



## Arrêt du 25 mars 2011

---

Composition

Vito Valenti, juge unique,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par José Nogueira Esmorís, Cuesta de la  
Palloza, 1-3º Dcha., Apartamento 2, ES-15006 A Coruña,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 6 août 2010).

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

La recourante A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née le [...] 1959, a travaillé en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance en 1981 et de 1988 à 1991 en qualité de nettoyeuse (pces 16 p. 2 n° 3.4, 17, 23 p. 2, 39). De retour en Espagne, elle a oeuvré en dernier lieu en qualité de couturière à plein temps dans une fabrique de textile jusqu'au 3 août 2007, date à laquelle elle s'est retrouvée au chômage (pces 27 p. 1 n° 2, 22 p. 4). Souffrant de crises d'épilepsie depuis mars 2000 (pce 16 p. 8), elle a présenté, en date du 19 novembre 2009, une demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (INSS; pce 21 p. 7), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE). On note qu'une première demande de rente d'invalidité avait été rejetée par décision du 15 juin 2005, entrée en force (pce 19).

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment les pièces suivantes:

- divers rapports médicaux en rapport avec la première demande de rente (certificats des 7 mars 2000 [pce 8], 9 juillet 2003 [pce 10], 18 août 2003 [pce 11], 18 décembre 2003 [pce 12], 2 janvier 2004 [pce 13], 11 mars 2004 [pce 14], 20 mai 2004 [pce 15]), 29 octobre 2004 [pce 16 {rapport médical détaillé E 213}], 7 juin 2005 [pce 18 {prise de position du service médical de l'OAIE}];
- des rapports médicaux des 27 octobre 2006 (pce 35), 21 juin 2008 (pce 30), 29 octobre 2009 (pce 31), 21 décembre 2009 (pce 32 [rapport médical détaillé E 213]) et 18 mars 2010 (pce 33);
- un questionnaire à l'assuré et un questionnaire à l'employeur datés des 17 et 18 février 2010 (pces 27 et 28).

**C.**

Le 27 avril 2010 (pce 41), l'OAIE, s'appuyant sur un rapport de son service médical du 17 avril 2010 (pce 40), informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions du droit des assurances sociales; malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative serait toujours exigible dans

une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il impartit à l'assurée un délai de 30 jours pour déposer ses observations.

**D.**

Par acte daté du 20 mai 2010 (pce 42), l'intéressée, représentée par Maître José Nogueira Esmoris, fait part de son désaccord quant au projet de décision. Faisant valoir ses affections, elle estime ne plus être en mesure de reprendre pied sur le marché du travail et de ce fait avoir droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à  $\frac{3}{4}$  de rente, à une  $\frac{1}{2}$  rente ou à  $\frac{1}{4}$  de rente.

**E.**

Par décision du 6 août 2010 (pce 46), l'autorité inférieure rejette la demande de prestations de l'assurée en reprenant la motivation du projet de décision.

**F.**

Par acte remis à la Poste espagnole le 7 septembre 2010, l'intéressée défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral en réitérant les arguments développés devant l'autorité inférieure (pces TAF 1).

**G.**

Par décision incidente du 1<sup>er</sup> octobre 2010 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite la recourante à verser, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 1<sup>er</sup> novembre 2010 (pce TAF 4 p. 2).

**H.**

Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 10 janvier 2011 (pce TAF 6), ne décèle aucun motif de revenir sur la décision entreprise. Par réplique du 3 mars 2011 (pce TAF 9), la recourante confirme ses conclusions antérieures. Cet acte est transmis à l'OAIE pour connaissance (ordonnance du 21 mars 2011 [pce TAF 10]).

**Droit :**

**1.**

**1.1.** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69

al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2.** En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> 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. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, 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. 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 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

### **3.**

**3.1.** Le droit applicable 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 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné en l'espèce à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée). Les dispositions de la LAI mentionnées ci-après sont donc celles en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**3.2.** En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 19 mai 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 6 août 2010, 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. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

### **4.**

Selon les normes applicables, 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 trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit donc la

condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

## 5.

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 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. 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 (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c).

## 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. 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. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

**7.**

Conformément au principe inquisitoire, 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). 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>ème</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).

**8.**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**9.**

En l'espèce, il est admis que la recourante souffre de crises d'épilepsie, d'hypothyroïdie et de lumboarthrose (pces TAF 1 p. 3-4, 32 p. 8 n° 7, 40 p. 1). Le litige porte sur les répercussions de ces affections sur la capacité de travail de l'assurée, singulièrement sur le point de savoir si celle-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

**10.**

Dans un rapport médical E 213 du 21 décembre 2009, faisant suite à un examen de la recourante en date du 11 décembre 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ fait état d'une patiente en bon état général y compris sur le plan psychique (pce 32 p. 3 n° 4.1). En ce qui concerne l'appareil locomoteur, il indi-

que l'absence de disfonctionnement de la colonne vertébrale (qui ne donne pas lieu à des souffrances radiculaires) ainsi que des membres inférieurs et supérieurs (pce 32 p. 5 n° 4.8). Au niveau neurologique il signale des mouvements et une marche normaux (pce 32 p. 5 n° 4.10). Il conclut que l'intéressée est en mesure d'exercer une activité mi-lourde à temps complet moyennant certaines limitations, à savoir pas d'activités pouvant mettre l'assurée ou des tiers en danger, pas de travaux l'exposant à la chaleur, au froid ou à des risques de chutes, pas de travail posté et précise que la dernière activité exercée par l'assurée dans l'industrie du textile est exigible de sa part sur le plan médical (pce 32 p. 8-10). Par la suite, cette évaluation est corroborée par la prise de position du 17 avril 2010 établie par le Dr C.\_\_\_\_\_, de l'OAIE, qui relève que l'épilepsie et l'hypothyroïdie font l'objet d'un traitement médicamenteux (avec également suivi neurologique de l'épilepsie) et qui exclut une incapacité de travail significative de l'assurée dans l'activité habituelle ou dans des travaux de substitution (pce 40).

Cela étant, force est de constater que les autres rapports médicaux versés au dossier – par ailleurs tous antérieurs au rapport E 213 précité mis à part le rapport du 18 mars 2010 qui n'apporte aucun élément nouveau (pce 33) – ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assurée et ne contiennent aucun élément susceptible de remettre en cause les avis convaincants retenus par les Drs B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. En outre, on observe que, dans la présente procédure de recours (cf. mémoire de recours daté du 7 septembre 2010 [pce TAF 1] et réplique du 3 mars 2011 [pce TAF 9]), la recourante n'a pas présenté de nouveaux documents médicaux ou des arguments pertinents aptes à ébranler le bien-fondé des points de vue précités. Bien plutôt, dans sa réplique du 3 mars 2011, elle se réfère expressément aux constats mentionnés dans le rapport médical E 213 du 21 décembre 2009 pour fonder son argumentation. Or comme mentionné ci-dessus, ce document n'est d'aucun secours à la recourante puisqu'il retient que les affections dont est atteinte l'intéressée n'engendrent pas d'incapacité de travail dans sa dernière activité exercée. Dans ces conditions, le Tribunal de céans ne peut que conclure que la recourante présente une capacité de travail entière dans la dernière activité exercée dans une fabrique de textile.

## 11.

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant

que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53 et ATF 114 V 285 consid. 3). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

## 12.

Eu égard à ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté. Celui-ci étant manifestement infondé, il convient de statuer sur le présent litige dans une procédure à juge unique (art. 69 al. 2 LAI; art. 85<sup>bis</sup> de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

## 13.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI 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 par l'avance de frais du même montant fournie par la recourante. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* 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 déjà fournie de Fr. 300.-.

#### 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 (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge unique :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :