



Cour III
C-3524/2013

Arrêt du 25 juillet 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Jean-Claude Mathey,
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 15 mai 2013).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante portugaise, née le (...) 1957, a travaillé en Suisse durant les années 1981, 1988-1994 et 1997 comme femme de ménage. Elle est retournée au Portugal en 1998 et n'a plus exercé d'activité lucrative après cette date.

B.

Le 15 novembre 2005 elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse. Par projet de décision du 12 mars 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a informé l'assurée qu'il était apparu de son dossier une incapacité de travail dans les travaux habituels de 40% à partir du 2 février 2004 et qu'elle avait droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 2 février 2005 (AI pce 20). L'OAIE a confirmé par décision du 20 août 2008 le projet précité, précisant que les observations formulées n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé du projet de décision (AI pce 31).

C.

L'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral qui a, par arrêt du 18 mai 2009 (procédure C-6015/2008), admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAIE afin qu'il demande un rapport psychiatrique détaillé.

D.

Par décision du 21 décembre 2010 l'OAIE a confirmé le bien-fondé de l'octroi d'un quart de rente à partir du 2 février 2005, précisant que son service médical avait maintenu son appréciation antérieure de sa capacité de travail résiduelle suite à l'examen des deux rapports psychiatriques du Dr B._____ des 15 octobre et 27 novembre 2010, lesquels avaient été adressés à l'assurée par un envoi du jour précédent (AI pce 81).

E.

Par arrêt du 6 mars 2012 (procédure C-650/2011), le Tribunal administratif fédéral a annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une expertise psychiatrique propre à permettre à son service médical de se prononcer en connaissance de cause sur les incidences des atteintes à la santé.

F.

Le 26 juin 2012, l'OAIE a donné mandat au Dr C._____ de procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée (AI pce 107). Par courrier du 2

juillet 2012, le Dr C._____ a convoqué l'assurée à son cabinet médical le 12 septembre 2012 (AI pce 110). Dans son courrier du 29 juin 2012, l'assurée a argué qu'elle était dans l'incapacité de se rendre en Suisse et proposé une expertise au Portugal (AI pce 112). Le 4 juillet 2012, l'OAIE a confirmé que l'expertise devait avoir lieu auprès du Dr C._____ le 12 septembre 2012 (AI pce 113). Le 6 juillet 2012, l'assurée a réitéré qu'elle était dans l'incapacité de se rendre en Suisse (AI pce 114). Le 19 juillet 2012, l'OAIE a prié l'assurée de produire un certificat médical attestant son impossibilité de se déplacer (AI pce 115). Par courrier du 29 août 2012, le représentant de l'assurée a communiqué à l'OAIE que l'assurée refusait de se rendre chez tout médecin (AI pce 117). Le 12 septembre 2012, le Dr C._____ a informé l'OAIE que l'assurée ne s'était pas présentée à l'expertise prévue le jour même (AI pces 116 et 118). Le 28 septembre 2012, l'OAIE a communiqué à l'assurée que l'expertise pouvait avoir lieu au Portugal (AI pce 119). Le 23 octobre 2012, l'OAIE a prié l'assurée de se présenter auprès du Dr D._____ à E._____ le 27 novembre 2012 (AI pce 122). L'assurée ne s'est pas non plus présentée à l'expertise prévue le 27 novembre 2012 (AI pces 124 à 126). Par mise en demeure du 20 décembre 2012, l'OAIE a fixé à l'assurée un délai de 30 jours pour produire une éventuelle documentation médicale pouvant justifier sa réticence, sans quoi il rendrait une décision sur la base du dossier (AI pce 127). Le représentant de l'assurée a confirmé dans son courrier du 21 janvier 2013 que l'assurée refusait de se rendre chez un quelconque médecin (AI pce 130).

G.

