



---

Cour III  
C-4716/2011

## Arrêt du 4 juin 2013

---

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,  
Isabelle Pittet, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, Espagne,  
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 26 juillet 2011).

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

A.\_\_\_\_\_ est une ressortissante espagnole, née le [...], mariée et mère d'un enfant né en 1979. Elle a travaillé en Suisse au service de divers employeurs, en qualité de concierge/nettoyeuse, d'octobre 1975 à juin 1993 et a cotisé à ce titre auprès de l'assurance vieillesse et invalidité (AVS/AI; OAIE pce 8). De retour en Espagne, elle a effectué une période de chômage du 2 août 1993 au 1<sup>er</sup> février 1995, puis du 22 novembre 2001 au 21 mai 2002. Elle a par ailleurs travaillé comme aide au ménage/femme de chambre du 1<sup>er</sup> février au 31 mars 1999 auprès de l'entreprise B.\_\_\_\_\_, puis du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2001, du 22 octobre au 21 novembre 2001 et, en dernier lieu, du 15 juillet au 14 août 2004 pour l'Hôtel C.\_\_\_\_\_, à raison de 8 heures par jour. Elle n'a plus repris ensuite d'activité lucrative (OAIE pces 2 à 5, 9, 10, 12, 15, 24, 27, 46).

**B.**

En date du 15 octobre 2010, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse, qui l'a reçue le 17 novembre 2010 (OAIE pce 3). Lors de la procédure d'examen de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a recueilli divers renseignements économiques, dont le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage et le questionnaire à l'assuré, du 20 janvier 2011 (OAIE pces 14, 15), ainsi que les documents médicaux suivants:

- un rapport du 28 septembre 2001 du Dr D.\_\_\_\_\_, qui diagnostique des cervicalgies, des cervico-brachialgies bilatérales et un syndrome vertébro-basilaire, une arthrose cervicale avec une dégénérescence discale de C3 à C6, une hernie discale en C4-C5, une arthrose lombaire avec une discopathie en L1-L2 et L5-S1, ainsi qu'une ostéopénie vertébrale, et qui conclut que les troubles dont souffre l'intéressée sont incompatibles avec l'exercice de toute activité professionnelle (OAIE pce 18),
- un document manuscrit du 17 avril 2010, établi auprès de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, qui fait état d'une arthrose cervicale et lombaire, et d'une discopathie en C4-C5 et C5-C6 (OAIE pce 19), ainsi qu'un rapport de radiologie du 28 juillet 2010, examen effectué au niveau de la colonne vertébrale et des genoux auprès du même établissement (OAIE pces 20, 21),

- un document médical du 1<sup>er</sup> octobre 2010 du Service [...] de la santé, énumérant, outre les diagnostics précités, ceux de diabète de type 2, d'hypertension artérielle et d'obésité (OAIE pce 22),
- le rapport E 213, du 5 novembre 2010, établi par la Dresse F.\_\_\_\_\_, laquelle note les diagnostics d'arthrose cervicale et lombaire, ainsi que de hernie discale C4-C5, atteintes qu'elle qualifie de chroniques, présentant des périodes d'exacerbations, et conclut que l'intéressée est encore en mesure d'effectuer des travaux lourds de manière régulière et d'exercer son ancienne activité, comme une autre activité, à temps complet (OAIE pce 23).

### **C.**

Dans sa prise de position du 28 février 2011 (OAIE pce 24), la Dresse G.\_\_\_\_\_, du service médical de l'OAIE, a retenu le diagnostic principal de syndrome cervical et de syndrome lombo-vertébral avec des altérations dégénératives, ainsi que de gonalgie, avec toutefois une fonctionnalité conservée; comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a noté ceux de diabète, d'hyperlipidémie, d'hypertension artérielle et d'adiposité. Elle ne constate aucune limitation fonctionnelle, ni aucune atteinte à la santé susceptible de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité, et estime que l'intéressée peut poursuivre sans restriction tout aussi bien son activité professionnelle occasionnelle d'aide au ménage que la prise en charge des travaux habituels dans son ménage.

Par projet de décision du 15 mars 2011 (OAIE pce 25), l'OAIE a informé A.\_\_\_\_\_ qu'il entendait refuser sa demande de prestations, en l'absence d'invalidité.

### **D.**

Par écritures des 5 et 8 avril 2011 (OAIE pces 26, 37, 38), A.\_\_\_\_\_ s'est opposée au projet de décision précité, estimant qu'elle remplit toutes les conditions légales pour l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité. Elle joint à ses écritures de nouveaux documents, dont une information sur sa carrière en Espagne et les cotisations sociales qui y sont liées (OAIE pce 27), trois documents de la Direction de la santé et des services sociaux de X. du 28 janvier 2000 relevant les mêmes diagnostics que le Dr D.\_\_\_\_\_ et reconnaissant à l'intéressée un degré d'invalidité de 42% (OAIE pces 28 à 30), un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2003 qui ajoute le diagnostic de syndrome dysthymique secondaire aux périodes algiques d'exacerbation et conclut à une

incapacité dans l'exercice de l'activité professionnelle (OAIE pce 31), ainsi qu'une convocation du 9 mars 2011 de la Section de qualification et évaluation de l'incapacité à X. pour l'examen de l'incapacité de l'intéressée (OAIE pce 35). Le 20 mai 2011, cette dernière a encore transmis à l'OAIE un CR-ROM contenant les radiographies du 28 juillet 2010 (OAIE pces 40, 41).

Invitée à se prononcer sur les nouveaux documents versés au dossier, la Dresse G.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 17 juillet 2011 (OAIE pce 43), a confirmé ses conclusions précédentes.

Par décision du 26 juillet 2011 (OAIE pce 44), l'administration a confirmé son projet de décision.

#### **E.**

Par acte du 24 août 2011 (TAF pce 1), déposé à la Poste espagnole le même jour, A.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée au Tribunal de céans, faisant valoir à nouveau qu'elle remplit les conditions ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle joint à son recours un nouveau rapport médical, du 4 août 2011, établi par la Dresse I.\_\_\_\_\_, laquelle atteste d'atteintes à la santé d'ores et déjà connues.

#### **F.**

Par décision incidente du 5 septembre 2011, notifiée le 12 septembre 2011 (TAF pces 2, 3), le Tribunal administratif fédéral a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 400.- dans un délai de 30 jours dès réception de ladite décision incidente. En date du 15 septembre 2011, la somme requise a été versée sur le compte du Tribunal (TAF pces 4).

#### **G.**

A nouveau consultée, la Dresse G.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 29 novembre 2011 (OAIE pce 54), a une fois encore confirmé ses précédents avis, discutant les documents médicaux au dossier.

Dans sa réponse au recours du 8 décembre 2011 (TAF pce 8), l'autorité inférieure a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

**H.**

Par réplique du 27 décembre 2011 (TAF pce 10), la recourante a fait état des atteintes à la santé et douleurs dont elle souffre, et maintenu qu'elle a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans sa duplique du 2 février 2012 (TAF pce 13), l'autorité inférieure a réitéré les conclusions contenues dans sa réponse.

**Droit :****1.**

**1.1** Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral 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. Or, en vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et art. 28 à 70 LAI), 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** En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

## 2.

**2.1** La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu 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 par renvoi statique au droit européen (art. 8 et 20 ALCP; voir également art. 80a LAI). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RO 2004 121), également applicable, tout comme le règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972 du Conseil relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit 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. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son annexe II, ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

Les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et (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, valables dans les relations entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne dès le 1<sup>er</sup> avril 2012, avec l'entrée en vigueur de l'annexe II révisée de l'ALCP, et qui remplacent les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72, ne sont pas applicables dans la présente procédure.

**2.2** Quant au droit applicable au fond, il est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2, ATF 130 V 445 consid. 1.2). Il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard de la LAI et de son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 (modifications introduites par la nouvelle du 6 octobre 2006 [5<sup>e</sup> révision],

entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [RO 2007 5129]), les dispositions de la 6<sup>e</sup> révision (premier volet) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RO 2011 5659; FF 2010 1647) n'étant pas applicables.

### **3.**

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

### **4.**

**4.1** 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 (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 6 LPGA).

Ainsi 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 (méthode générale).

**4.2** Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 al. 1 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, telles les personnes s'occupant du ménage, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels,

telles les tâches domestiques (méthode spécifique; art. 28a al. 2 LAI, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'appréciation de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références).

**4.3** Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (méthodes générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte; art. 28a al. 3 RAI; sur la conformité au droit de cette méthode, arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C\_790/2010 du 8 juillet 2011; ATF 125 V 146). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

**4.4** L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée, 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.

**4.5** Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (art. 28a LAI) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (art. 27<sup>bis</sup> RAI; ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du

Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

## 5.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c).

## 6.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., ch. 2.2.6.5).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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 (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

## 7.

Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a jugé en effet 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 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux importants 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).

