



Cour III
C-3299/2007/jod

{T 0/2}

Arrêt du 16 juillet 2009

Composition

Madeline Hirsig (présidente du collège), Beat Weber,
Michael Peterli, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

X._____,
représentée par Maître José Nogueira Esmorís,
Cuesta de la Palloza, 1-3° Derecha., Apartamento 2,
ES-15006 A Coruña,
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 intimée.

Objet

assurance-invalidité, décision sur opposition du 10 avril
2007.

Faits :**A.**

X._____, ressortissante espagnole née le 2 mars 1950, mariée et mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, travaille en Suisse de mars 1973 à mars 1990 en qualité de nettoyeuse à la centrale des lits de _____, à Berne (profession apprise après l'école élémentaire: nettoyeuse/laveuse); de juillet 1984 à mars 1990, elle exerce en outre cette activité 3,5 heures par soirée en sus dans l'équipe de nettoyage de la direction des _____, à Berne; des cotisations AVS/AI fut versées en sa faveur plusieurs années durant (pce 5). Elle rentre dans son pays d'origine en fin mars 1990 et n'exerce plus d'activité lucrative depuis lors. Le 19 février 2003, elle présente une demande de prestations auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE; pce 4), faisant valoir une impossibilité de faire des efforts, ce depuis avril 2001.

Sont alors notamment versés dans le cadre de la procédure d'examen de la demande:

- les questionnaires pour les assurés travaillant dans le ménage et pour les assurés, de 2003 (pces 8s.);
- un décompte d'assurance relatif à l'hospitalisation des 25-26 novembre 1987 (pce 11);
- la fiche de liste d'attente d'hospitalisation pour biopsie mammaire, du 17 août 1995 (pce 13);
- le compte-rendu de l'hospitalisation du 31 octobre 2000 pour opération d'un Dupuytren à la main droite de degré 1 (pce 14);
- le rapport médical de 2001 du Dr A._____ (pce 15);
- le rapport du service de gynécologie d'avril 2001 (hospitalisation du 17 au 26 avril 2001, pce 16);
- les rapports d'oncologie radiothérapique, des 12 et 13 août 2001 (traitement du 28 juin au 16 août 2001, pces 19 et 22);
- les rapports de dermatologie du 27 septembre 2002 et du 4 février 2003 (psoriasis, pce 24);

- le compte rendu d'hospitalisation du 1^{er} au 3 juillet du service de gynécologie (pce 25);
- le rapport médical détaillé (formulaire E 213) établi le 14 mars 2003 par le service médical des assurances sociales espagnoles (INSS; pce 30);
- la prise de position du Service médical OAIE, Dr B_____, du 19 septembre 2003 (pces 31 à 33; taux d'invalidité de 9% retenu).

Dans son projet de décision du 1^{er} octobre 2003 (pce 39; prononcé, pce 41), l'OAIE envisage le rejet de la demande de prestations présentée. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'intéressée, dûment représentée par Me José Nogueira Esmoris, réfute par acte du 22 octobre 2003 l'argumentation de l'OAIE à la base de ce projet (pce 45). Par décision du 6 novembre 2003, l'OAIE rejette la demande de prestations au motif qu'il n'y a pas d'invalidité au sens des dispositions légales (pce 42). Le 3 décembre 2003, l'intéressée interjette opposition contre cette décision (pce 46). Sont alors produits:

- le compte rendu du service de gynécologie d'hospitalisation du 27 juillet au 7 août 2003 (pce 28);
- le rapport des urgences du 13 août 2003 (pce 29);
- le feuille du service de gynécologie et d'obstétrique, du 16 septembre 2003 (pce 83);
- le rapport des urgences du 1^{er} octobre 2003 (pce 84)
- la prise de position du Service médical OAIE, Dr C._____, du 19 janvier 2004 (pce 35).

Par décision sur opposition du 23 janvier 2004, l'opposition précitée est rejetée (pce 50). Par jugement de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour le personnes résidant à l'étranger, du 30 juin 2004, le recours (pce 65; annexe, questionnaire) de l'intéressé déposé le 23 février 2004 contre cette décision sur opposition est partiellement admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction avant de rendre une nouvelle décision (pce 55).

Sont alors notamment portés en cause:

- la prise de position du Service médical OAIE, Dr C._____, du 2 juin 2004 (pce 52).
- le rapport de l'expertise (séjour sur place de l'intéressée du 4 au 8 avril 2005) effectuée à la demande de l'OAIE par le centre d'expertise médicale _____, à Bâle, Drs D._____, E._____, F._____, G._____ et H._____, du 15 juillet 2005 (ci-après: expertise/les experts; pce 86);
- la prise de position du Dr C._____, du 7 octobre 2005 (pce 92);
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, du 3 novembre 2005 (pce 100);
- l'appréciation de l'invalidité d'un assuré travaillant dans le ménage, du service médical OAIE, Dr C._____, du 2 décembre 2005 (pce 88, également pce 89);

Par décision du 13 février 2006, l'OAIE met l'intéressée au bénéfice d'une demi-rente AI dès le 1^{er} juillet 2004 (pce 105; cf. aussi prononcé, pce 104).

Contre cette décision, l'intéressée forme opposition le 14 mars 2006 (pce 107). En substance, elle fait valoir que ses atteintes physiques justifient l'octroi d'une rente entière, subsidiairement de trois quarts de rente. Sont alors en particulier produits:

- le rapport du Dr I._____, service de chirurgie plastique de l'hôpital universitaire _____, du 22 décembre 2005 (opération du syndrome du tunnel carpien droit, pce 87);
- le certificat médical détaillé établi par le Dr J._____, du 13 octobre 2006 (formulaire E 213, pce 108);
- la prise de position du service médical OAIE, Dr K._____, du 5 avril 2007 (pce 113).

Par décision sur opposition du 10 avril 2007 (pce 114), l'OAIE rejette cette dernière et confirme la décision du 13 février 2006, considérant qu'aucun élément propre à l'influencer n'a été apporté, et que les

affections de l'assurée ne provoquent une incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches habituelles pour une personne travaillant dans le ménage que de 50% à partir du 1^{er} juillet 2003 et ne sauraient lui donner droit à plus qu'une demi-rente à partir du 1^{er} juillet 2004.

B.

Contre cette décision sur opposition, l'intéressée forme recours auprès du Tribunal de céans le 30 avril 2007, reprenant la motivation et les conclusions – octroi d'une rente entière, subsidiairement de trois quarts de rente – de son opposition, en précisant qu'elle est incapable de travailler, n'ayant pas de capacité de gain pour accéder au marché du travail.

C.

Dans sa réponse du 21 septembre 2007, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, faute d'éléments nouveaux apportés. L'office retient que la recourante subit un empêchement d'accomplir ses travaux habituels de 50% à cause de ses atteintes psychiatriques et somatiques.

D.

La recourante dépose sa réplique le 31 octobre 2007. Elle estime que ni ses souffrances (affections, telles que décrites au chiffre 3 de son opposition et de son recours), ni sa capacité de gain n'ont été évaluées correctement. Partant, elle maintient ses conclusions.

E.

L'échange d'écriture est clos par ordonnance du 8 novembre 2007.

Droit :

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), celui-ci, 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 aux art. 33 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5

PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.1 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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. 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. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); elle a partant qualité pour recourir.

2.

La recourant est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, 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 al. 1 let. a LAI). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

La recourante peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte

ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

4.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

5.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA 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 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

6.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la

novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

7.

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

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 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 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.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les réf.; 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; 117 V 400, consid. 4b; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Le fait que le recourant 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'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans cette mesure, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge ou un arrêt de travail prolongé ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois plus difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. RCC 1982 p. 34 consid. 2C; VSI 1999, p. 247 consid. 1 et réf.).

8.

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, depuis la 4ème révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003).

9.

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Au vu du dossier, il semble que c'est la seconde hypothèse qui est pertinente ici. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

La demande de prestations AI a été déposée le 19 février 2003; l'intéressée y faisait valoir une impossibilité de faire des efforts depuis avril 2001. Le Tribunal peut donc se limiter ici à examiner si elle avait droit aux prestations depuis avril 2002, ou si ce droit est né entre cette date et le 10 avril 2007, date de la décision attaquée marquant la

limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (art. 48 al. 2 LAI; ATF 129 V consid 1; 121 V 362 consid. 1b).

10.

10.1 La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain (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, cf. *infra*) probablement permanente ou de longue durée.

10.2 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 (méthode générale). 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.

10.3 L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans celui-ci ainsi que l'éducation des enfants. Ainsi faut-il évaluer l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, 831.201]; méthode spécifique). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c), alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Si l'assuré n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. 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. Par conséquent, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité d'une personne travaillant dans le ménage, l'aide et la contribution des membres de la famille excède sensiblement la contribution habituelle attendue sans 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, mais qu'il est fondé sur la bonne volonté et librement consenti, n'influe pas sur l'obligation de diminuer le dommage de l'assurée travaillant dans le ménage. En effet, comme il convient de se référer à un marché de travail équilibré pour déterminer la capacité résiduelle de gain, sans tenir compte de la possibilité réelle d'un emploi dans un contexte donné, il faut aussi 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, 130 V 97 consid. 3.3.3 p. 101, ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 222 s. et les références). 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. La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

10.4 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 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit 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.

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 réf. cit.). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, Zurich 1997, p. 230).

11.

11.1 L'intéressée a indiqué n'avoir plus exercé d'activité lucrative depuis son retour pour des motifs de famille en Espagne en mars 1990 (cf. pce 9); elle a recherché du travail depuis lors (cf. formulaires E 213, pces 30 et 108). Selon ses indications (cf. questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, pce 100; cf. également pce 8), elle vit avec son mari dans un logement de 4 pièces éloigné d'environ 5 km des magasins. Elle soutient ne plus

pouvoir pratiquement effectuer aucune des tâches liées au ménage, et notamment ne pouvoir lever aucun poids. Ces renseignements provenant cependant de l'intéressée elle-même, uniquement, la mesure dans laquelle elle subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques doit être examinée au regard de la documentation médicale disponible.

12.

12.1 L'expertise pluridisciplinaire menée retient (pce 86; cf. p. 24ss) les diagnostics principaux (avec influence sur la capacité de travail) suivants: épisode dépressif prolongé, modéré à sévère avec syndrome somatoforme chez une personnalité simplement structurée; signes cliniques de rhumatisme chronique des parties molles surtout dans le cadre de la maladie dépressive; status après quadrantectomie, curage axillaire et radiothérapie consécutive pour carcinome mammaire gauche intracanaulaire (T2NOMO) en mai 2001, status après mammectomie radicale gauche en août 2003 pour récurrence; syndrome du tunnel carpien bilatéral. Les diagnostics secondaires (sans influence sur la capacité de travail) sont: hypertension artérielle; toux chronique avec status après radiothérapie (diagnostic différentiel: conditionnée par la prise d'ACE-Hemmer; proposition de l'arrêter pour exclure un effet secondaire de ce médicament comme cause de cette toux, expertise p. 13), diabète « mellitus » type II (traité par antidiabétiques oraux, cf. pce 113); hypercholestérolémie; ostéoporose; status après opération pour contracture de Dupuytren de la main droite en 2000 (la main peut depuis lors être ouverte normalement, cf. expertise, p. 6); status après polypectomie colonoscopique en 1989.

Pour les experts, en résumé (cf. p. 25ss notamment), les douleurs à l'ensemble de l'appareil locomoteur dont fait état la patiente ne trouvent pas de corrélation clinique saisissable hormis pour ce qui est des plaintes relatives aux bras/mains (syndrome du tunnel carpien des deux côtés) et à l'épaule gauche (status après curage axillaire et radiothérapie; la mastectomie a eu lieu à gauche; la patiente est droitrière); l'on doit ainsi partir du principe qu'il s'agit de plaintes fonctionnelles (absence de substrat organique, cf. p. 23; également p. 15s.) dans le cadre de l'état dépressif de la patiente, lequel est indubitablement au premier plan (cf. expertise, p. 3s.: deux pièces médicales apportées lors de l'expertise mentionnent la problématique

psychique/psychologique; p. 7 et 21: une psychothérapie serait en cours; cf. également le formulaire E 213, pce 108, qui mentionne un suivi psychologique et la prise d'un antidépresseur, non étayés d'une pièce quelconque). Le résultat de l'examen psychiatrique mené est ainsi déterminant quant à la capacité de travail de l'intéressée; sur ce plan, l'expertise retient que malgré une médication antidépressive et une psychothérapie régulière, l'état psychique de l'intéressée ne s'est amélioré que de façon accessoire depuis la mastectomie de 2003; de plus, la mobilité de l'épaule droite est gênée du fait du curage axillaire et de la radiothérapie susmentionnés. En tenant compte des limitations psychiatriques et somatiques, les experts retiennent dès lors que l'intéressée est limitée à 50% dans une activité lucrative comme dans celle de femme au foyer. Des modifications de traitement sont proposées (cf. p. 26); il n'y a pas lieu cependant d'attendre de ces mesures médicales une augmentation de la capacité de travail relevante de 50% – même si un antidépresseur tricyclique permettrait d'améliorer l'effet de modulation des douleurs –, étant précisé que les experts ne peuvent nommer une activité de substitution pour laquelle ce taux serait plus élevé.

12.2 Le Tribunal n'a aucun motif de s'écarter des conclusions motivées de l'expertise multidisciplinaire basées sur une analyse attentive des résultats d'examens objectifs. Dite expertise fut établie par des spécialistes et répond entièrement aux exigences rappelées plus haut pour que lui soit donnée pleine valeur probante. Rien dans le dossier ne vient contredire ses conclusions, reprises par le Service médical OAIE (avec en sus l'entier des diagnostics des experts, cf. pce 92 pour le Dr C._____; voir également pce 88; pce 113 pour le Dr K._____) [seule n'y figure pas la mention de signes cliniques de rhumatisme chronique des parties molles surtout dans le cadre de la maladie dépressive; le médecin indique en outre un status après résection de cicatrice chéloïdienne en mai 2005]. A noter d'ailleurs que le médecin espagnol auteur du rapport détaillé (formulaire E 213, pce 108; cf. également formulaire E 213 de 2003, pce 30) estime même (mais sans prendre en compte un diagnostic psychiatrique/psychique) que l'intéressée est en mesure d'effectuer à mi-temps l'activité de nettoyeuse, qu'elle peut travailler à domicile sans l'aide de quelqu'un et qu'elle peut exercer à temps complet une activité adaptée; il ne mentionne, au titre du préjudice pour la santé, qu'une limitation pour les activités de surcharge axiale et/ou élévation bilatérale de l'épaule au-dessus de 90% d'abduction, ainsi

que, au titre de déficit fonctionnel, des algies généralisées avec « affectation » fonctionnelle au niveau de la colonne cervicale et de l'épaule gauche. Aucune des pièces produites, et singulièrement aucune qui le fut ultérieurement à l'expertise, ne saurait infirmer celle-ci. En particulier, le certificat du 22 décembre 2005 (pce 87) mentionne un syndrome du tunnel carpien bilatéral, mais uniquement léger selon le résultat de l'EMG; l'évolution suite à l'intervention sur le tunnel carpien droit est qualifiée de favorable et nul élément ne fut porté en procédure pour établir que tel ne fut pas le cas. Au reste, l'incidence et le traitement possible de ce syndrome des tunnels carpiens (léger à moyen, cf. expertise, p. 19) avaient déjà été pris en compte dans l'expertise. Quant aux différents rapports médicaux gynécologiques et oncologiques figurant au dossier, ils montrent l'existence d'un status après la mammectomie radicale gauche d'août 2003 pour récurrence; aucune péjoration ou modification quelconque depuis, semble-t-il redoutée par l'intéressée (cf. expertise, not. p. 26), n'a été constatée.

Le Tribunal observe que la recourante n'a jamais contesté précisément le contenu et les conclusions de l'expertise médicale – pas plus que les déterminations du services médical OAIE rappelées plus haut ou que le formulaire E 213 –, en expliquant, pièce médicale à l'appui, en quoi elle serait erronée. En fait, le mandataire de la recourante s'est borné à reprendre tout au long de la procédure, y compris devant l'autorité intimée, pratiquement mot-à-mot son écriture du 22 octobre 2003 (sans l'adapter aux nouveaux éléments médicaux); ce faisant, il s'est contenté d'énoncer quelques diagnostics et interventions médicales dont ont précisément tenu compte les experts, sans plus de précision, et notamment sans indiquer pourquoi les atteintes opérées ne seraient pas stabilisées désormais ni pourquoi ces éléments témoigneraient d'une atteinte grave à la santé de l'intéressée et attesteraient ainsi d'une incapacité de travail, respectivement d'un degré d'invalidité supérieurs à ceux retenus par l'OAIE. Le Tribunal relève notamment que la recourante et son mandataire ne se sont jamais exprimés relativement à l'état dépressif diagnostiqué dans l'expertise et à ses incidences. Celui-ci a pourtant été particulièrement mis en avant dans la motivation de l'incapacité de travail de 50% retenue, ainsi que dit.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient que les troubles présentés par l'intéressée ne permettent aucunement d'exclure

qu'elle conserve une capacité de travail résiduelle significative dans l'accomplissement des tâches ménagères conformément à ce qu'a retenu le service médical de l'OAIE (cf. pce 88; taux d'invalidité total: 50%) en se fondant sur une analyse attentive des données médicales et sur les résultats d'examens objectifs contenus dans le dossier. L'incidence des déficits fonctionnels documentés sur l'activité dans le ménage a été examinée de manière détaillée et exhaustive. Force est dès lors d'admettre, en accord avec l'autorité intimée, que, jusqu'à la date de la décision litigieuse, l'intéressée n'a pas subi d'invalidité relevante supérieure à 50% au sens des dispositions légales en vigueur et qu'elle était toujours en mesure d'assumer le travail requis par son foyer, en associant au besoin et dans une mesure exigible son mari et/ou d'autres proches aux travaux présentant des difficultés particulières pour elle, ainsi qu'elle le fait déjà (cf. expertise, p. 8; questionnaire rempli par l'intéressée, pce 8; l'incapacité pratiquement totale d'effectuer toute tâche ménagère alléguée par l'intéressée [pce 100] n'est pas crédible; aucune pièce médicale ne l'étaye; elle peut à tout le moins continuer à organiser, distribuer et surveiller le ménage, et à effectuer des tâches légères). Par conséquent, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée. Au vu de son taux d'invalidité de 50% depuis juillet 2004 (cf. pces 25, 28, 88 [expertise, p. 25] et 92; droit aux prestations un an après les hospitalisations de juillet-août 2003 et la répercussion notamment sur le plan psychique de la mastectomie effectuée alors), elle ne saurait avoir droit à plus qu'une demi-rente.

Partant, il se justifie de rejeter le recours, mal fondé.

13.

Conformément à sa pratique, le Tribunal renonce à percevoir des frais de la recourante, qui succombe dans une procédure de recours contre une décision sur opposition. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 64 PA en relation avec l'art. 7 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.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité intimée (n° de réf. ES/669.50.564.157 EMD)
- à l'OFAS

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

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 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :