, tous se sont accordés sur le diagnostic d'une atteinte neurogène crurale gauche. Les raisons de l'apparition de cette atteinte restent incertaines et il n'est pas possible de dater précisément le début des manifestations (pce AI 65, p. 44). L'origine de l'atteinte semble toutefois se rapporter, selon le Dr D._____, à la posture de l'assurée au cours de l'opération du 10 août 2011, sans que le geste chirurgical n'en soit responsable (pce AI 65, p. 155). Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, le Dr P. Giraud a diagnostiqué une atteinte neurogène crurale gauche idiopathique ayant une incidence sur la capacité de travail (pce AI 65, p. 96). Concernant le degré d'incapacité et les limitations de la recourante sur le plan neurologique, il a conclu que si l'activité de femme de chambre ne pouvait raisonnablement plus être envisagée depuis la date de l'accident, une activité adaptée pouvait être entreprise dès le mois de janvier 2012, date à laquelle les examens électromyographiques ont montré une relative stabilisation de l'atteinte (pce AI 65, pp. 108 et 109). Une activité professionnelle en position assise avec la possibilité de se lever régulièrement pour changer de position apparaît compatible avec l'état actuel de la patiente (pce AI 65, p. 108). Ce genre d'activité adaptée respecte en effet les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte dont souffre l'assurée, à savoir des limitations de la station debout prolongée et de la marche prolongée, des limitations, au niveau du membre inférieur gauche, des mouvements nécessitant une force ou une précision (par exemple un appui monopodal sur un escalier avec un seau) et l'accroupissement, des limitations du port de charge à moins de cinq kilos, des limitations des déplacements en hauteur ainsi que des limitations de la conduite d'un véhicule ou d'engins vibrants (pce AI 65, pp. 107 et 108). En respectant ces restrictions, l'exercice d'un emploi adapté peut être entrepris à 100 % avec un rendement complet à compter du mois de janvier 2012 (pce AI 65, pp. 109 et 110).

E. 6.2.3.1

Afin de ne négliger aucun élément, l'expertise pluridisciplinaire s'est également arrêtée sur l'état de santé psychique de la recourante.

E. 6.2.3.2

L'expertise psychiatrique, effectuée par le Dr L._____, psychiatre, se basant sur une consultation, le 26 octobre 2012, a été diligentée sur avis du Dr E._____, lequel recommandait un suivi psychiatrique (pce AI 52, p. 23). Le Dr L._____ a conclu à l'absence de diagnostic, l'état de santé psychique de l'assurée ne démontrant ni dépression réactionnelle, ni état dépressif, ni troubles de l'humeur (F30-F39), ni troubles de l'adaptation

(F43.2), ni trouble somatoforme (F45), ni douleur chronique persistante du poignet droit (pce AI 65, pp. 111 ss). Sur le plan psychique, l'assurée ne présente ainsi aucune limitation fonctionnelle de sa capacité de travail (pce AI 65, pp. 119 ss, 125 et 131).

E. 6.3

Force est de constater que les Drs J._____, K._____ et L._____ ont procédé à un examen pluridisciplinaire complet de l'assurée après avoir étudié tous les actes déterminants du dossier. Dans leurs rapports d'expertise, ils ont dûment motivé leurs évaluations relatives à la capacité de travail de l'assurée (pce AI 65, pp. 87 ss, 107 ss, 119 ss et 136 ss). Il y a dès lors lieu d'accorder une pleine valeur probante à leurs appréciations. Cela vaut d'autant plus que les quatre certificats médicaux postérieurs à l'expertise pluridisciplinaire, produits par la recourante, ne remettent pas en cause les conclusions des trois praticiens susmentionnés. En effet, le compte-rendu d'électromyogramme rédigé le 25 septembre 2013 par la Dresse F._____ porte uniquement sur le diagnostic de la patiente, soit une nouvelle confirmation de l'atteinte du nerf crural gauche (pce AI 87). Quant aux certificats des Drs F._____, D._____ et M._____, respectivement datés des 24, 25 et 29 octobre 2013, ils font tous les trois mention d'une capacité de travail ou de gain réduite - non chiffrée -, tout en suggérant des mesures professionnelles pour l'accomplissement d'une autre activité (pce TAF 1, annexes nos 23 à 25). Ces conclusions suivent celles de l'expertise pluridisciplinaire, dans le sens où l'incapacité de la recourante à reprendre son travail de femme de chambre est avérée, mais qu'une activité adaptée demeure tout à fait réalisable. Concernant la documentation médicale antérieure à l'expertise pluridisciplinaire, rappelons que, parmi les nombreux certificats médicaux figurant au dossier, seule la lettre du Dr D._____ du 4 avril 2012 se prononce brièvement sur la capacité de travail à long terme de l'intéressée, relevant une invalidité permanente - non chiffrée - nécessitant une réorientation sur le plan professionnel (pce AI 47, pp. 21 et 22). Il sied finalement de noter que la recourante n'a développé aucune argumentation topique remettant en cause l'avis des experts mandatés par l'OAIE.

E. 6.4

Il ressort ainsi des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'une activité adaptée demeure exigible depuis le mois de janvier 2012 (pce AI 65, p. 110). En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'occurrence, la demande a été déposée le 14 juillet 2011 (ci-dessus, let. A.b). Ainsi, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 1er janvier 2012 (soit six mois après le dépôt de la demande), ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 15 octobre 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). En outre, étant donné que, selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assurée doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins une année sans interruption notable, le droit à la rente est in casu ouvert à compter du mois de février 2012, soit un an après son accident du 3 février 2011. Or, à cette date, l'activité adaptée était exigible - elle l'était en effet à compter du mois de janvier 2012 déjà (ci-dessus, consid. 6.2.2).

E. 7

Dans sa réplique du 21 février 2014 (pce TAF 9), la recourante a informé le Tribunal de son hospitalisation survenue le 17 février 2014 pour cause de dépression, certificats médicaux du Dr M. _____ du 17 février 2014 et bulletin de situation du centre psychothérapeutique de l'Ain, à Bourg-en-Bresse, à l'appui. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b ainsi que les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_93/2014 du 20 mai 2014 consid. 2.3). En l'espèce, la décision de l'OAIE a été rendue avant la survenance de cet élément nouveau. En outre, il ne peut être reproché à l'instance inférieure une quelconque lacune d'instruction à cet égard. En effet, au moment de rendre sa décision, l'OAIE avait tenu compte de l'expertise psychiatrique complète du Dr L. _____ qui, en sus d'avoir expressément écarté un état de dépression, n'avait retenu aucun diagnostic faisant état d'une atteinte psychique à la santé de l'assurée (pce AI 65, pp. 111 à 131). Même si une dégradation de l'état de santé de la recourante entre le 26 octobre 2012, date de la visite psychiatrique du Dr. L. _____, et la date de la décision attaquée n'est pas exclue - le psychiatre avait à ce sujet mis quelques éléments en exergue, notamment la récente maladie du fils de l'assurée, qui, dans le futur, étaient susceptibles de péjorer le tableau clinique de la recourante - le Dr L. _____ avait cependant pronostiqué une évolution positive (pce AI 65, pp. 134 et 135). Or, aucun rapport médical ne démontre l'existence d'une péjoration de l'état de santé psychique qui aurait eu, dans l'intervalle de temps précédemment évoquée, une incidence significative sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, dans son recours, l'intéressée n'est nullement revenue sur les aspects psychiatriques du dossier.

E. 8

La recourante conteste être en mesure d'exercer une activité adaptée en raison des limitations fonctionnelles inhérentes à son atteinte à la santé et du fait qu'elle n'est au bénéfice d'aucune formation.

