



Cour III
C-5167/2008/coo

{T 0/2}

Arrêt du 9 novembre 2009

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Franziska Schneider, Stefan Mesmer, juges,
Oliver Collaud, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître José Nogueira Esmorís,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 juillet 2008).

Faits :**A.**

Après avoir travaillé en Suisse à temps partiel dans le nettoyage d'octobre 1971 jusqu'en juillet 1991, A._____, ressortissante espagnole née le [...] 1949, a quitté ce pays pour l'Espagne où elle n'a plus repris d'activité autre que celle de femme au foyer (pces OAIE 1 et 37). Le 28 décembre 1994, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité suisse (AI) par l'entremise de l'autorité espagnole compétente (pce OAIE 2). L'Office de l'assurance invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a rejeté cette requête par décision du 1^{er} mai 1996 au motif que l'assurée ne présentait pas d'invalidité (pce OAIE 26).

B.

B.a Le 9 juin 2004, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI (pce OAIE 30). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, les pièces suivantes ont notamment été produites:

- le rapport E 213 du 15 juillet 2004 établi par le Dr B._____ de la sécurité sociale espagnole qui a posé le diagnostic de cardiopathie rhumatismale avec double lésion mitrale, d'hypercholestérolémie, de spondylarthrose lombaire débutante, de trouble dépressif récurrent modéré et de fibromyalgie, observant que, malgré une incapacité globale de 50% et des limitations fonctionnelles pour effectuer des tâches impliquant un risque de lésions, une attention mentale et des efforts physiques importants, l'assurée pouvait assumer des tâches ménagères courantes (pce OAIE 68);
- les rapports médicaux du service de psychiatrie du Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (ci-après: le CHUSC) des 10 octobre 2002 et 10 juillet 2003 (pces OAIE 50 et 55);
- le rapport médical du Dr C._____ du 14 décembre 2004 concluant à une incapacité de travail de l'intéressée (pce OAIE 66);
- le rapport établi, le 30 décembre 2004, par le Dr D._____ observant que les traitements de réhabilitation entrepris jusqu'alors n'avaient eu que peu de résultats (pce OAIE 67).

Le dossier de A._____ a été soumis au Service médical de l'OAIE qui, dans l'enquête sur les activités ménagères annexée à sa prise de position du 29 mars 2005, a retenu une invalidité de 20% en tant que ménagère (pces OAIE 70 et 70.1).

B.a Par décision du 12 avril 2005, l'OAIE a rejeté la demande de prestations (pce OAIE 71) et, suite à l'opposition formée par l'intéressée le 24 mai 2005 (pce OAIE 72), a confirmé ce rejet par décision sur opposition du 5 septembre 2005 (pce 73).

B.b Par jugement du 12 juillet 2006, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: la Commission) a rejeté le recours dirigé contre la décision sur opposition dont l'avait saisi A._____ agissant le 4 octobre 2005 par l'entremise de Me José Nogueira Esmoris (pce OAIE 76). L'assurée avait entre autres allégué ne plus pouvoir assumer aucune tâche ménagère.

Dans son jugement, la Commission avait en essence retenu, après examen du dossier de la cause, qu'il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'OAIE, l'ensemble des pathologies dont était affectée A._____ ne l'empêchant pas d'exercer normalement son activité de femme au foyer et la gravité des troubles allégués n'étant pas documentée, sans qu'une expertise complémentaire ne soit pour autant nécessaire (jugement de la Commission consid. 7b).

B.c Par acte daté du 30 août 2006, l'assurée, représentée par Me José Nogueira Esmoris, a porté le jugement de la Commission en recours devant le Tribunal fédéral (pce OAIE 77).

Dans son arrêt I 733/06 du 16 juillet 2007, la Haute Cour a estimé que l'appréciation de la Commission reposait sur une constatation incomplète des faits. A cet égard, elle a notamment relevé une prise en compte incomplète du rapport E 213 du Dr B._____ ainsi que des contradictions non élucidées dans la prise de position du Service médical de l'OAIE du 29 mars 2005. Le Tribunal fédéral a en outre observé qu'aucun de ces documents ne permettait de déterminer les répercussions des atteintes sur les activités usuelles de l'assurée, que la Commission n'avait pas examiné le caractère invalidant de la fibromyalgie qui avait été diagnostiquée et que l'enquête sur les activités ménagères réalisée par l'OAIE n'avait pas les qualités

exigées par la jurisprudence, ne résultant pas entre autres d'un entretien avec l'assurée. Finalement, il a retenu qu'en l'état du dossier, il n'était pas possible de déterminer si, et dans quelle mesure, A._____ était empêchée d'accomplir ses travaux habituels et présentait une invalidité, de sorte que le jugement de la Commission devait être annulé et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

C.

