



Arrêt du 6 juillet 2011

Composition

Elena Avenati-Carpani, présidente du collège,
Beat Weber, Stefan Mesmer, juges,
Delphine Queloz, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Bergantiños Convenios Internacional
Cristina Freire Castro,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, décision du 11 mars 2010.

Faits :**A.**

La ressortissante espagnole, A._____, née en 1956, a travaillé en Suisse à temps plein comme ouvrière dans l'industrie horlogère (activité principale) et dans une entreprise de nettoyage (activité accessoire) jusqu'au 31 décembre 2000 et a cotisé à l'AVS/AI suisse de 1977 à 2000 (pce 75). De retour dans son pays, elle a d'abord perçu le chômage puis a exercé une activité lucrative dans le domaine de la construction du 29 décembre 2006 au 28 décembre 2007 (pce 79). Elle a cessé toute activité le 20 décembre 2007 suite à des douleurs intenses au genou.

B.

Par jugement du 5 octobre 2006 (pce 69), la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger a confirmé la décision sur opposition de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) du 30 janvier 2006 qui rejetait la demande de prestations d'invalidité déposée le 6 septembre 2002 par l'assurée au motif qu'il ressortait du dossier qu'il n'y avait pas une incapacité de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que, malgré l'atteinte à la santé, l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

C.

Le 27 mai 2009, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) qui l'a transmise à l'OAIE (pce 73).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, les pièces suivantes ont été versées au dossier, entre autres;

- le questionnaire pour l'employeur daté et signé du 8 septembre 2009 duquel il ressort que l'assurée a travaillé à temps complet du 29 décembre 2006 au 28 décembre 2007 en qualité d'ouvrier maçon pour un salaire mensuel brut de EUR 998.55 et qu'elle a été en arrêt de travail pour un accident du 20 décembre au 28 décembre 2007 (pce 79);
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté et signé le 15 septembre 2009 d'où il ressort que l'assurée ne peut plus nettoyer les sols, utiliser l'aspirateur, nettoyer les vitres, repasser,

raccommoder le linge, tricoter, crocheter, coudre, ni surveiller et soigner des enfants et qu'au besoin elle se fait aider par des membres de sa famille (pce 80);

- le questionnaire à l'assuré daté et signé le 15 septembre 2009 duquel il ressort que l'assurée a dû interrompre son travail du 20 décembre 2007 au 28 décembre 2007 en raison de fortes douleurs au genou et qu'elle travaillait 7 heures par jour pour un salaire mensuel de EUR 998.55 (pce 81);
- le certificat médical du 15 avril 2009 du Dr B. _____ qui pose les diagnostics de goitre multinodulaire, d'hémithyroïdectomie à gauche, d'obésité, de dyslipidémie, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, de syndrome fibromyalgique, de cervicobrachialgies, de lomboradiculalgie à droite et de meniscopathie du genou à droite (pce 85);
- le rapport médical du 6 mai 2009 de la Dresse C. _____ qui diagnostique des cervicobrachialgies irritatives à droite avec déficits neurologiques de type radiculaire, de syndrome fibromyalgique chez une patiente avec suite d'une thyroïdectomie sans dysfonctionnement de la thyroïde, de lomboradiculalgie droite irritative sans anomalie de lésions et de meniscopathie interne du genou droit et qui indique que l'assurée n'est pas apte pour des travaux physiques (pce 86);
- le rapport E 213 du 18 juin 2009 de la Dresse G. _____, médecin de l'INSS, diagnostiquant des cervicobrachialgies, un syndrome fibromyalgique, une meniscopathie interne du genou droit, une thyroïdectomie, de la dysthymie, une hernie discale au niveau C6-C7 à droite, des protrusions discales C5-C6 à gauche, indiquant des douleurs avec toutefois une bonne fonctionnalité et une labilité émotionnelle et fixant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'opératrice de machine horlogère et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pce 87);
- le certificat médical du 17 juin 2009 du Dr H. _____ de la Clinique psychiatrique qui mentionne que l'assurée présente un syndrome dépressif exogène ou réactif à un grave problème familial et que ce tableau chronique est évolutif depuis 10 ans (pce 88);

D.

Dans sa prise de position du 25 novembre 2009 (pce 90), la Dresse

E. _____, médecin de l'OAIE, a retenu comme diagnostics principaux des cervicobrachialgies chroniques avec hernie discale en C6-C7, des protrusions discales en C5-C6 et des altérations dégénératives à la colonne cervicale, un syndrome fibromyalgique et une humeur dépressive chronique réactive à des questions familiales stressantes et comme diagnostics secondaires, sans atteinte à la capacité de travail, un status après une intervention chirurgicale de la thyroïde, des méniscopathies dégénératives du genou droit sans perte de fonction, des lombalgies, de l'obésité et une dyslipidémie. Elle a fixé une pleine capacité de travail pour l'activité habituelle et dans les travaux ménagers en précisant qu'il n'y avait pas de problèmes médicaux ni de perte de fonction objective et que l'assurée pouvait continuer d'exercer son métier avec prudence.

E.

Par projet de décision du 30 novembre 2009 (pce 91), l'OAIE a informé A. _____ que sa demande de prestations du 27 mai 2009 était rejetée au motif qu'il ne ressortait pas du dossier une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

F.

Le 11 janvier 2010 (pce 94), l'assurée, par le biais de son mandataire, a formé opposition contre le projet de décision du 30 novembre 2009. Elle a argué qu'elle est incapable d'effectuer un travail adapté à temps plein et que ses pathologies engendrent une incapacité de travail de 50 % au moins. Elle a produit deux nouvelles pièces;

- le certificat médical du 4 janvier 2010 du Dr H. _____, spécialiste en neurologie et psychiatrie, qui indique que l'assurée souffre depuis le 5 avril 2002 d'un syndrome dépressif exogène ou réactif, qu'elle continue le traitement avec des antidépresseurs, qu'il n'y a pas de changement dans la symptomatologie dépressive et qu'elle est incapable de travailler (pce 93);
- le rapport médical du 22 décembre 2009 du Dr I. _____, docteur en médecine et chirurgie, qui pose les diagnostics d'hernie discale cervicale en C5-C6 et C6-C7, de cervicobrachialgies, de lombosciatalgie, de fibromyalgie, de méniscopathies du genou droit, de trouble dépressif, d'obésité et de goitre multinodulaire, qui conclut que l'assurée souffre de maladies chroniques à long terme (supérieur à 1 an) nécessitant une polymédication, incompatibles avec

l'exécution de tout travail et qui fixe l'incapacité entre 50 % et 60 % (pce 92).

G.

Appelée à se prononcer sur la nouvelle documentation, le médecin de l'OAIE, a indiqué, dans sa prise de position du 5 mars 2010 (pce 96), que ces documents n'apportaient aucun élément nouveau, un des certificats exprimant d'ailleurs explicitement que l'état de santé de l'assurée est resté inchangé depuis des années. Elle a donc confirmé son précédent avis.

H.

Pa décision du 11 mars 2010 (pce 97), l'OAIE a rejeté la demande de prestations du 27 mai 2009 déposée par A._____. L'autorité inférieure a invoqué les mêmes motifs que ceux du projet du 30 novembre 2009.

I.

Le 19 avril 2010, A._____ a interjeté recours (TAF pce 1), par le biais de son mandataire, contre la décision du 11 mars 2010 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a produit le rapport psychiatrique du 13 avril 2010 du Dr D._____ qui relève une symptomatologie dépressive et anxieuse persistante de présentation variable, qui diagnostique une dysthymie (CIM-10 F 34.1) et un épisode dépressif modéré avec des symptômes somatiques (CIM-10 F 32.10), sans possibilité d'amélioration, qui estime que la recourante devra suivre le traitement à vie, qui mentionne que suite à la maladie elle-même et aux effets secondaires des médicaments, sa capacité de travail est considérablement réduite (environ 50%) et que donc elle n'est pas en mesure de maintenir une activité professionnelle normale.

J.

Appelée à se prononcer sur la nouvelle documentation, la Dresse F._____, médecin de l'OAIE, a retenu, dans sa prise de position du 29 juillet 2010 (pce 99), que la nouvelle documentation n'apportait aucun élément nouveau et ne faisait que confirmer les problèmes psychiatriques déjà connus. Elle a toutefois indiqué qu'une activité d'ouvrière dans l'industrie horlogère n'était plus exigible en raison de cervicalgies chroniques et de la présence d'une hernie discale, qui rendaient cette activité fort difficile à supporter vue les positions lors du travail à l'établi. Ce médecin a fixé une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 20 % dès le 28 avril 2003, date de la première consultation de neurologie, puis de 70 % dès le 5 avril 2005 où l'indication opératoire a

été posée et une pleine capacité de travail dans une activité de substitution ne comportant pas de position contrainte en flexion de la nuque, le problème psychiatrique ne justifiant pas d'incapacité de travail. Elle a proposé des activités de substitution comme vendeuse par correspondance, en général et de billets, de caissière, dans l'enregistrement, le classement, l'archivage, la distribution de courrier interne, commissionnaire, à l'accueil ou réceptionniste, standardiste ou téléphoniste et dans la saisie de données ou le scannage.

Par évaluation de l'invalidité selon la méthode générale du 20 août 2010 (pce 101), l'OAIE a calculé que la recourante subissait du fait de son atteinte à la santé une diminution de gain de 20 % dès le 28 avril 2003 (incapacité de travail dans l'ancienne activité), de 32 % dès le 5 avril 2005 dans des activités de substitution et de 17 % du 29 décembre 2006 au 28 décembre 2007 en fonction de la dernière activité d'aide maçon.

K.

Par réponse du 25 août 2010 (TAF pce 5), l'OAIE a proposé le rejet du recours au vu des prises de position de ses médecins et de la comparaison de revenus.

L.

La recourante a répliqué en date du 5 octobre 2010 (TAF pce 8). Elle a produit un rapport médical du 19 septembre 2010 de la Dresse C. _____ qui reprend les diagnostics formulés dans son précédent rapport du 6 mai 2009 et qui indique que la patiente n'est pas apte pour des travaux physiques et recommande la continuation de la thérapie de réadaptation.

M.

Appelée à se prononcer sur ce nouveau rapport, le médecin de l'OAIE, a retenu, dans son avis du 15 novembre 2010 (pce 103), que celui-ci ne permettait pas de modifier la prise de position antérieure. Sur le plan somatique, il n'est pas mis en évidence une limitation fonctionnelle significative, une activité légère à prédominance sédentaire et sans mouvement répétitif de la main droite reste donc exigible à plein temps, le traitement antalgique étant léger. Elle relève en particulier, sur le plan psychiatrique, l'absence de traitement psychotrope et de comorbidité psychiatrique importante.

Par duplique du 30 novembre 2010 (TAF pce 10), l'OAIE a réitéré ses conclusions du 25 août 2010.

N.

Par décision incidente du 7 décembre 2010 (TAF pce 11), le Tribunal administratif fédéral a imparté à la recourante un délai de trente jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de Fr. 300.-- sur les frais de procédure présumés. En date du 7 janvier 2011 (TAF pce 14), A._____ s'est acquittée dudit montant.

Droit :**1.**

1.1. Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE, concernant l'octroi de prestations d'invalidité, peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral, conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains (art. 52 al. 1 PA).

1.4. En l'espèce, le recours est recevable, vu qu'il a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 PA), et que l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée.

2.

2.1. 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 1^{er} juin 2002. À cette date sont également entrés en vigueur son Annexe II, qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs États (art. 6 du Règlement), et enfin le Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972, relatif à l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des États membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

2.2. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'Annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'Accord - en particulier son Annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure, de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse, ressortissent exclusivement du droit interne suisse (art. 40 par. 4 du règlement 1408/71).

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

3.

3.1. L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). La demande ayant été déposée le 27 mai 2009, les dispositions de la 5ème révision de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1er janvier 2008. En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de faits existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V445 consid. 1.2).

3.2. 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 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 27 novembre 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 11 mars 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

La recourante conteste la validité matérielle de la décision de l'OAIE du 11 mars 2010, dans la mesure où elle prétend avoir droit à une rente d'invalidité.

5.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et

- avoir compté au moins trois années de cotisations à 'AVS/AI (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations peut être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AI pendant plus de trois années au total (pce 75) et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside.

6.3. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

6.4. Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 al. 1 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

7.

7.1. La recourante a pu exercer une activité de maçon à temps complet pour un salaire mensuel brut de EUR 998.55 jusqu'au 20 décembre 2007, date à laquelle elle a dû interrompre son travail en raison de problèmes de santé et a cessé depuis ses activités lucratives. Jusqu'au 20 décembre 2007, le Tribunal peut donc conclure que la recourante n'a pas subi d'invalidité au sens de la législation suisse.

7.2. Pour la période successive, en l'absence de données économiques, il faut se fonder sur la documentation médicale. En effet, selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 B 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

8.

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

8.2. La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. 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). 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. 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 (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2).

