



Arrêt du 2 mai 2011

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Stefan Mesmer, Michael Peterli, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Hubert Theurillat,
2900 Porrentruy 2
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 24 novembre 2009).

Faits :**A.**

A.a La ressortissante suisse A. _____, née en 1954, a travaillé de 1973 à 2006 en Suisse. Sa dernière activité a été celle de représentante commerciale (démarchage à domicile) d'une entreprise de production du secteur alimentaire (pce 3). En 1994 et 1995 elle fut opérée des deux hanches et une prothèse de la hanche gauche fut mise en place en 2003. En 2005, alors que jusque là elle exerçait son activité sans restriction, une chute sur la hanche droite exacerba des douleurs aux deux jambes. En 2006 elle subit deux accidents qui lui causèrent des traumatismes au poignet droit avec persistance de douleurs (mars 2006), consécutives à une chute et réception sur la main droite, et des cervicalgies et douleurs lombaires (octobre 2006), consécutives à un accident de la route. Une évaluation de la Clinique romande de réadaptation du 14 août 2007 pour l'assureur accidents SUVA nota une limitation modérée de la mobilité de la colonne cervicale, une mobilité du rachis dorso-lombaire complète, pas de signe neurologique irritatif ou déficitaire pour les membres inférieurs, une limitation de la mobilité du poignet droit, une bonne mobilité des doigts, une force de préhension à droite très diminuée, une diminution de la mobilité des deux hanches, des documents d'imagerie et un examen neurologique sans résultat déterminant et le diagnostic de traumatisme cervical mineur et lombalgies non spécifiques fut retenu. Il ne fut relevé aucune pathologie psychiatrique sous réserve d'un déconditionnement au travail résultant d'un licenciement mal accepté suite à ses diverses atteintes à la santé depuis 2005 et au fait de n'avoir plus exercé d'activité lucrative pendant une longue période (pce dossier SUVA).

A.b L'intéressée déposa une demande de prestations d'invalidité qui fut enregistrée le 16 octobre 2007 (pce 1). Le 21 avril 2008 elle subit un nouvel accident de la circulation qu'elle annonça à la SUVA (pce dossier SUVA). Par une décision du 30 juin 2008 (non contestée) la SUVA supprima ses prestations à l'assurée relevant que les troubles dont elle se plaignait consécutivement à l'accident d'octobre 2006 n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique et qu'ils n'étaient pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident (pce dossier SUVA).

A.c Suite à la demande de la SUVA du 12 août 2008 (consécutif à l'accident du 21 avril 2008), la Clinique romande de réadaptation établit une nouvelle expertise pluridisciplinaire de l'assurée. Dans leur rapport du

27 août 2008 les Drs B._____ et C._____ énoncèrent les diagnostics primaires de traumatisme cervical mineur (S13.4) le 21 avril 2008, status après traumatisme cervical mineur le 19 octobre 2006, lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et indiquèrent les comorbidités de périarthrite de la hanche droite (M77.95), douleurs radio-carpiennes droites (M79.63), status après ostéotomie bilatérale du bassin pour dysplasie des hanches en 1994 et 1995 et status après prothèse totale de la hanche en 2003. A l'examen il fut relevé une patiente collaborante et cohérente en bon état général (83kg/163.5cm, BMI 31), sans signe de souffrance, s'habillant et se déshabillant sans problème, indiquant des douleurs faibles à modérées. Ils notèrent des manœuvres de pseudo-rotation, du tronc et de compression du vertex n'entraînant pas de douleur, une légère limitation de la mobilité du rachis, une mobilité complète des épaules et des coudes, quelques limitations au niveau des mains avec présence de cals palmaires et doigts légèrement noueux sans signe inflammatoire, une force de préhension symétrique, une légère boiterie de Duchène à droite, une marche sur les talons et les pointes possible, une légère limitation de la mobilité de la hanche droite, pas de pathologie psychiatrique selon le rapport du Dr D._____ Ils constatèrent à l'examen une autolimitation dans la plupart des tests avec interruption rapide des efforts en raison de douleurs alléguées avec un faible niveau de cohérence entre les tests concernant le rachis et les efforts de manutention. Ils retinrent au final que si l'examen clinique était objectivement positif l'évolution subjective était défavorable avec persistance de cervico-céphalées et de lombalgies chroniques s'accompagnant d'une gêne fonctionnelle subjective élevée bien que l'intéressée puisse accomplir selon ses dires l'ensemble des tâches ménagères sans trop de problèmes (pce dossier SUVA).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations d'invalidité, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) porta notamment au dossier, en plus du dossier SUVA, les documents ci-après:

- le questionnaire à l'assurée daté du 13 août 2008 indiquant une activité antérieure de conseillère en produits alimentaires exercée à plein temps et la cessation de toute activité le 2 mars 2006 pour cause d'accident du travail (pce 27),
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 13 août 2008 selon lequel l'intéressée vit dans un ménage de trois

personnes avec son mari retraité et une fille adulte dans une villa, s'occupant de l'ensemble des tâches ménagères à l'exception du port du lourd (pce 26),

- le questionnaire à l'employeur daté du 4 septembre 2008 indiquant un emploi résilié par l'entreprise au 30 avril 2006 et plusieurs périodes d'incapacité de travail à 50% et notamment 100% de 2004 à 2006 (pce 28).

C.

Invité à se déterminer sur le dossier par l'OAIE, le Dr E._____, dans son rapport du 16 août 2009, retint le diagnostic de status après traumatisme cervical mineur les 21 avril 2008 et 19 octobre 2006, lombalgies chroniques communes, status après ostéotomie bilatérale du bassin pour dysplasie des hanches en 1994 et 1995, status après prothèse totale de la hanche gauche en 2003, périarthrite scapulo-humérale de la hanche droite, douleurs radiocarpiennes à droite. Il releva que selon l'expertise pluridisciplinaire du 27 août 2008 l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail et que ses traumatismes cervicaux étaient tout à fait mineurs n'entraînant que des troubles douloureux subjectifs sans substrat organique ni neurologique ni psychiatrique (pce 39).

D.

D.a Par projet de décision du 19 août 2009, l'OAIE informa l'assurée qu'il n'était pas ressorti du dossier de sa demande de prestations une incapacité de travail de 40% au moins sur une année et que malgré ses atteintes à la santé l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et qu'en conséquence sa demande de prestations devrait donc être rejetée (pce 40).

D.b Par acte du 26 août 2009 l'intéressée indiqua s'opposer au projet de décision. Elle fit valoir que l'OAIE ne pouvait se déterminer sans l'avoir examinée, qu'à la suite de ses opérations elle était tributaire de l'aide de son mari déjà âgé pour lacer ses chaussures et faire certains travaux ménagers, qu'elle devait recourir aux services onéreux du service social (pce 41). Par un complément du 16 septembre suivant elle indiqua qu'elle allait certainement se faire réopérer et réserva de produire une documentation médicale (pce 43), ce qu'elle effectua le 23 septembre suivant. Elle produisit ainsi un rapport d'imagerie médicale daté du 17

septembre 2009 signé du Dr F. _____ posant le diagnostic de légère scoliose lombaire dextro-convexe, lésions lombarthrosiques modérées, minime discopathie L4-L5 et coxarthrose droite modérée sur dysplasie ancienne opérée de la hanche (pce 45) et une attestation médicale du Dr G. _____, médecine générale, datée du 22 septembre 2009, indiquant avec référence au rapport précédent des douleurs rachidiennes cervicales, dorsales et lombaires et des douleurs du bassin et des hanches, soit un état de santé incompatible avec une activité professionnelle (pce 44).

D.c Invité à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, le Dr E. _____ nota dans son rapport du 22 octobre 2009 que le rapport de radiographie du 17 septembre 2009 faisait état de lésions globalement minimales et qu'en l'absence de description des atteintes fonctionnelles objectives elles ne pouvaient être considérées comme invalidantes. Il releva de plus que le rapport du Dr G. _____ ne mentionnait pas l'indication d'une prochaine intervention chirurgicale (pce 48).

D.d Par décision du 24 novembre 2009 l'OAIE rejeta la demande de prestations de l'assurée pour les motifs évoqués dans son projet et précisa que les rapports médicaux joints en procédure d'audition confirmaient les atteintes à la santé connues (pce 49).

E.

Contre cette décision, l'assurée interjeta recours en date du 15 décembre 2009 auprès du Tribunal de céans faisant état de ses atteintes à la santé, d'instabilité et de difficultés à rester trop longtemps dans les positions assise et debout, devant dès lors être alternées, de faiblesses au poignet droit, d'insomnies et notant que son mari âgé et diabétique n'allait plus pouvoir la seconder et la soigner. Elle joignit à son écrit un nouveau rapport médical du Dr G. _____ indiquant que la patiente alléguait toujours d'importantes douleurs aux niveaux du bassin et des hanches, du rachis et du poignet droit de sorte qu'il semblait légitime de considérer une incapacité dépassant le taux de 40% (pce TAF 1).

F.

Invitée à effectuer une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.- par décision incidente du 7 janvier 2010 (pce TAF 2), la recourante s'en acquitta dans le délai imparti (pce TAF 5).

G.