E. 8.1

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; ATF 123 V 230 consid. 3c ainsi que les références citées). C'est pourquoi, un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il est en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité donnant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail. Par ailleurs, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de

réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1 et les références citées). Dans ce contexte, il convient de souligner que le marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle ne prend pas en compte la situation concrète du marché du travail, embrasse également des offres d'emplois qui ne sont effectivement pas disponibles en cas de situation économique difficile et fait abstraction du fait que les personnes atteintes dans leur santé disposent de chances réduites voire éventuellement inexistantes de retrouver un emploi adapté sur le marché du travail réel (ATF 137 V 20 consid. 2.2 ; ATF 110 V 273 consi. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_944/2011 du 17 avril 2012 consid. 3.2). Ce faisant, la notion de marché équilibré du travail implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. Cela vaut autant en rapport avec les exigences professionnelles et intellectuelles requises qu'avec l'intensité des mises à contribution physique demandées (arrêts du Tribunal fédéral 8C_96/2014 du 23 mai 2014 consid. 4.4.3 ; 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.1). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées). On ne saurait donc subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives, étant précisé que la notion de marché équilibré du travail concerne également les "emplois de niches", à savoir des places de travail dans lesquelles la personne présentant un handicap doit compter sur une certaine bienveillance et un engagement social de la part de son employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2009 du 12 février 2010 consid. 4.2.1). Ainsi, le Tribunal fédéral a par exemple retenu qu'une personne quasi monomanuelle (avec perte d'usage du bras dominant) disposait de possibilités suffisantes sur le marché équilibré du travail, de même qu'une personne dont la capacité de travail était limitée à 25 % seulement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2012 du 8 janvier 2013 consid. 4.3 et les références citées). En particulier, il convient de prendre en considération que, en rapport avec les processus de travail au sens large, les tâches et fonctions nécessaires dans le cadre de la surveillance et du contrôle n'ont pas été toutes remplacées par des machines automatiques dirigées par ordinateur, loin s'en faut. En outre, il faut aussi que quelqu'un fasse fonctionner ces appareils et éventuellement surveille et contrôle leur engagement (ATF 139 V 28 consid. 3.2.1).

E. 8.2

En l'espèce, âgée de 43 ans au moment auquel il a été constaté (au mois d'octobre 2012 dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire) que l'exercice d'une activité lucrative de substitution à 100 % était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3), la recourante n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité

résiduelle de travail sur le marché supposé équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_289/2014 du 30 juillet 2014 consid. 4.3). Compte tenu du laps de temps considérable qu'il reste jusqu'à l'âge de la retraite et des circonstances du cas concret, on pouvait exiger de A. _____, laquelle dispose d'une solide expérience dans différents secteurs (ci-dessus, let. A.a), que, pour diminuer le dommage, elle cherche un emploi dans une activité salariée adaptée à ses affections. En outre, même si l'intéressée est limitée aux travaux légers en position assise, on ne saurait considérer ses chances de retrouver un emploi comme d'emblée illusoire ou irréaliste dès lors qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans un travail adapté et que la palette d'activités pour lesquelles elle peut encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail reste suffisamment large, et cela, même en prenant en considération le fait que seul un emploi ne requérant pas de formation allant au-delà d'une simple mise au courant initiale entre en ligne de compte. En effet, le marché de travail offre un large éventail de postes qui ne nécessitent aucune connaissance particulière de la part d'un employé. Une personne assurée peut donc accepter tels postes sans devoir suivre une formation spécifique (arrêts du Tribunal fédéral 9C_67/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.2 ; 9C_434/2014 du 1er décembre 2014 consid. 4.2.2 ; 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Même en tenant compte des limitations fonctionnelles indiquées dans l'expertise pluridisciplinaire, il en va ainsi, par exemple, de l'activité de opératrice de presse/machines, qu'elle a déjà exercée par le passé (ci-dessus, let. A.a).

E. 9

Reste à analyser le taux d'invalidité concret de la recourante.

E. 9.1

À titre liminaire, il sied de rappeler à la recourante que le degré d'invalidité d'une personne assurée qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 7). Partant, l'attestation du 14 novembre 2012 des autorités françaises lui reconnaissant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % (pce TAF 1, annexe no 26) ne lie pas les autorités suisses.

E. 9.2

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité ; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 9.3

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références citées). Selon le Tribunal fédéral, il peut se justifier d'opérer un parallélisme des revenus à comparer si la rémunération de l'assuré était nettement inférieure

aux normes usuelles de salaire dans la branche concernée selon les données de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple, pour cause de formation scolaire minime ou de manque de formation professionnelle) et que rien n'incite à penser que l'assuré s'était volontairement contenté d'un salaire inférieur à la moyenne (ATF 135 V 58 consid. 3.1). En pratique, le parallélisme des deux revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). L'arrêt du Tribunal fédéral 135 V 297 précise qu'un revenu peut être considéré comme nettement inférieur à la moyenne, en cas de divergence d'au moins 5 % par rapport au salaire statistique usuel. Par ailleurs, le parallélisme doit uniquement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5 %. La jurisprudence portant sur le parallélisme des revenus se base sur l'idée qu'on ne peut attendre d'une personne nouvellement atteinte dans sa santé qu'elle obtienne un salaire moyen se situant aux alentours des revenus statistiques, lorsque, avant que surgissent les problèmes de santé, elle gagnait déjà un salaire sensiblement inférieur aux revenus statistiques valables dans la branche concernée, parce que des raisons inhérentes à sa personne rendaient impossible l'obtention d'un salaire moyen. Face à un salaire effectif de valide sensiblement inférieur à la moyenne, il revient donc à l'administration d'examiner si l'assuré présente des caractéristiques personnelles qui incitent à penser qu'il ne lui est pas possible d'obtenir un salaire moyen statistique. Cette jurisprudence s'applique aux personnes qui, avant l'atteinte à la santé, exerçaient des activités simples et répétitives, éventuellement également aux personnes disposant de connaissances professionnelles spécialisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_298/2013 du 20 décembre 2013 consid. 5.2.2, non publié à l'ATF 140 V 41). En l'occurrence, au regard du contrat de travail de femme de chambre dont la recourante, laquelle est sans formation, bénéficiait (pce AI 10, p. 82), le Tribunal retient un salaire mensuel de CHF 3'856.55 (CHF 20.99 de l'heure x 42.4 [soit la durée normale du travail dans le secteur Hébergement et restauration, Office fédéral de la statistique {OFS}] x 52 : 12). Or, selon les données de l'ESS, le salaire usuel dans le secteur de l'hébergement et de la restauration en 2012, pour un salarié sans fonction de cadre, s'élève à CHF 3'965.- pour un emploi exercé durant 40 heures par semaine. En tenant compte de l'horaire moyen usuel dans la branche, soit 42.4 heures, on obtient un salaire statistique mensuel de CHF 4'202.90 ([3'965 x 42.4] : 40). La différence entre le revenu effectif et le salaire statistique usuel dans la branche s'élève donc à 8.2 % ([4'202.90 - 3'856.55] : 4'202.90 x 100). La part excédent le taux maximal de 5 % conformément à la jurisprudence exposée précédemment est ainsi de 3.2 %. Afin d'être exact, le Tribunal retiendra donc que le salaire effectif (après parallélisme) s'établit à CHF 3'979.95 (3'856.55 + [(3.2/100) x 3'856.55]. On notera enfin que, en retenant dans sa décision du 15 octobre 2013 (pce AI 85), à l'aide du tableau TA 7 selon l'ESS, un salaire mensuel de CHF 4'168.50, l'OAIE va au-delà du salaire effectif de l'assurée, même en tenant compte du parallélisme des revenus effectué précédemment.

E. 9.4

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, celui-ci doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire

social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques, à savoir notamment en fonction des données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.5 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2015 du 27 avril 2015 consid. 5.1). Tel est le cas en l'espèce. L'autorité inférieure a pris comme référence la moyenne ESS 2010 tout secteur confondu chez une femme pour le niveau de qualification 4, à savoir des activités simples et répétitives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_839/2013 du 13 mars 2014 consid. 5.3.1.1 ; 9C_311/2012 du 23 août 2012 consid. 4.1). En nivelant la durée normale du travail pour tous les secteurs confondus et en actualisant à l'année 2012 à l'aide de l'Indice Suisse des salaires (ISS), on parvient à un revenu d'invalidé s'élevant à CHF 4'404.60 (CHF 4'225.- : 40 x 41.7 x 1 x 1). L'OAIE a encore procédé à une réduction du revenu d'invalidé de 10 % pour tenir compte des particularités inhérentes au cas d'espèce. L'assurée présente effectivement des limitations fonctionnelles dans l'exercice d'activité de substitution (travaux légers en position assise avec parfois la possibilité de se lever pour changer de position) qui ne sont pas particulièrement invalidantes dans une activité adaptée. L'assurée peut en outre accomplir pareille activité à plein temps. Il n'y a pas lieu de revenir sur l'abattement de 10 %, l'autorité inférieure étant restée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2012 du 25 janvier 2013 consid. 4.2.2), étant à ce sujet rappelé qu'un abattement ne peut pas dépasser 25 % (arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2015 du 27 avril 2015 consid. 5.1). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 3'964.10. Partant, si l'on compare le revenu pouvant être perçu nonobstant la limitation physique - CHF 3'964.10 - avec l'ancien salaire effectif de la recourante - CHF 3'979.95 (après parallélisme ; ci-dessus, consid. 9.3) -, force est de constater que la perte de gain est minime, à tout le moins insuffisante pour prétendre à l'octroi d'une rente invalidité. Notons encore que si l'on prend la donnée relative au revenu sans invalidité choisie par l'OAIE, soit CHF 4'168.50, favorable à la recourante bien que ne respectant pas la méthode décrite ci-avant, on obtient une perte de gain d'environ 5 %, également insuffisante pour l'octroi d'une rente invalidité.

E. 10

La recourante conclut aussi à ce que le droit aux mesures de réadaptation lui soit reconnu.

E. 10.1

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité à accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). Selon l'al. 3 let. b de cette disposition, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) sont au nombre des mesures de réadaptation.

E. 10.2

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI). Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit

pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et la jurisprudence citée). Le reclassement se définit comme l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 et la jurisprudence citée).

E. 10.3

En l'espèce, il a été démontré que la recourante ne subit pas de perte de gain, respectivement une perte de gain de 5 % au maximum si l'on se réfère au calcul de l'OAIE, ce qui est insuffisant pour prétendre à une mesure de reclassement. Par ailleurs, la recourante a exercé différentes activités professionnelles pendant sa carrière professionnelles, dont au moins une pourrait être reprise, et le marché de travail offre un large éventail de postes qui ne nécessitent aucune connaissance particulière de la part de l'employée. C'est donc à juste titre que l'autorité inférieure n'a pas reconnu, en faveur de la recourante, un droit à des mesures de réadaptation.

E. 11

En conclusion, le recours interjeté par la recourante est rejeté et la décision de l'OAIE du 15 octobre 2013 confirmée. Le Tribunal administratif fédéral rend toutefois l'autorité inférieure attentive aux éléments invoqués par la recourante dans son écriture du 21 février 2014 (pce TAF 9), à laquelle sont annexées trois pièces (certificats médicaux) et dont l'autorité de première instance a eu connaissance le 4 avril 2014 (pce TAF 10, p. 10). Ces faits, survenus postérieurement à la décision querellée et ayant potentiellement modifié la situation de santé et la capacité de travail de l'intéressée, doivent, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ci-dessus, consid. 7).

E. 12.1

Par décision incidente du 4 avril 2014, la recourante a été mise au bénéfice, pour la présente procédure de recours, de l'assistance judiciaire totale portant sur la dispense des frais de procédure et la désignation d'un avocat d'office (art. 63 al. 1 PA et 65 PA).

E. 12.2

Partant, la prénommée est exemptée du paiement des frais de la présente procédure.

E. 12.3

Maître Guillaume Fauconnet ayant été désigné défenseur d'office, il y a lieu de lui allouer une indemnité afférente aux frais de représentation (art. 65 al. 3 PA et art. 12 et 14 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). Conformément à l'art. 65 al. 4 PA, la recourante aura l'obligation de rembourser ce montant si elle revient à meilleure fortune. A défaut de décompte de prestations, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2ème phrase FITAF). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, de

l'ampleur du travail accompli par le mandataire (un recours de quatorze pages et une réplique de deux pages) et de la difficulté de la cause (voir, notamment, l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5829/2013 du 9 avril 2015 consid. 10), le Tribunal considère le versement d'une indemnité de représentation de 2'160 francs, TVA de 8 % comprise, comme équitable en la présente cause pour les services de son défenseur d'office.

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