



---

Cour III  
C-4454/2014

## Arrêt du 23 novembre 2015

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),  
Daniel Stufetti, Beat Weber, juges,  
Barbara Scherer, greffière.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_, Luxembourg  
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, rente d'invalidité, degré d'invalidité  
(décision du 29 juillet 2014).

**Faits :****A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après : assurée ou recourante), double ressortissante suisse et hollandaise née en août 1947 (actuellement 68 ans), a cotisé en Suisse à l'assurance-survivants, vieillesse et invalidité obligatoire et facultative entre 1970 et 1997 (cf. extrait du compte individuel du 16 septembre 2015 [TAF pce 22 annexe]).

Elle a travaillé en Suisse de 1970 à 1974 et en 1977 auprès de divers employeurs (AI pce 60). Du 1<sup>er</sup> novembre 1980 au 4 juin 1991 elle a travaillé en qualité de pédicure indépendante, du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 décembre 2002 et du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 octobre 2003 en tant qu'aide polyvalente et femme de charge dans une auberge de jeunesse à Luxembourg (AI pces 23, 31) et du 10 octobre 2003 au 23 décembre 2004 en tant qu'animatrice de vente dans une grande distribution à Bruxelles (AI pces 81 à 85). Après une période de chômage, elle exerce encore en février 2005 l'activité de chauffeur de minibus durant un mois (AI pce 86).

**B.**

Le 21 avril 2005, l'assurée présente par le biais de l'établissement d'assurance luxembourgeois une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de la Caisse suisse de compensation (AI pce 25).

**C.**

L'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité du Grand-Duché de Luxembourg octroie à l'assurée le 26 janvier 2006, une pension d'invalidité complète à compter du 21 août 2005 (AI pces 24).

**D.**

Par décision du 21 décembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) rejette la demande de prestations de l'assurée (AI pce 111). L'assurée recourt les 16 et 28 janvier 2008 devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal ; TAF [C-332/2008] pces 1 et 4).

**E.**

Le 5 décembre 2008, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de Belgique accorde à l'assurée une rente d'invalidité proratisée à partir du 20 août 2006 (TAF [C-332/2008] pce 33).

**F.**

Par arrêt du 21 avril 2009 (affaire C-332/2008), le Tribunal de céans annule

la décision de l'OAIE et renvoie la cause à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction et mette en œuvre une expertise médicale, notamment cardiologique et orthopédique (AI pce 114).

### **G.**

L'OAIE organise une expertise médicale pluridisciplinaire qui a eu lieu le 2 décembre 2009. Selon le rapport du 13 janvier 2010, établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, expert principal et interniste, la Dresse C.\_\_\_\_\_, cardiologue, et le Dr D.\_\_\_\_\_, orthopédiste, l'assurée souffre principalement d'une cardiopathie ischémique chronique, d'une obésité morbide de stade III, d'un diabète de type II avec essentiellement une complication microangiopathique, de lombalgies chroniques, d'une rhizarthrose et d'une arthrose interdigitale. Les experts concluent à une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité d'hôtellerie polyvalente impliquant travaux ménagers, cuisine, travaux d'entretien, et de 80% dans une activité de type sédentaire, en position assise ou alternée sans port de charges (AI pce 152 à 155). Le Dr E.\_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE confirme les conclusions de l'expertise et fixe le début de l'incapacité de travail au 20 août 2005 (cf. sa prise de position du 3 février 2010 [AI pce 158]).

Par l'évaluation de l'invalidité du 23 février 2010, fondée sur des données statistiques, l'OAIE détermine un taux d'invalidité de 39% (OAIE pce 160).

### **H.**

Le 14 juin 2010, l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurée (OAIE pce 183).

Le TAF, devant lequel l'assurée interjette recours, annule cette décision par arrêt du 16 août 2012 (affaire C-4819/2010) et renvoie la cause à l'OAIE pour un complément d'instruction (d'un point de vue psychiatrique) et nouvelle décision (AI Vol. 2 pce 10). Le Tribunal se base sur les conclusions de l'OAIE du 11 juin 2012 ainsi que sur la prise de position du 22 mai 2012 du Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, du Service médical régional (SMR) Rhône (AI pce 193 et TAF [affaire C-4819/2010] pce 29) qui s'est déterminé sur les nouveaux rapports médicaux produits par l'assurée, à savoir le certificat du 29 juin 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui fait état d'un syndrome dépressif réactionnel sévère (TAF [affaire C-4819/2010] pce 1 et annexe) ainsi que les rapports des 12 juillet 2010 et 11 janvier 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, neuropsychiatre, qui conclut à une longue évolution dépressive réactionnelle, s'aggravant

progressivement et à une inaptitude totale au travail (TAF [affaire C-4819/2010] pce 4 annexe et pce 15 annexe).

**I.**

Faisant suite à l'arrêt du TAF du 16 août 2012, l'OAIE met en œuvre une expertise psychiatrique. Selon le rapport d'expertise du 22 février 2014 du Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, l'assurée est exempte de toute symptomatologie psychiatrique. Il explique que les rapports du Dr H.\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'aboutir au constat de la présence d'une dépression chronique (AI Vol. 2 pce 96). Le Dr F.\_\_\_\_\_ confirme ces conclusions, le rapport d'expertise étant de très bonne qualité, convaincant et complet (cf. rapport final SMR du 25 mars 2014 [AI Vol. 2 pce 107]).

L'assurée produit encore de nouveaux rapports médicaux (cf. AI Vol. 2 pce 13 p. 1, pces 14, 18 à 25, 35 à 45, 50 à 63, 65 et 66) desquels il appert notamment qu'elle a été opérée le 24 mai 2011 d'un by-pass gastrique laparoscopique (cf. rapport d'hospitalisation du 27 mai 2011 et compte rendu opératoire du 1<sup>er</sup> août 2011 [AI Vol. 2 pces 36 et 61]).

L'assurée verse également en cause le questionnaire à l'assurée, le questionnaire pour assurés travaillant et le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée, signés les 21 mars 2013 [AI Vol. 2 pce 50 pp. 1 à 9, 12 et 13]). Selon ce dernier document, l'assurée, sans problèmes de santé, aurait travaillé à 100% comme podologue ou dans l'hôtellerie (AI Vol 2 pce 50 pp. 12 s.).

**J.**

Par projet de décision du 9 avril 2014, l'OAIE informe l'assurée qu'il entend rejeter sa demande de prestations (AI Vol. 2 pce 109).

**K.**

L'assurée conteste le 1<sup>er</sup> mai 2014 le projet de décision de l'OAIE, avançant en substance qu'elle souffre de douleurs dans la nuque, le dos et la jambe droite et qu'elle attend le résultat de différents examens médicaux (AI Vol. 2 pce 116). A son appui, elle joint des ordonnances médicales (AI Vol. 2 pces 117 à 119) ainsi que, par courrier du 11 juin 2014 et par fax du 19 juin 2014, des ordonnances et rapports médicaux récents (AI Vol. 2 pces 123 à 125, 127, 128, 130 à 135).

Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste du SMR, invité à prendre position sur ces nouveaux documents, note dans son avis du 24 juillet 2014 que la documentation produite, portant sur les troubles somatiques de l'assurée

et ne comportant aucun élément psychiatrique, n'est pas susceptible de modifier les appréciations antérieures (AI Vol. 2 pce 142).

**L.**

Par décision du 29 juillet 2014, l'OAIE, maintenant sa position, rejette la demande de prestations de l'assurée (AI Vol. 2 pce 143).

**M.**

Les 6 et 8 août 2014, l'assurée forme recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Elle informe des différents examens médicaux en cours et transmet des rapports médicaux récents (TAF pces 1 et 2 et annexes).

**N.**

Dans sa réponse du 7 octobre 2014, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, se fondant sur l'expertise psychiatrique ainsi que sur la prise de position du 24 septembre 2014 du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR qui note que la nouvelle documentation produite ne contient aucun élément médical objectif nouveau permettant d'inférer de nouvelles limitations fonctionnelles ; il s'agit de données sans corrélation clinique, pour des atteintes à la santé déjà connues et précédemment discutées (TAF pce 4 et AI Vol. 2 pce 157).

**O.**

Dans sa réplique des 7 et 16 octobre 2014, l'assurée joint des nouveaux rapports médicaux ainsi qu'un CD-Rom (TAF pces 5 et 6 ainsi que les annexes).

Par courrier du 18 novembre 2014, l'assurée transmet un autre rapport médical actuel (TAF pce 8 et annexe).

**P.**

La recourante s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 400 francs dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 7, 9 et 10).

**Q.**

Par duplique du 20 janvier 2015, l'OAIE réitère ses conclusions. Il joint l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2015 selon lequel, au vu de l'ensemble du dossier et des nouveaux documents apportés, les appréciations précédentes concernant la capacité de travail exigible peuvent être confirmées. Il précise en outre que l'obésité dont il a été initialement tenu compte pour la fixation de la capacité de travail résiduelle n'existe plus et

que la cardiopathie ischémique n'a subi aucune évolution depuis l'expertise de 2009 (TAF pce 12 et annexe).

## **R.**

La recourante qui conteste la position de l'OAIE (cf. ses observations du 10 février 2015 [TAF pce 14]) verse encore au dossier plusieurs rapports médicaux récents (TAF pce 14 et annexes; courriers des 19 mars, 17 juin et 27 août 2015 [TAF pces 17, 19 et 20 ainsi que leurs annexes]).

## **Droit :**

### **1.**

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

**1.1** La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

**1.2** La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

**1.3** Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance de frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

### **2.**

Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3<sup>e</sup> éd. 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La

procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176). Cependant, l'autorité saisie 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 (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2<sup>ème</sup> édition 2013, p. 25 n. 1.55).

### 3.

**3.1** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 139 V 297 consid. 2.1, 130 V 445 consid. 1.2.1). Dans le domaine de l'assurance-invalidité des modifications législatives sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3837, FF 2001 3045), le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 5129, FF 2005 4215) et le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Concrètement, le droit à une rente d'invalidité de la recourante est déterminé pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 selon les anciennes règles en vigueur et pour la période suivante selon les règles en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, étant noté qu'un éventuel droit à une rente d'invalidité s'éteint en l'occurrence le 31 août 2011, l'assurée étant née en août 1947 (cf. consid. 6.6 et 8 ci-dessous). La décision litigieuse ayant été rendue le 29 juillet 2014, les dispositions légales en vigueur jusqu'à ce moment-là sont également pertinentes.

**3.2** L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, double ressortissante suisse et hollandaise, a été assurée en Suisse de nombreuses années et vit actuellement au Luxembourg. La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Sont également déterminants 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) ainsi que 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). La modification de l'annexe II de l'ALCP et les règlements n° 883/2004 (RS

0.831.109.268.1) et n° 987/2009 (RS 0.831.109.268.11), qui pour la relation avec la Suisse ont pris effet au 1<sup>er</sup> avril 2012, ne sont pas déterminants en l'espèce (cf. art. 87 par. 1 du règlement n° 883/2004; ATF 140 V 98 consid. 5.2, 139 V 297 consid. 2.1 et 138 V 392 consid. 4.1.3).

D'après l'art. 3 du règlement n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions de l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4).

#### **4.**

En l'espèce est litigieuse la question à savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité.

#### **5.**

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (cf. art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

En l'occurrence, la recourante, ayant cotisé à l'AVS/AI suisse de nombreuses années (TAF pce 22 annexe), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

#### **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA).

En Suisse, la notion d'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

**6.2** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008, respectivement selon l'art. 28 al. 2, dans sa version en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente si elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente si elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne s'ils ont leur domicile ou leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (cf. ALCP malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

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

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure de possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. A défaut d'un salaire de référence,

un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

**6.4** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b s'applique si l'état de santé est labile, c.-à-d. susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b) ; il en résulte que dans la grande majorité de cas, la let. b est applicable et qu'il y a donc invalidité après un délai d'attente d'une année. Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c).

Aux termes de l'art. 29 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance.

**6.5** Selon l'art. 48 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré qui a présenté sa demande de rente plus de 12 mois après la naissance du droit, n'a en principe droit à des prestations que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande.

**6.6** Au vu de l'art. 30 LAI, la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre la rente de vieillesse de l'AVS ou si elle décède.

Selon l'art. 21 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), ont droit à une rente de vieillesse, les femmes qui ont atteint 64 ans révolus. Conformément à l'art. 21 al. 2 LAVS, le droit à une rente de vieillesse prend naissance le premier jour du mois suivant celui où a été atteint l'âge prescrit.