Par réponse au recours du 13 avril 2010, l'OAIE fit valoir qu'il était apparu

du dossier de l'intéressée que ses atteintes à la santé ne la limitaient pas au moins à 40% pendant une année dans sa dernière activité comme conseillère de vente ni dans son ménage comme cela était encore confirmé par son service médical dans sa prise de position du 9 avril 2010 tenant compte du rapport médical apporté à l'appui du recours (pce TAF 10). Dans cette prise de position, le Dr H._____ nota que le Dr G._____ faisait état de douleurs à la hanche gauche, au rachis et au poignet droit justifiant une incapacité de travail de 40% sans établir de handicap fonctionnel, qu'il n'y avait pas d'élément nouveau qui n'ait été pris en compte et que l'intéressée ne présentait que des atteintes à la santé de caractère subjectif sans fondement fonctionnel et clinique ayant une incidence déterminante sur l'activité exercée jusqu'alors, qu'en l'occurrence la prise de position antérieure pouvait être confirmée (pce 51).

H.

Par réplique du 17 février [recte: juin] 2010, l'intéressée, représentée par Me H. Theurillat, maintint son recours concluant sous suite de frais et dépens à titre principal au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction dans le sens d'une expertise pluridisciplinaire et à titre subsidiaire à l'octroi d'une rente selon un taux d'invalidité à dire de justice. Elle fit valoir que le Dr E._____ ne l'avait jamais examinée et que son appréciation n'était fondée que sur l'expertise de l'assureur accident. Or, cette appréciation ne pouvait pas être déterminante parce que la SUVA s'était limitée à examiner le cas sous l'angle du rapport de causalité adéquate devant exister entre les atteintes à la santé déterminantes et les accidents couverts. Relevant que la prise de position du Dr E._____ ne répondait pas aux critères d'une expertise en matière d'assurance-invalidité, elle souligna qu'une expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée. A l'appui de sa réplique elle produisit un nouveau rapport médical établi par le Dr I._____, médecine physique et de réadaptation, daté du 7 mai 2010, retenant un syndrome polyalgique de type fibromyalgique dans un contexte de litige sur l'incapacité de travail et procédure judiciaire en cours nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique dans un centre anti-douleur spécialisé (pce TAF 14).

I.

Par duplique du 29 juin 2010 l'OAIE confirma son préavis du 13 avril 2010 relevant que la réplique de la recourante n'apportait pas d'élément nouveau permettant de modifier sa prise de position. Il nota qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire du fait que son service

médical avait pu se déterminer sur la capacité de travail et releva que la fibromyalgie ne justifiait en principe pas d'incapacité de travail lorsqu'elle n'était pas associée à une comorbidité psychiatrique grave (pce TAF 16).

Le Tribunal de céans porta la duplique à la connaissance de la recourante par ordonnance du 7 juillet 2010.

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2. Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif 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 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.

L'examen du droit aux prestations est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les

règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Par conséquent, les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables mais il est également fait référence aux dispositions en vigueur antérieures s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2007.

3.

La recourante a présenté sa demande de rente le 16 octobre 2007. 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 se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 16 octobre 2006 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 novembre 2009, 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).

4.

4.1. Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGa/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur selon la modification du 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

4.2. En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations en vigueur au jour du dépôt de sa

demande. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

5.

5.1. 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 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2. Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Depuis l'entrée en vigueur des Accords sur la libre circulation des personnes (cf. 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], Annexe II art. 1^{er} ch. 2), les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.3. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b 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 incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c). 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

5.4. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.

6.1. La recourante a travaillé en dernier lieu à plein temps comme représentante dans l'industrie alimentaire chargée de démarcher la clientèle privée. Elle n'a ensuite plus exercé d'activité lucrative. Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b).

6.2. En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être

raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale).

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

7.

En l'espèce, il est établi que la recourante souffre notamment de douleurs aux hanches, au rachis et au poignet droit.

Eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

8.

8.1. L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

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

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. 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 rapport 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).

9.

9.1. En l'espèce est litigieuse la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante, consécutives à son status post opération des hanches et post traumatismes résultant des accidents survenus en 2006 et 2008 affectant son rachis et son poignet droit, sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité, ce que le service médical de l'OAIE a dénié sur la base essentiellement de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par la Clinique romande de réadaptation du 27 août 2008 pour la SUVA. Il sied à cet égard de relever que l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/ 2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents (cf. ALFRED MAURER / GUSTAVO SCARTAZZINI / MARC HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3^{ème} éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise.