En date du 26 juin 2007, l'OAIE a transmis le dossier de A._____ à son service médical en l'invitant à se déterminer de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'intéressée et à lui communiquer quels « examens spéciaux » étaient à requérir (pce OAIE 87). Dans sa réponse du 28 octobre 2007, le Dr E._____ a proposé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, en Suisse (pce OAIE 88).

C.a Au cours de l'instruction ordonnée par le Tribunal fédéral, les pièces suivantes ont notamment été versées au dossier:

- le questionnaire à l'assuré et le questionnaire relatif aux activités ménagères complétés et signés par l'intéressée le 4 avril 2008 (pces OAIE 102 et 101)
- le certificat du Dr F._____ du 12 février 2008 attestant d'une incapacité à réaliser des travaux requérant de grands efforts physiques (pce OAIE 111);
- le rapport médical du Dr C._____ du 31 janvier 2008 qui a posé le diagnostic de cardiopathie rhumatismale avec double lésion mitrale, d'épisodes de fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque, d'un diabète de type II, d'hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie, d'un syndrome anxio-dépressif, d'une scoliose lombaire avec discopathie et évolution spondylarthrique et avec une rectification de la lordose lombaire causant une sciatique de plus en plus fréquente, d'une tendinopathie supraspinale droite avec infiltration, d'ostéoporose, de fibromyalgie et de nodules thyroïdiens; ce médecin a relevé la nature chronique et progressive des atteintes ainsi que l'incapacité de l'intéressée à réaliser les travaux les plus essentiels de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers (pce OAIE 108);

- le certificat du 31 janvier 2008 du Dr G._____ reprenant pour l'essentiel le diagnostic posé ci-dessus et constatant que l'assurée était incapable d'exercer toute forme d'activité lucrative (pce OAIE 107);
- le rapport du 29 janvier 2008 du Dr H._____, psychiatre, faisant notamment état de troubles dépressifs récurrents (pce OAIE 106);
- le rapport médical du Service de réhabilitation du CHUSC du 29 janvier 2008 relevant que le traitement entrepris n'avait pas apporté d'amélioration notable (pce OAIE 105);
- le rapport médical du Service de rhumatologie du CHUSC du 25 janvier 2008 posant le diagnostic de scoliose lombaire, de spondylarthrose lombaire, d'ostéopénie trabéculaire antérieure, d'un syndrome fibromyalgique et d'une cardiopathie embolique d'anticoagulation chronique (pce OAIE 104);
- le rapport d'expertise rhumatologique du Dr I._____ du 6 février 2008 qui a posé le diagnostic principal de douleurs généralisées, sans explication somatique évidente, relevant du cercle de la panalgie, de la fibromyalgie, de l'atteinte douloureuse chronique ou des troubles somatoformes douloureux, de douleurs lombaires chroniques, de périarthropathie coxale droite et de gonarthrose droite et secondaire de cardiopathie avec lésion mitrale, dyslipidémie, diabète et insuffisance veineuse chronique; ce médecin a en outre relevé que l'assurée pouvait assumer les tâches ménagères courantes et légères, mais pas des travaux plus lourds nécessitant le port de charges sur une distance conséquente ce qui justifiait une incapacité de travail de 20% (pce OAIE 112);
- le rapport d'expertise psychiatrique établi le 3 mars 2008 par le Dr J._____ qui a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux et de dysthymie et a observé une incapacité de travail stable de 15% d'origine psychiatrique (pce OAIE 111);
- le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Dr J._____ et du Dr I._____ du 29 février 2008 selon lequel ils ont observé une incapacité de travail de 20% en raison des atteintes somato-rhumatologique du dos et du genou et de 15%, 10% avec des mesures thérapeutiques, imputables aux troubles somatoformes

douloureux et à la dysthymie, concluant à une incapacité globale de 30% (pce OAIE 110).

En date du 15 mai 2008, le Dr K._____ du Service médical de l'OAIE a établi une prise de position fondée sur l'ensemble des pièces versées au dossier (pce OAIE 117). Il a relevé que le tableau clinique psychiatrique évoqué ne coïncidait pas pleinement avec un diagnostic de dysthymie et que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux n'était accompagné d'aucune comorbidité psychiatrique. Ce médecin a toutefois retenu ces deux atteintes à titre de diagnostic principal ayant une influence sur la capacité de travail et a confirmé l'incapacité de travail fixé dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire, soit de 30% en général, l'incapacité relative aux tâches ménagères s'établissant à 20% selon sa propre appréciation.

C.b Par projet de décision du 22 mai 2008, l'OAIE a informé A._____ qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions légales applicables et que, nonobstant l'atteinte à la santé, l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce OAIE 118). Un délai de trente jours dès réception a été imparti à l'intéressée pour formuler ses éventuelles objections.

Par écrit daté du 16 juin 2008, A._____ s'est opposée au projet de décision de l'assureur (pce OAIE 121). A l'appui de ses conclusions, elle a notamment rappelé toutes les atteintes qui lui avaient été diagnostiquées. Elle a en outre relevé qu'elle n'avait pas été informé des résultats de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par le Dr J._____ et le Dr I._____.

C.c Par décision du 11 juillet 2008, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'AI formulée le 9 juin 2004 pour les mêmes motifs que ceux avancés dans son projet de décision du 22 mai 2008 (pce OAIE 122).

D.

Agissant par courrier daté du 7 août 2008 et remis aux services postaux espagnols le lendemain, A._____ a saisi le Tribunal administratif fédéral d'un recours dirigé contre la décision de l'OAIE du 11 juillet 2008. Concluant à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente de quelque degré que ça soit, la recourante a

renvoyé à l'argumentation présentée par devant la Commission le 22 septembre 2005. Elle a de plus soulevé que l'OAIE ne lui avait pas soumis l'expertise pluridisciplinaire dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendue.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'autorité intimée en a proposée le rejet dans sa réponse du 11 décembre 2008, avançant les mêmes motifs que ceux invoqués à l'appui de sa décision.

Invitée à se prononcer sur la réponse au recours, la recourante a produit, par pli remis aux services postaux espagnols le 20 janvier 2009, une réplique datée du 8 janvier 2009. Persistant dans les moyens et conclusions déposés antérieurement, A._____ a observé notamment que tant l'expertise pluridisciplinaire que la prise de position du Dr K._____ passaient sous silence les atteintes à la santé autres que la dysthymie et les troubles somatoformes douloureux.

E.

Par décision incidente du 27 janvier 2009, le Tribunal administratif fédéral a invité la recourante à s'acquitter, dans les trente jours dès réception, d'une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 300.-- sous peine d'irrecevabilité du recours. Il a en outre transmis à l'assurée copie des rapports d'experts réalisés en février 2008.

En date du 16 février 2009, le montant requis a été versé à la Caisse du Tribunal de céans.

F.

Par pli daté du 22 avril 2009, la recourante a produit un écrit critiquant l'expertise du Dr J._____ et celui du Dr I._____.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les

décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

1.2 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. 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. En application de 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.

Le Tribunal administratif fédéral 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, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, 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; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ

KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

3.

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. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'ALCP, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

3.2 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

4.1 L'examen du droit à des prestations selon la LAI et la LPGA est régi par leur teneur au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI et de la LPGA entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont donc applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes.

4.2 La recourante a présenté sa demande de rente le 9 juin 2004. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 9 juin 2003 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 11 juillet 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

5.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations à l'AVS/AI suisse (art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) respectivement dès le 1^{er} janvier 2008 trois années entières à l'AVS/

AI suisse ou à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'UE (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71), dont l'une au moins en Suisse.

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 4 al. 2 LAI mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

6.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008).

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. 28 al. 1^{er} LAI (art. 29 al. 4 LAI dès le 1^{er} janvier 2008) - 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 pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

6.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI 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 (lettre a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 29 al. 1 let. a LAI s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure

suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI), l'art. 29 al. 1 let. b LAI si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

6.4 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.5 Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

6.6 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGa, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques (art. 28 al. 2 LAI jusqu' au 31 décembre 2007, art. 28a al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008). Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGa qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2^{bis} LAI jusqu'au 31 décembre 2007, 28a al. 2 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008 et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Si l'assuré exerçait une activité à temps partiel il convient de pondérer les deux méthodes (méthode mixte) en fonction du temps alors attribué à l'activité lucrative et aux activités domestiques (art. 28 al. 2^{ter} LAI jusqu'au 31 décembre 2007, 28a al. 3 LAI à partir du 1^{er} janvier 2008 et 27^{bis} RAI). L'invalidité de l'assuré est évaluée selon l'une ou l'autre de ces trois méthodes en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage il convient d'examiner si l'assuré étant valide aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son ménage, cela à la lumière de sa situation familiale, sociale, et professionnelle. Il est tenu compte, pour le cas où l'assuré serait demeuré valide, d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.3).

6.7 S'agissant de l'évaluation des restrictions à l'accomplissement des travaux habituels dans les tâches ménagères, une enquête ménagère motivée et rédigée de façon suffisamment détaillée effectuée au domicile de l'assuré par une personne qualifiée selon les critères posés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité, CIIAI ch.

3090) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (ATF 129 V 67; arrêt du Tribunal fédéral 9C_313/2007 du 8 janvier 2008). Une telle enquête n'est dans la règle pas réalisée s'agissant d'assurés résidant à l'étranger et l'appréciation se fonde sur les avis médicaux et le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage. Ce questionnaire rempli par les assurés ne peut cependant être assimilé à un rapport d'enquête sur les activités ménagères effectué par un enquêteur habilité auquel la jurisprudence reconnaît, en principe, valeur probante. Ce document ne peut donc, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'office (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

6.8 En l'espèce l'assurée, sans formation professionnelle, de retour en Espagne depuis 1991, n'a pas repris d'activité lucrative et n'a pas fait valoir avoir cherché à en exercer une. Son invalidité doit dès lors être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, soit en application de la méthode spécifique.

7.

L'intéressée souffre depuis de nombreuses années de cardiopathie rhumatismale avec double lésion mitrale, d'épisodes de fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque, d'un diabète de type II, d'hypercholestérolémie et hypertriglycémie, d'un syndrome anxio-dépressif, d'une scoliose lombaire avec discopathie et évolution spondylarthrique et avec une rectification de la lordose lombaire causant une sciatique de plus en plus fréquente, d'une tendinopathie supraspinale droite avec infiltration, d'ostéoporose, de troubles somatoformes douloureux et de nodules thyroïdiens.

A défaut d'un état de santé stabilisé seul peut entrer en considération l'art. 29 al. 1 let. b LAI, texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

8.

8.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et

de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

8.2 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^{ème} éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt 9C_859/2007 du Tribunal fédéral du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

9.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti

pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

10.

10.1 Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352; Arrêt du Tribunal fédéral I 870/02 du 21 avril 2004 consid. 3.3.1 et I 515/03 du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées; voir ég. JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 523 ss). Il s'agit d'une affection reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous le nom de « syndrome douloureux somatoforme persistant », caractérisée par « une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient » (OMS, CIM-10: F45.4). Le trouble somatoforme douloureux se définit en termes de discrédance entre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivité médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attend à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis et des techniques à disposition permettant de mesurer et objectiver les symptômes (cf. PIRROTTA, op. cit., p. 524).

10.2 Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. Au demeurant, par exemple, la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs

activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

10.3 Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; PIRROTTA, op. cit., 525 s.). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2)

d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin 4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intenses douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2).

11.

En l'espèce, l'intéressée est suivie médicalement pour de multiples pathologies, dont des troubles somatoformes douloureux. L'ensemble des pathologies et les diagnostics établis par ses médecins traitant ont été reportés dans le rapport d'expertise du Dr I._____ et du Dr J._____. Les derniers rapports médicaux produits par la recourante récapitulent également l'ensemble des atteintes dont elle souffre.

11.1 En ce qui concerne la cardiopathie rhumatismale avec double lésion mitrale, les épisodes de fibrillation auriculaire et l'insuffisance cardiaque, le diabète de type II, l'hypercholestérolémie et l'hypertriglycéridémie, la scoliose lombaire avec discopathie et évolution spondylarthrique et avec une rectification de la lordose lombaire causant une sciatique de plus en plus fréquente, la tendinopathie supraspinale droite avec infiltration, l'ostéoporose, et la manifestation de nodules thyroïdiens, force est de constater ils ne justifient pas à eux seuls une invalidité d'au moins 40%. En effet, compte tenu de l'activité habituellement exercée par la recourante, ces atteintes à la santé n'entraînent qu'une légère limitation fonctionnelle, liée avant tout à certains travaux ménagers nécessitant un travail conséquent du tronc et des épaules. En outre, suite au traitement médicamenteux d'anticoagulation qui a été prescrit et

observé, le status cardio-vasculaire a été considéré comme étant dans la norme. La recourante peut de plus compter sur l'appui de son entourage pour effectuer certains travaux ménagers.

11.2 Il ressort du rapport rhumatologique du Dr I._____ que l'intéressée présentait lors de la consultation un status avec des limitations fonctionnelles douloureuses, mais non structurelles, à l'examen clinique et des atteintes dégénératives multiples au tronc et aux membres inférieurs. Des examens radiologiques ont été effectués sur demande du Dr I._____ et ont conclu, pour l'essentiel, à une scoliose de la colonne avec hyperlordose, un alignement correct des vertèbres, une légère spondylose, une absence de lésion osseuse des vertèbres, une sclérose sous-chondriale du genou et une ostéophytose débutante ainsi qu'une gonarthrose bilatérale marquée avec un rétrécissement de la cavité synoviale. De ce point de vue le taux d'incapacité de travail est de 20% dans l'activité de ménagère. Sur le plan psychiatrique, le Dr J._____ a retenu une dysthymie et des troubles somatoformes douloureux ne justifiant qu'une diminution de rendement de 15% en grande partie imputable aux dits troubles somatoformes. Ce médecin a retenu l'existence d'une comorbidité psychiatrique liée aux douleurs sous la forme d'une dysthymie, sans toutefois mentionner expressément d'autres facteurs plaidant en faveur de troubles somatoformes douloureux invalidants. Il a relevé une fixation hypocondriaque sur les phénomènes douloureux, une bonne orientation, pas de troubles de la lignée psychotique, une représentation positive de la vie, une bonne communication et une capacité d'adaptation préservée. Il considère que la capacité de travail est réduite seulement de 15%, avec des mesures thérapeutiques, elle pourrait être fixée à 90%. Globalement les experts concluent à une incapacité de travail de 30%. Dans sa prise de position du 15 mai 2008, le Dr K._____ du Service médical de l'OAIE s'est montré circonspect en ce qui concerne le diagnostic de dysthymie en considération du status psychiatrique décrit dans le rapport du Dr J._____, mais l'a toutefois retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Le médecin de l'OAIE a par ailleurs relevé que A._____ ne présentait notamment aucun repli social. Le Tribunal administratif fédéral observe de plus que, selon ledit rapport, l'assurée n'a manifesté encore ni ralentissement de la pensée, ni perte d'énergie ou d'intérêt, ni difficultés de concentration, ni idées suicidaires, ni dépréciation de soi, ni troubles

du sommeil ou alimentaire, ni asthénie, ni irritabilité, de sorte qu'on ne saurait retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Il s'ensuit que les troubles somatoformes douloureux dont est atteinte l'intéressée, bien qu'existants et l'affectant dans ses activités quotidiennes, ne peuvent être retenus selon la jurisprudence comme invalidants car ils ne sont pas en relation avec une comorbidité psychiatrique suffisante ou une situation telle que l'intéressée ne puisse y faire face dans ses activités ménagères et son cadre familial. Cela étant, le Service médical de l'OAIE a toutefois confirmé les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire en ce qui concerne la capacité de travail globale qui est estimée à 70%, retenant au final un taux d'invalidité de 20% dans les tâches ménagères.

11.3 Selon les indications fournies par l'assurée dans le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage rempli en date du 4 avril 2008, A._____ s'estime incapable d'effectuer une grande partie des tâches ménagères. Il y a lieu ici d'observer, à ce sujet, que la portée probatoire de ce questionnaire est très limitée du fait d'être un document établi par l'intéressée elle-même. Au vu du rapport d'expertise du Dr I._____ et du Dr J._____ et des autres pièces de nature médicale versées au dossier, les réponses indiquées par la recourante ne peuvent être estimées comme étant réalistes. C'est donc à juste titre que le médecin de l'OAIE a considéré, avec réserve, pour son évaluation de l'invalidité le questionnaire du 4 avril 2008.

11.4 Toujours est-il que l'intéressée ne peut justifier une invalidité de 40% en moyenne sur une année dans les tâches ménagères, ses atteintes de type fibromyalgique n'étant pas liées à une comorbidité psychiatrique grave ou à des circonstances aggravantes (cf. supra consid.11.) retenues par la jurisprudence comme propres à rendre une fibromyalgie invalidante au sens de la LAI.

12.

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 (art. 21 al. 4 LPGA; arrêt I 294/99 du Tribunal fédéral du 4 juillet 2000

consid. 1; ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c; UELI KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Zurich/St-Gall 2008, p. 204; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 122 s., 235, 268 ss). Il convient également 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; Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1, 1998 p. 296 consid. 3b).

13.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté par décision du 11 juillet 2008 la demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse déposée par la recourante le 9 juin 2004.

14.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal administratif fédéral à Fr. 300.- sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé avec l'avance de frais fournie.

Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.--, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée sur le compte du Tribunal le 16 février 2009.

3.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé +AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. AI ES/***.***.***.**/****)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Oliver Collaud

Indication des voies de droit :

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

Expédition :