9.

9.1. Il ressort des pièces médicales au dossier et principalement des prises de position médicale des médecins de l'OAIE des 25 novembre 2009, 5 mars, 29 juillet et 15 novembre 2010 que la recourante souffre essentiellement de cervicobrachialgies chroniques avec hernie discale en C6-C7, de protrusions discales en C5-C6 et d'altérations dégénératives à la colonne cervicale, d'un syndrome fibromyalgique, d'une humeur dépressive chronique réactive à des questions familiales stressantes, d'un status après une intervention chirurgicale à la thyroïde, de méniscopathies dégénératives du genou droit sans perte de fonction, de lombalgies, d'obésité et de dyslipidémie.

9.2. En ce qui concerne les conséquences des affections diagnostiquées sur la capacité de travail, le médecin de l'INSS, dans le rapport E 213 du 18 juin 2009, a fixé une incapacité de travail totale pour l'activité d'opératrice de machine horlogère - tout en ayant aussi coché la case "oui" à la question "l'assuré peut-il travailler à temps plein dans sa dernière activité" et niant l'existence de critères pour reconnaître une incapacité permanente de travail - et a reconnu une pleine capacité de travail dans une activité de substitution. A l'examen clinique, le médecin de l'INSS observe une marche indépendante sans déficit, des membres supérieurs avec hyperkératose palmaire bilatérale et une capacité fonctionnelle globalement conservée ainsi qu'aux membres inférieurs. En ce qui concerne l'état psychique, le médecin observe une patiente consciente, orientée, collaborante, présentant une labilité émotionnelle.

La Dresse C._____, dans ses rapports du 6 mai 2009 et 19 septembre 2010, retient uniquement une incapacité de travail pour les travaux physiques, le Dr I._____, le 22 décembre 2009, retient une invalidité de 50/60 % et le Dr D._____, psychiatre, le 13 avril 2010, considère que la recourante n'est pas en mesure de maintenir une activité lucrative normale et que sa capacité de travail est considérablement diminuée (50 %).

Revenant sur l'avis du premier médecin de l'OAIE (Dresse E._____), la Dresse F._____ a retenu une incapacité de travail de 20 % dès le 28 avril 2003 et de 70 % dès le 5 avril 2005 pour l'activité habituelle d'ouvrière dans l'industrie horlogère en raison des affections somatiques de la recourante en particulier les cervicalgies chroniques et l'hernie discale, qui ne permettent pas de supporter les positions lors du travail à l'établi, mais a retenu que des activités de substitution ne comportant pas cette position de contrainte en flexion de la nuque sont exigibles à 100 %. Du point de vue psychiatrique, ce médecin considère que la dysthymie avec épisode dépressif modéré est présente depuis des années, l'évolution s'est faite vers la chronicité malgré les traitements, il n'y a toutefois pas de comorbidité psychiatrique importante.

9.3. Le Tribunal de céans observe ainsi, que d'un point de vue somatique, les avis des médecins qui se sont prononcés concordent sur l'inaptitude de l'assurée à exercer des travaux lourds, ce qui fait sans doute référence à la dernière activité de maçon. En ce qui concerne l'activité dans l'horlogerie, les avis des médecins sont partagés (médecin de l'OAIE), voir contradictoires (médecin de l'INSS). Or, le Tribunal partage – au vu de l'ensemble du dossier – l'avis du second médecin de l'OAIE qui considère que cette activité n'est plus exigible compte tenu des limitations fonctionnelles relatives aux atteintes à la colonne cervicale. En revanche, comme clairement exposé par les médecins de l'OAIE et de l'INSS, une activité légère à prédominance sédentaire sans mouvement répétitif de la main droite est exigible. Du point de vue psychiatrique, le Tribunal considère que la situation est resté inchangée depuis de nombreuses années et relève que déjà lors de la première demande le médecin de l'INSS dans son rapport E 213 du 11 mai 2005 (pce 56) avait retenu un trouble dépressif remontant à sept ans et une capacité de travail de 100 % dans l'activité d'ouvrière horlogère et conclut, partageant l'avis du médecin de l'OAIE, qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante, l'état psychique de la recourante ne justifiant pas une incapacité de travail.