9.2. Le Tribunal de céans relève que le rapport du 27 août 2008 ayant conclu à une entière capacité de travail de l'assurée dans sa profession de représentante commerciale a procédé à un examen global et complet de l'assurée et ne s'est pas limité à évaluer l'incapacité de travail sous l'angle de l'assurance-accidents. Le grief selon lequel ce rapport ne

pouvait être pris comme base d'appréciation d'une éventuelle incapacité de travail sous l'angle de l'assurance-invalidité peut ainsi être rejeté. Par ailleurs, il sied de relever que les services médicaux de l'assurance-invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. Le recours à une expertise initiée par l'assurance-invalidité n'est utilisé que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux existants, renseignements) ou encore en cas de controverses médicales sur un cas concret (STÉPHANE BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142).

9.3. Dans le rapport du 27 août 2008 les médecins de la Clinique romande de réadaptation prirent en compte les diagnostics primaires de traumatisme cervical mineur (S13.4) le 21 avril 2008, status après traumatisme cervical mineur le 19 octobre 2006, lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5) et indiquèrent les comorbidités de périarthrite de la hanche droite (M77.95), douleurs radio-carpiennes droites (M79.63), status après ostéotomie bilatérale du bassin pour dysplasie des hanches en 1994 et 1995 et status après prothèse totale de la hanche en 2003. Ces diagnostics sont pour l'essentiel également ceux retenus dans le rapport du 14 août 2007 à la suite duquel il ne fut pas retenu d'incapacité de travail dans l'activité de représentante commerciale. A l'examen du rapport d'août 2008 il fut relevé une patiente collaborante et cohérente en bon état général sans signe de souffrance, s'habillant et se déshabillant sans problème, indiquant des douleurs faibles à modérées. Les Drs B._____ et C._____ notèrent des manœuvres de pseudo-rotation du tronc et de compression du vertex n'entraînant pas de douleur, une légère limitation de la mobilité du rachis, une mobilité complète des épaules et des coudes, quelques limitations au niveau des mains, une force de préhension symétrique, une légère boiterie de Duchène à droite, une marche sur les talons et les pointes possible, une légère limitation de la mobilité de la hanche droite, pas de pathologie psychiatrique selon le rapport du Dr D._____. Ces constatations ne permettent pas de retenir une incapacité de travail déterminante dans une activité de représentant commercial auprès de la clientèle privée se déplaçant en voiture et n'effectuant que de courts trajets à pied avec une valise sur roulettes. Par ailleurs, les médecins constatèrent à l'examen une autolimitation dans la plupart des tests avec interruption rapide des efforts en raison de douleurs alléguées avec un faible niveau de cohérence entre les tests concernant le rachis et les efforts de manutention. Certes, les Drs

B._____ et C._____ retiennent au final que si l'examen clinique était objectivement positif, l'évolution subjective était défavorable avec persistance de cervico-céphalées et de lombalgies chroniques s'accompagnant d'une gêne fonctionnelle subjective élevée, bien que l'intéressée puisse accomplir selon ses dires l'ensemble des tâches ménagères sans trop de problèmes. Il n'en demeure pas moins que, compte tenu du fait que le status psychiatrique de l'intéressée ne présente pas de pathologie, les douleurs relevées de type fibromyalgique, comme l'a indiqué le Dr I._____ dans son rapport du 7 mai 2010 évoquant un syndrome polyalgique de type fibromyalgique, ne peuvent être retenues comme invalidantes au sens de la LAI du fait même qu'elles ne sont pas associées à une comorbidité psychiatrique décuplant la douleur et son intensité invalidante (cf. ATF 132 V 65 et les réf.). Les derniers rapports médicaux produits par l'intéressée n'établissent d'ailleurs ni substrat objectif justifiant les douleurs alléguées ni une incapacité fonctionnelle objective. Il s'ensuit que c'est à raison que le service médical de l'OAIE se fondant sur l'expertise médicale du 27 août 2008 et sur les rapports médicaux produits par la recourante a nié l'existence d'une incapacité de travail de 40% au moins sur une année dans la dernière activité de représentante de la recourante.

10.

10.1. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

10.2. Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance

prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles.

10.3. En l'espèce, dans la mesure où la capacité de travail de l'intéressée est encore de plus de 60% à 100% dans son activité de représentante commerciale, le revenu qu'elle pourrait en obtenir ne donne pas lieu à une incapacité de travail et de gain (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; 104 V 135 consid. 2b). Par ailleurs, dans l'hypothèse où l'intéressée renoncerait à reprendre une activité lucrative, dans les tâches ménagères il n'a pas été relevé une incapacité d'au moins 40%. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

12.

12.1. Les frais de procédure, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

12.2. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de Fr. 400.- sont mis à la charge de la recourante et sont compensés par l'avance de frais déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. 756.5959.6461.96)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 :