S'agissant de la valeur probante du rapport d'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré travaillant dans le ménage, il y a lieu de relever qu'en règle générale, une telle enquête n'est pas réalisée auprès des assurés résidant à l'étranger. Néanmoins, l'appréciation de l'incapacité de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels doit, dans la mesure du possible, se fonder sur des principes analogues (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références; Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). Cette appréciation reposera en particulier sur une documentation médicale et sur le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, bien que celui-ci, habituellement rempli par les assurés eux-mêmes, ne puisse être assimilé à un rapport d'enquête sur les activités ménagères effectué par un enquêteur habilité. Ce document ne peut donc, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'Office AI (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

**8.**

En l'espèce, il est admis tant par les médecins traitants de la recourante et par la Direction de la santé et des services sociaux de X. que par la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Institut national de sécurité sociale (INSS) espagnol, dans le rapport E 213, et par le médecin du service médical de l'OAIE, que la recourante souffre principalement d'un syndrome cervical et lombo-vertébral avec des altérations dégénératives (arthrose, hernie discale) et des périodes d'exacerbations, et de gonalgie; il est aussi fait état de diabète, d'hyperlipidémie, d'hypertension artérielle et d'adiposité (OAIE pces 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 31; TAF pce 1). Apparaît également le diagnostic de syndrome dysthymique, secondaire aux phases algiques d'exacerbation, qui n'est toutefois mentionné que dans un seul rapport, celui du Dr H.\_\_\_\_\_, datant du 27 janvier 2003, soit d'un peu plus de sept ans avant le dépôt de la demande de prestations, et qui n'est plus évoqué par la suite.

Le litige porte ainsi sur les répercussions des atteintes précitées sur la capacité de travail de l'intéressée et sur sa capacité à accomplir ses travaux habituels, singulièrement sur le point de savoir si elle présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

**9.**

Il sied tout d'abord de relever, concernant le statut de la recourante, que la Dresse G.\_\_\_\_\_, dans sa prise de position du 28 février 2011 (OAIE pce 24), a indiqué que la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable en l'occurrence était la méthode mixte, la recourante travaillant épisodiquement comme aide au ménage/femme de chambre, durant des périodes limitées. De son côté, la recourante affirme, dans le questionnaire à l'assuré (OAIE pce 15), que lorsqu'elle est rentrée en Espagne, ses problèmes de santé l'ont empêchée d'effectuer de multiples travaux et qu'elle a cessé son activité professionnelle le 14 août 2004 en raison de son état de santé; on pourrait dès lors en déduire qu'elle aurait travaillé plus, voire à temps complet, sans atteintes à la santé. Or la question de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable en l'espèce peut rester ouverte, dans la mesure où, ainsi qu'en a conclu l'autorité inférieure en se basant sur les conclusions du formulaire E 213 et de son service médical, la recourante ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse, que ce soit dans l'accomplissement des travaux domestiques ou dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle.

**10.**

**10.1** En effet, la Dresse F.\_\_\_\_\_, dans le rapport E 213 du 5 novembre 2010 (OAIE pce 18) faisant suite à un examen personnel de l'intéressée le 3 novembre 2010, relève que les affections observées (E 213 p. 8), qui sont chroniques et présentent des périodes d'exacerbation, ne sont pas invalidantes et n'entraînent pas de limitations fonctionnelles, mise à part durant les périodes d'exacerbation où, en raison de la douleur ressentie, il existe une limitation dans des tâches impliquant une surcharge intense et continue au niveau cervical et lombaire, la recourante conservant toutefois une bonne fonctionnalité. La Dresse F.\_\_\_\_\_ estime dès lors que l'intéressée est encore en mesure d'effectuer régulièrement des travaux lourds et qu'elle est donc toujours capable d'exercer à temps complet son activité habituelle ou toute autre activité professionnelle.

Cette évaluation, complète et cohérente, qui se fonde sur un examen clinique circonstancié de la recourante (E 213 p. 3 à 6), tient compte des antécédents et plaintes de cette dernière (E 213 p. 2) et donne une appréciation de même que des conclusions claires et motivées de la situation (E 213 p. 8 à 10), satisfaisant ainsi aux exigences jurisprudentielles en la matière (voir supra consid. 7), se trouve par la suite corroborée par les prises de position successives des 28 février, 17 juillet et 29 novembre 2011 de la Dresse G.\_\_\_\_\_ (OAIE pces 24, 43, 54). Ce médecin note, au vu des documents au dossier et en particulier des radiographies fournies, que les altérations présentes au niveau cervical, lombo-vertébral et des genoux sont légères à modérées, que la fonctionnalité du rachis et des genoux est par ailleurs entièrement conservée, la démarche normale et qu'aucun déficit radiculaire sensori-moteur n'est à relever. Elle ne constate aucune atteinte à la santé susceptible de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité, ne note aucune limitation fonctionnelle et estime que la recourante peut sans restriction exercer son activité professionnelle habituelle tout comme effectuer les travaux afférents à un ménage de trois personnes. La Dresse G.\_\_\_\_\_ conclut donc à une pleine capacité dans l'exercice d'une activité lucrative et dans l'accomplissement des travaux habituels.

Là encore, les positions exprimées sont convaincantes et complètes, et le Tribunal de céans peut s'y rallier, en particulier dans la mesure où les rapports de la Dresse G.\_\_\_\_\_ portent une appréciation motivée et cohérente sur la situation médicale de l'intéressée et expliquent pourquoi, en présence de pièces médicales contradictoires, il y a lieu de retenir les conclusions figurant dans le rapport E 213 et d'écartier les opinions

contraires (voir notamment prise de position du 29 novembre 2011 [OAIE pce 54]; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

**10.2** En effet, parmi les autres documents médicaux versés au dossier, dont la plupart, s'ils permettent d'établir les affections dont souffre la recourante, consistent en résultats d'examens radiologiques ou en énumérations de diagnostics, sans faire état de limitations fonctionnelles, deux se prononcent sur la question de la capacité de travail pour conclure, au contraire du rapport E 213 et des avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_, à une incapacité de travail de l'intéressée.

**10.2.1** Dans le premier de ces deux rapports, du 28 septembre 2001 (OAIE pce 18), le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, conclut à une incapacité totale dans l'exercice de toute activité professionnelle, tout en posant les mêmes diagnostics que ceux retenus dans le rapport E 213 au niveau du rachis. Or, outre que ce document est ancien, il est succinct et, ainsi que le relève la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 29 novembre 2011, peu motivé, le Dr D.\_\_\_\_\_ ne décrivant aucune limitation fonctionnelle qui permettrait d'expliquer sa conclusion quant à l'incapacité de travail de l'intéressée. En outre, le Tribunal remarque que la recourante a à nouveau travaillé comme aide au ménage/femme de chambre auprès de l'Hôtel C.\_\_\_\_\_ du 22 octobre au 21 novembre 2001, soit moins d'un mois après le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, période d'activité suivie par une période de chômage dès le 22 novembre 2001 (OAIE pce 12; cf. supra A); il n'apparaît pas ainsi que son état de santé ait alors été incompatible avec l'exercice de son activité habituelle. Enfin, le rapport du 28 septembre 2001 émane d'un médecin travaillant auprès de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ où la recourante a indiqué se faire soigner depuis 1993 (OAIE pce 15 p. 4) et, comme le Dr D.\_\_\_\_\_ le mentionne, a été établi à la demande de la patiente. Or, le Tribunal fédéral l'a précisé, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire; le juge peut et doit tenir compte, dans ce contexte, 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. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c). Le rapport du

Dr D.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2001 ne saurait en conséquence mettre en cause les conclusions du rapport E 213 et celles de la Dresse G.\_\_\_\_\_.

**10.2.2** Le second rapport est celui du Dr H.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2003 (OAIE pce 31), qui conclut quant à lui qu'en raison des pathologies et des épisodes algiques et dysthymiques dont souffre la recourante, celle-ci présente une incapacité dans l'exercice de son activité professionnelle, le port de charges et les efforts physiques intenses devant être évités. Si ce rapport est un peu plus motivé que le précédent, dans la mesure où il décrit des limitations fonctionnelles liées aux pathologies diagnostiquées, il ne saurait mieux convaincre, étant lui aussi ancien, succinct et établi à la demande de l'intéressée. En particulier, comme le souligne la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 29 novembre 2011, il ne donne aucun détail anamnestique, ni ne fait état des résultats d'un examen clinique. En outre, il s'avère que la recourante a à nouveau pu reprendre son activité par la suite, du 15 juillet au 14 août 2004. Enfin, il sied de préciser, ce qu'a également fait la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 17 juillet 2011, que la dysthymie ne constitue pas, en principe, à elle seule, une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_246/2010 du 11 mai 2010 consid. 2.2.1 et les références). Eu égard au fait qu'aucune atteinte psychique grave n'apparaît dans ce dossier, à côté du diagnostic de dysthymie, il n'y a pas de motifs pertinents pour s'écarter de cette règle jurisprudentielle en l'espèce.

**10.3** Se trouvent encore au dossier des documents de la Direction de la santé et des services sociaux de X. du 28 janvier 2000 reconnaissant à la recourante un degré d'invalidité de 42% (OAIE pces 28 à 30). Or, ainsi que l'expose l'autorité inférieure dans la décision litigieuse, de jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après 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. En effet, selon l'art. 40 par. 4 du règlement (CEE) n° 1408/71, la décision prise par l'institution d'un Etat membre au sujet de l'état d'invalidité d'un requérant ne s'impose à l'institution de tout autre Etat membre concerné qu'à la condition que la concordance des conditions relatives à l'état d'invalidité entre les législations de ces Etats soit reconnue à l'annexe V, ce qui n'est pas le cas pour les relations entre

la Suisse et chacun des autres Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.4), l'invalidité selon le droit suisse étant constituée par les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, et non par l'atteinte à la santé en tant que telle.

**10.4** Enfin, le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 20 janvier 2011 (OAIE pce 14), que la recourante a elle-même rempli et signé, n'est pas non plus de nature à remettre en question les conclusions du rapport E 213 et de la Dresse G.\_\_\_\_\_. En effet, outre que ce document ne peut, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par le médecin-conseil de l'OAIE (voir supra consid. 7), il en ressort que l'intéressée est encore capable de prendre en charge les tâches ménagères, toutefois, pour certains travaux, avec quelques difficultés et l'aide des membres de sa famille, son ménage se composant de son mari et de son enfant, âgé de 31 ans à la date du questionnaire. Ainsi, la recourante admet être en mesure, bien qu'avec difficultés, de préparer les repas, de laver la vaisselle (sans lave-vaisselle) et de nettoyer la cuisine. S'agissant de l'entretien de la maison dans laquelle vit la famille, la recourante affirme utiliser l'aspirateur et faire les lits, bien que toujours avec difficulté, mais ne pas nettoyer les vitres. Elle indique également faire la lessive, étendre le linge et raccommoder, mais ne pas repasser car elle doit rester debout. Pour les achats, l'intéressée déclare avoir besoin d'être accompagnée, ne pouvant porter de poids.

Il résulte dès lors de ce qui précède que la recourante peut s'acquitter seule de la plupart des activités du ménage – lesquelles s'apparentent d'ailleurs aux tâches exigées dans son activité professionnelle d'aide au ménage qu'elle est jugée apte à effectuer –, intégrant pour le reste, de manière adéquate, l'aide que peuvent lui apporter les membres de sa famille. A cet égard, il y a lieu de préciser que l'assuré qui s'occupe du ménage, à temps plein ou partiellement, a l'obligation de réduire le dommage et qu'afin de satisfaire à cette obligation, il doit de sa propre initiative, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés. L'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches; à cet égard, une incapacité significative 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. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.2 et 3.3.3, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_440/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2 et I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève Zurich Bâle 2011, n° 2156 et les références, 2157, 2175). Cette aide accrue que l'on peut raisonnablement attendre de l'entourage de la recourante – à savoir en l'occurrence de son mari et de son enfant adulte – vient encore renforcer les conclusions des médecins quant à la pleine capacité de cette dernière dans l'accomplissement des tâches domestiques.

#### **11.**

En conséquence, dans la mesure où les pièces versées au dossier ne sont pas de nature à infirmer ou modifier les conclusions convaincantes du rapport E 213 du 5 novembre 2010 et du service médical de l'OAIE, le Tribunal de céans retient que l'intéressée est apte à travailler à temps plein dans tout type d'activité et à accomplir les travaux habituels de son ménage.

Partant, le recours étant manifestement infondé, il doit être rejeté dans une procédure à juge unique en application de l'art. 85<sup>bis</sup> al. 3 de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10), auquel renvoie l'art. 69 al. 2 LAI.

#### **12.**

La recourante, qui succombe, doit s'acquitter des frais de justice fixés, compte tenu de la charge liée à la procédure, à Fr. 400.- (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

En outre, vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 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]).

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée au cours de l'instruction.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Isabelle Pittet

**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 :