Par projet de décision du 5 mars 2013, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait confirmer l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 2 février 2005 (AI pce 131). Le représentant de l'assurée a relevé dans son courrier du 26 mars 2013 qu'une expertise s'imposait selon l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (AI pce 132). Dans sa prise de position du 20 avril 2013, le médecin de l'OAIE a relevé qu'il ne voyait pas de raisons médicales qui empêcheraient l'assurée de se déplacer (AI pce 135). Par décision du 15 mai 2013 (AI pce 136), l'OAIE a retenu que l'assurée avait refusé de manière inexcusable de collaborer à l'instruction, qu'elle n'avait pas voulu se soumettre à une expertise psychiatrique, qu'elle n'avait produit aucune documentation prouvant une éventuelle incapacité de se déplacer et qu'il fallait donc confirmer le quart de rente qui avait été octroyé à partir du 2 février 2005.

H.

Le 20 juin 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant

le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Elle a argué que le Dr F._____ attestait dans son rapport du 3 juin 2013 que la recourante était incapable de se rendre à une quelconque consultation médicale et que la situation s'était encore péjorée depuis les derniers examens médicaux. Elle a demandé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

I.

Dans sa réponse au recours du 23 septembre 2013, l'OAIE a argué que la recourante avait refusé à deux reprises de comparaître devant l'expert désigné aussi bien en Suisse qu'au Portugal, qu'elle avait violé son obligation de collaborer à l'instruction, que les motifs invoqués par la recourante n'étaient pas de nature à justifier un manquement à l'expertise prévue au Portugal, que l'OAIE avait procédé à une mise en demeure en bonne et due forme et que, en l'état du dossier, il fallait confirmer le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 2 février 2005 (TAF pce 5).

J.

Par décision incidente du 21 octobre 2013 (TAF pce 6), le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés. L'assurée s'est acquitté dudit montant le 20 novembre 2013 (TAF pce 10).

K.

Dans sa réplique du 21 novembre 2013 (TAF pce 8), la recourante a réitéré ses conclusions et renvoyé au rapport du Dr F._____ du 3 juin 2013. Dans sa duplique du 5 décembre 2013, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 14). Le 12 mars 2014, le représentant de l'assurée a produit un rapport médical selon lequel l'assurée avait subi un accident vasculaire cérébral le 14 février 2014, avait été hospitalisée pendant neuf jours à l'hôpital de G._____, avait des antécédents psychiatriques, la dernière consultation remontant à 2005, et avait consulté un ophtalmologue le 5 février 2014 à cause d'une uvéite chronique (TAF pce 16).

Droit :

1.

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 de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

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. 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. 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. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, 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. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

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

2.

2.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI s'agissant d'une rente octroyée antérieurement 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 130 V 445 et les références). Les dispositions de la LAI et de la LPGA, sont donc citées dans le présent arrêt dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, sauf mention contraire, puisque les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables. En ce qui concerne les faits déterminant selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 4450 consid. 1.2).

2.2 Au niveau du droit international, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats 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 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 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) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 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 applicables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 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 Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

3.

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 LPG/LAI et
- compter au moins trois années de cotisations (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 puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années 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.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 8 LPG/LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité

congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

4.2 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 LA). 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. 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

4.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI 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. Une incapacité de gain de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

4.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée 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 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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 dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

5.

5.1 La recourante a travaillé en Suisse durant les années 1981, 1988-1994 et 1997 comme femme de ménage. Elle n'exerce plus aucune activité lucrative depuis plusieurs années parce qu'elle considère qu'elle est inapte au travail.

5.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale).

5.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

6.2 Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

7.

7.1 En l'espèce, dans la décision du 15 mai 2013, l'OAIE a confirmé le droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 2 février 2005, vu l'état actuel du dossier, parce que l'assurée avait violé son obligation de collaborer. L'assurée, quant à elle, fait valoir qu'elle présente une incapacité de travail nettement plus élevée et exige la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à son domicile parce qu'elle est incapable de se déplacer à cause de ses troubles psychiques. En cours de procédure de recours, elle a produit deux certificats médicaux: un rapport du Dr F. _____ du 3 juin 2013 et un rapport de l'hôpital de G. _____ du 24 février 2014.

7.2 Il appartient au service médical de l'AI de se prononcer sur la base du dossier et d'instruire plus à fond notamment par le biais d'expertises médicales, en cas de dossiers médicaux contradictoires ou incomplets. Si l'administration, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit être procédé d'office, est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3 et les références; VALTERIO, op. cit., n° 2867). De son côté, l'assuré a un devoir de collaboration selon l'art. 28 LPGA. Il doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

7.3 En l'espèce, l'OAIE a mis l'assurée en demeure par lettre recommandée du 20 décembre 2012, lui a fixé un délai de 30 jours et l'a averti que, en l'absence d'une documentation médicale justifiant son refus de se présenter à une expertise, il rendrait une décision sur la base du dossier (Al pce 127). Le représentant de l'assurée a confirmé dans son courrier du 21 janvier 2013 que l'assurée refusait de se rendre chez un quelconque médecin (Al pce 130), mais n'a pas indiqué pourquoi il n'était pas possible de faire venir un médecin à domicile et n'a pas produit de certificat médical attestant que l'assurée ne pouvait pas se déplacer. Ce n'est qu'avec le recours dans la présente procédure que l'assurée a produit le rapport du Dr F._____ du 3 juin 2013 et fait valoir que ce médecin attestait qu'elle était incapable de se rendre à une quelconque consultation médicale et que la situation s'était encore péjorée depuis les derniers examens médicaux. Or, le Tribunal de céans constate, que le Dr F._____, dans son rapport du 3 juin 2013, mentionne un trouble dépressif récurrent, des troubles du comportement, des antécédents psychiatriques depuis près de 30 ans, une persistance des symptômes, mais pas d'aggravation. En particulier, le Dr F._____ ne se prononce pas sur la capacité ou l'incapacité de la recourante à se rendre à une consultation médicale. Le Tribunal administratif fédéral constate donc que le rapport du Dr F._____ du 3 juin 2013 a été produit bien après le délai de 30 jours fixé par l'OAIE, qu'il n'est de toute façon pas de nature à justifier le refus de l'assurée de se présenter à l'expertise psychiatrique et que l'OAIE pouvait donc se prononcer en l'état du dossier. De plus, le Tribunal de céans relève que, selon le rapport de l'hôpital de G._____ du 24 février 2014, l'assurée est tout à fait à même de quitter son domicile pour consulter des médecins, puisqu'elle s'est soumise à un examen ophtalmologique le 5 février 2014 avant de subir un accident vasculaire cérébral le 14 février 2014 et de devoir être hospitalisée du 15 au 24 février 2014.

7.4 Compte tenu des pièces médicales versées au dossier, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'avis du service médical de l'assurance-invalidité selon lequel l'assurée présente une incapacité de 40 % dans les tâches ménagères. En effet, il faut tenir compte de l'aide du mari de l'assurée et du fait que les tâches ménagères ne doivent pas être effectuées à heure fixe, mais peuvent être réparties sur la journée ou même la semaine selon la forme du moment.

8.

8.1 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.

8.2 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5).

8.3 Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28a al. 2 LAI, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et art. 8 al. 3 LPG).

9.

9.1 En l'espèce il y a ainsi lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode spécifique. En effet, l'intéressée a abandonnée son activité lucrative à temps partiel en 1997 et n'a jamais repris d'activité lucrative depuis lors. L'assurée présentant une incapacité de 40 % dans les tâches ménagères, le degré d'invalidité est de 40 %. Le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée confirmée.

9.2 Dans le cadre de cette demande de rente, 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 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

10.

10.1 Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

10.2 Les frais de procédure, fixés à 400 francs, 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 du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

10.3 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de CHF 400.- sont mis à la charge de la recourante et sont prélevés sur l'avance de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____ ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

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 :