**7.**

**7.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunisse les pièces nécessaires, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.1 ci-dessus), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

**7.2** Dans certaines situations, il est indiqué de mettre en œuvre une expertise médicale. La tâche de l'expert est alors 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. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références ; aussi arrêt du Tribunal fédéral I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

## **8.**

A titre initial, le TAF note, conformément à son arrêt du 21 avril 2009 (C-332/2008 consid. 5), qu'une éventuelle rente d'invalidité ne sera versée qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004, l'assurée ayant présenté sa demande de prestation de l'assurance-invalidité suisse le 21 avril 2005 (cf. consid. 6.5 ci-dessus). En outre, l'assurée étant née en août 1947, un éventuel droit à une rente d'invalidité est éteint le 31 août 2011 quand la recourante a eu 64 ans révolus (cf. consid. 6.6 ci-dessus). Dès lors, il appartient au Tribunal d'examiner si la recourante a droit à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2004 au 31 août 2011. Par ailleurs, il résulte de ce qui précède que

l'état de santé de la recourante postérieur au 31 août 2011 n'est pas déterminant en l'espèce. Le TAF ne se prononcera donc pas sur les nombreux rapports médicaux récents que l'assurée a versés en cause.

## 9.

**9.1** Du point de vue somatique, les experts, le Dr B. \_\_\_\_\_, interniste, la Dresse C. \_\_\_\_\_, cardiologue, et le Dr D. \_\_\_\_\_, orthopédiste, ont retenu dans leur rapport d'expertise du 13 janvier 2010 comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée une cardiopathie ischémique chronique, une obésité morbide de stade III selon l'OMS, un diabète de type II non insulino-dépendant avec essentiellement une complication microangiopathique, des lombalgies chroniques avec antécédent de spondylodèse L4-L5 pour spondylolisthésis ainsi qu'une rhizarthrose et une arthrose interdigitale. Les experts ont également diagnostiqué une cardiopathie vasculaire dégénérative mitrale et aortique sans répercussion hémodynamique, une hypothyroïde substituée, une hypertension artérielle, une diverticulose sigmoïdienne, une coxarthrose débutante et un asthme bronchique de degré léger persistant (AI pce 152 p. 11). Quant au début de l'incapacité de travail, les expertes expliquent que vraisemblablement d'un point de vue orthopédique, il y a eu une réduction de la capacité de travail dans l'activité habituelle d'hôtelière polyvalente ou d'aide-soignante ou de podologue depuis l'accident de circulation en 1996. Les événements cardiaques survenus par la suite ont également représenté une réduction de la capacité de travail de plus de 20% mais ceci de manière ponctuelle pour des durées assez brèves. Depuis 2006, la capacité de travail si l'on excepte les événements ponctuels est restée pratiquement inchangée et elle est de 50% dans l'ancienne activité d'hôtellerie polyvalente impliquant travaux ménagers, cuisine, travaux d'entretien, et de 80% dans une activité de type sédentaire, en position assise ou alternée sans port de charges. Ils précisent que les limitations en relation avec les atteintes de l'appareil locomoteur et de la cardiopathie excluent les travaux lourds, les ports de charge et les travaux pénibles. Les atteintes métaboliques sont responsables d'une baisse de rendement (AI pce 152 pp. 13 et 14). Le Dr E. \_\_\_\_\_ du service médical de l'OAIE qui a confirmé dans sa prise de position du 3 février 2010 les conclusions de l'expertise, a fixé le début de l'incapacité de travail de l'assurée au 20 août 2005 ce qui correspond à la date indiquée par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical détaillé E213 du 5 octobre 2005 (AI pce 158 en relation avec les pces 72 et 56).

**9.2** Les 24 septembre 2014 et 14 juin 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR confirme la pertinence de ces conclusions (AI Vol. II pce 157 et TAF pce 12 annexe). Tenant compte des derniers rapports médicaux produits par l'assurée (cf. TAF pces 5, 6 et ainsi que leurs annexes), il explique que la présence d'un problème cervical n'est documentée que depuis les radiographies de la colonne cervicale du 18 mai 2012 et ainsi après l'âge de la retraite de l'assurée ; il précise que le Dr D.\_\_\_\_\_ ne l'a pas observé lors de l'expertise orthopédique de 2009. Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, le problème lombaire est resté inchangé, le nouveau scanner du 24 septembre 2014 (signé du Dr K.\_\_\_\_\_) ne montre pas d'évolution significative, en particulier pas de hernie discale compressive. Le médecin du SMR poursuit que le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 11 septembre 2014 n'indique pas la persistance d'une cardiopathie ischémique dont il était tenu compte lors de l'expertise bidisciplinaire de 2009. De même, l'obésité n'existe plus (TAF pce 12 annexe).

**9.3** Le Tribunal de céans n'a aucune raison d'écarter les conclusions de ces médecins. En particulier, il constate que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 janvier 2010 contient une anamnèse complète et détaillée de la situation au plan cardiologique, métabolique et orthopédique (AI pce 152 pp. 2 à 10, AI pce 153 pp. 2 à 5 et AI pce 154), qu'elle prend en considération les plaintes subjectives de la recourante (AI pce 152 pp. 9 s. et AI pce 153 p. 2) et qu'elle se fonde sur un examen médical clinique, neurologique et radiologique complet (AI pce 152 pp. 10 s, AI pce 153 pp. 3 à 5 et AI pce 154). L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées en détail et elles sont concordantes (AI pce 152 pp. 12 à 14, AI pce 13 pp. 5 s. et AI pce 154). Enfin, les Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, spécialistes en cardiologie respectivement en chirurgie orthopédique, possèdent les titres nécessaires pour examiner et apprécier les troubles de l'assurée. Par conséquent, le rapport du 13 janvier 2010 remplit les conditions jurisprudentielles requises (cf. consid. 7.2). Les conclusions de l'expertise ont par ailleurs été confirmées par les Drs E.\_\_\_\_\_ (AI pce 158) et J.\_\_\_\_\_ (AI Vol. II pce 157 et TAF pce 12 annexe), celui-ci en tenant compte des derniers rapports médicaux datés de 2014 versés au dossier.

S'agissant du début de l'incapacité de travail déterminante, le TAF peut également retenir qu'il a été correctement fixé au 20 août 2005 (cf. l'avis du Dr E.\_\_\_\_\_ 3 février 2010 [AI pce 158]). Cette date est de plus corroborée par la décision du Grand-Duché de Luxembourg selon laquelle les prestations d'invalidité sont versées à partir du 21 août 2005 (AI pce 24).

La recourante n'explique pas pour quelles raisons d'un point de vue médical ces conclusions ne seraient pas pertinentes. Or, conformément à la jurisprudence, il appartient à la partie recourante, si elle entend remettre en cause l'évaluation des experts, de faire état d'éléments contradictoires ou objectivement vérifiables ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour la remettre en cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_809/2014 du 7 juillet 2015 consid. 4.1). Le simple fait qu'un avis médical divergent ait été produit par la personne assurée – même émanant d'un spécialiste – ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**9.4** Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ du 22 février 2014 que l'assurée est exempte de toute symptomatologie psychiatrique. L'expert explique par ailleurs que les rapports du Dr H.\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'aboutir au constat de la présence d'une dépression étant donné qu'aucun symptôme pathologique n'a été décrit dans ses rapports (AI Vol. 2 pce 96).

A l'instar du Dr F.\_\_\_\_\_ qui confirme les conclusions de l'expert psychiatrique (AI Vol 2 pce 107), le Tribunal de céans constate que ce rapport d'expertise remplit les conditions jurisprudentielles (cf. consid. 7.2). Il contient une anamnèse complète et détaillée (pp. 3 à 12 du rapport), prend en considération les plaintes subjectives de la recourante et son déroulement du quotidien (pp. 12 et 13) et se fonde sur un examen médical clinique complet (pp. 13 et 14). L'appréciation du cas et les conclusions sont motivées d'une manière très détaillée et elles sont concordantes (pp. 14 à 20). En particulier, le Dr I.\_\_\_\_\_ explique pourquoi il ne retient pas les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr I.\_\_\_\_\_ possède les titres nécessaires pour apprécier les troubles psychiatriques de l'assurée. Du reste, par la suite, les différents médecins dont l'assurée a produit des rapports n'ont plus fait état de troubles psychiatriques (cf. avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2015 [TAF pce 12 annexe]).

**9.5** En conclusion, le TAF retient que l'assurée présente depuis le 20 août 2005 une incapacité de travail de 50% dans l'ancienne activité d'hôtellerie polyvalente impliquant travaux ménagers, cuisine, travaux d'entretien. Dans une activité de type sédentaire en position assise ou alternée sans port de charges, sa capacité de travail est cependant de 80%.

En outre, le Tribunal note que l'assurée ne souffre pas d'un état de santé stabilisé aux termes de l'art. 29 al. 1 let. a LAI (cf. consid. 6.4 ci-dessus; cf. également l'arrêt du TAF du 21 avril 2009 [C-332/2008] consid. 9).

#### **10.**

L'OAIE a déterminé le taux d'invalidité de l'assurée selon la méthode ordinaire de comparaison de revenus – en effet, si l'assurée était en bonne santé elle aurait continué de travailler à 100% (cf. (AI Vol 2 pce 50 pp. 12 s.) – sur la base des données statistiques (cf. l'évaluation de l'invalidité du 23 février 2010 [AI pce 160] ; cf. également consid. 6.3 ci-dessus).

Toutefois, l'assurée étant née en août 1947 et ayant eu 64 ans en 2011, il sied en l'espèce de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux personnes assurées se trouvant proche de l'âge de la retraite.

**10.1** En effet, bien qu'il incombe de règle générale à la personne assurée une obligation de diminuer le dommage (cf. art. 7 LAI; ATF 123 V 96 consid. 4c, 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 11 V 239 consid. 2a), ce qui implique qu'il lui appartient de s'intégrer de son propre chef dans le marché de travail, et que son âge n'est pas un élément déterminant (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références citées), il est admis, lorsqu'une personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, qu'il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPG; arrêt du Tribunal fédéral I 462/02 du 26 mai 2003 consid. 2.3) ; en effet, l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes.

Concrètement, lorsqu'une personne assurée est proche de l'âge de la retraite, cela revient à déterminer, dans un cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à l'engager compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_118/2015 du 9 juillet 2015 consid. 4.3) et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi et dans ce contexte notamment de sa personnalité et de ses compétences (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_118/2015 cité consid. 2.2), d'une éventuelle absence du marché du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_456/2014 du 19 décembre 2014 consid. 3.3.2) ainsi que du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire (ATF 138 V 457

consid. 3.1; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1). En particulier, la mise en valeur économique de la capacité résiduelle de travail d'une personne assurée dépend de la durée prévisible des rapports de travail restants, notamment lors d'un changement professionnel (ATF 138 V 457 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et références).

**10.2** Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**10.3** Le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité résiduelle de travail correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). Lorsqu'il est établi que la personne assurée ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale, aussi pour la période antérieure à ce moment déterminant (ATF 138 V 457 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2013 du 6 mai 2014 consid. 4.5; voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_437/2008 cité consid. 4.3. et 4.4 où l'on devait également tenir compte du taux d'invalidité dans le ménage).

**10.4** En l'occurrence, la capacité de travail résiduelle de l'assurée a été définitivement établie, avec un degré de vraisemblance prépondérant, le 22 février 2014 avec le rapport d'expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ (AI Vol. 2 pce 96), soit bien après que l'assurée ait atteint en août 2011 l'âge de la retraite (cf. consid. 8 ci-dessus). Il en résulte qu'en août 2011, il ne pouvait en aucun cas être exigé de l'assurée qu'elle mette en valeur une quelconque capacité résiduelle de travail. En conséquence, il y a lieu de reconnaître à l'assurée un droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2006 compte tenu du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 al. 1 let b LAI (cf. également art. 29 al. 3 LAI; consid. 6.4 et 9.5 ci-dessus). Aux termes de l'art. 30 LAI, son droit s'éteint le 31 août 2011 (cf. consid. 6.6 et 8 ci-dessus).

## **11.**

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 29 juillet 2014 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 août 2011. Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente d'invalidité de l'assurée ainsi que les intérêts moratoires conformément à l'art. 26 al. 2

LPGA selon lequel des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où la personne assurée a fait valoir ce droit, pour autant qu'elle se soit entièrement conformée à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (cf. art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales [OPGA, RS 830.11]). En vertu de l'art. 7 al. 2 OPGA, l'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. aussi ATF 113 V 9 consid. 3.6; arrêt du TAF C-828/2007 du 13 octobre 2009 consid. 9). L'OAIE rendra ensuite une décision relative au montants à verser.

## 12.

En règle générale, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase PA), a contrario, la partie qui a obtenu gain de cause ne doit pas ces frais (cf. aussi art. 63 al. 3 PA). En conséquence, l'assurée ayant obtenu gain de cause, l'avance de frais de 400 francs versée, lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force. Par ailleurs, aucun frais n'est mis à la charge de l'autorité inférieure (cf. art. 63 al. 2 PA). Partant, il n'est en l'occurrence pas perçu de frais de procédure.

De plus, il n'est pas non plus alloué de dépens, la recourante ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant dû supporter des frais élevés (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis et la décision du 29 juillet 2014 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 août 2011.

**2.**

Le dossier est transmis à l'OAIE afin qu'il détermine le montant de la rente et des intérêts moratoires dus et rende une décision y relatifs.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400 francs versée par la recourante lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- 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 présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse 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 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et doit être signé à la main. 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 :