9.4. Il s'ensuit de ce qui précède, que le Tribunal de céans peut suivre le médecin du Service médical de l'OAIE et ainsi confirmer le bien-fondé de son appréciation selon laquelle l'intéressée présente une incapacité de travail de 70 % dans son activité précédemment exercée dans le domaine horloger dès le 5 avril 2005 ainsi que dans la dernière activité de maçon, mais qu'elle détient encore une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

10.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

10.1. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 cité consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 cité consid. 6).

10.2. Le Tribunal de céans observe ici que la recourante a exercé en dernier en Suisse l'activité d'ouvrière horlogère. De retour dans son pays et suite à une période de chômage, elle a exercé l'activité de maçon. En l'espèce, il se justifie d'établir la comparaison avec le salaire sans invalidité d'une ouvrière horlogère d'une part parce que la recourante possède les qualifications pour exercer ce métier et, d'autre part, parce qu'il paraît vraisemblable qu'elle a travaillé en qualité de maçon – pour une période limitée d'une année - afin d'obtenir un revenu et sortir du chômage. De plus, la comparaison de salaire sans invalidité dans la

profession d'ouvrière horlogère est à l'avantage de la recourante puisque mieux rémunérée que celle de simple maçon ou d'aide-maçon.

10.3. Sur la base du questionnaire pour l'employeur (pce 43), il ressort que l'assurée a perçu un salaire annuel en 2000 (année sans absences mentionnées) de Fr. 51'965.05, soit un salaire mensuel de Fr. 4'330.--. Selon le tableau de l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1976-2010 de l'OFS, l'indice des salaires nominaux des femmes en Suisse (1939 = 100) en 2000 était de 2190 et en 2008 de 2499. Ainsi, on obtient un salaire mensuel sans invalidité pour l'activité d'ouvrière horlogère de Fr. 4'941.-- ($4'330 : 2190 \times 2499$). Il faut encore ajouter le salaire mensuel de Fr. 273.-- (Fr. 2'184 : 8; pce 75) relatif à l'activité accessoire dans le nettoyage que la recourante a exercé en sus de son activité d'ouvrière horlogère, soit un salaire mensuel indexé à 2008 de Fr. 311.-- ($273 : 2190 \times 2499$). Le salaire mensuel total indexé sans invalidité s'élève ainsi à Fr. 5'252.-- ($4'941 + 311$).

10.4. Le revenu d'invalidé tiré des données statistiques, doit tenir compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail. Un nombre suffisant d'entre elles permettent une activité légère à prédominance sédentaire sans mouvement répétitif de la main droite et ne comportent pas de position contrainte en flexion de la nuque. De plus, la majeure partie de ces postes ne nécessite pas de formation particulière autre qu'une mise à jour initiale.

10.5. Les activités de substitution proposées par le service médical de l'OAIE sont des activités simples et répétitives que l'on trouve dans le commerce de gros (dont le revenu moyen en Suisse en 2008 pour les femmes, niveau de qualification 4 était de Fr. 4'267.--), dans le commerce de détail (Fr. 4'031.--) et dans les activités simples de services fournis aux entreprises (Fr. 4'030.--), soit en moyenne Fr. 4'109.--. Ce montant doit ensuite être adapté à l'horaire usuel dans le secteur tertiaire en 2008 soit une moyenne de 41.7 heures (par rapport aux 40 heures de base, la Vie économique 5-2011, B. 9.2) soit Fr. 4'283.--. On obtient un revenu mensuel pour une activité à 100 % avec un abattement de 10 %, justifié en l'espèce, pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré notamment le fait qu'elle ne peut exercer que des activités légères, de Fr. 3'855.--.

En procédant à la comparaison des deux salaires, selon la formule $[(5'252 - 3'855) \times 100 : 5'252]$, l'on obtient une perte de gain de 27 %,

valeur qui n'ouvre pas le droit à une rente. Il faut encore ajouter que, même en tenant compte des années 1998 et 1999, où la recourante a perçu un salaire annuel supérieur, le taux d'invalidité reste inférieur à 40 %, comme l'a correctement établi l'OAIE.

10.6. Le recours du 19 avril 2010 doit ainsi être rejeté et la décision du 11 mars 2010 confirmée.

11.

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et réf. cit.). Le fait que la recourante 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). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c, 1989 p. 325 consid. 2b, 1982 p. 34 consid. 2c).

12.

12.1. Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à Fr. 300.--, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

12.2. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.--.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ___/____.____.____./IR ;
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales, Berne (Recommandé)

La présidente du collège :

La greffière :

Elena Avenati-Carpani

Delphine Queloz

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :