Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-1865/2011

Arrêt du 2 janvier 2013

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Daniel Stufetti, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
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 28 février 2011).

Faits :

A.
La recourante A._____ est une ressortissante espagnole née le […] 1960. Mariée et mère de deux filles nées le 15 février 1985 et le 20 avril 1995 (pce 1 p. 6), elle travaille en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance de 1982 à 1991 dans une fabrique d'habits pour des salaires annuels variant entre 16'863.- et 30'659.- (pces 6). Après avoir obtenu des indemnités de chômage de juin 1991 à juin 1992, elle perçoit à nouveau des revenus de Fr. 17'280.- en 1994 et de Fr. 7'680.- en 1995 puis touche des indemnités de chômage d'octobre 1995 à septembre 1997 (pce 6). De retour en Espagne, elle œuvre, dès septembre 2006, à raison de 30 heures par semaine en tant que femme de ménage (pces 11 p. 1 n° 3b et 13 p. 1 n° 1 à 5) et est considérée comme salariée par les institutions de sécurité sociale espagnole (pce 2 p. 2). Souffrant de troubles dégénératifs au rachis depuis plusieurs mois (cf. rapport radiographique du 1er février 2007 [pce TAF 1 p. 39]; rapport du 20 juillet 2009 indiquant que les douleurs au dos ont débuté il y a deux ans [pce TAF 1 p. 25]), elle doit cesser l'exercice de toute activité lucrative dès le 5 novembre 2008 pour des raisons de santé (pces 11 p. 3 n° 7a; 15). Le 6 novembre 2008, elle est soumise à une arthrodèse en L4-L5 pour cause de spondylolisthésis isthmique (pce TAF 1 p. 19; pce 15). Elle est dès lors mise au bénéfice de prestations de l'assurance perte de gain (pce 1 p. 4). En date du 31 mars 2010, elle présente une demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnol (INSS; pce 1 p. 7 n° 14), lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE). A partir du 12 novembre 2010, les institutions de sécurité sociale espagnole lui octroient une rente d'invalidité pour cause d'incapacité permanente totale (pce TAF 1 p. 9-12).

B.
Lors de la procédure d'examen de la demande, l'administration recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment des certificats médicaux des 12 novembre 2008 (pce 15), 7 avril 2010 (pce 17 [rapport médical E 213]), un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 13 juin 2010 (pce 9), un questionnaire à l'assuré du 13 juin 2010 (pce 11), et trois questionnaires pour l'employeur des 13 juin 2010 et 10 août 2010 (pces 10, 13 p. 1-2, 13 p. 3-4 [On note que deux questionnaires sont datés du 10 août 2010]).

C.
Le 25 novembre 2010 (pce 24), l'OAIE, s'appuyant sur un rapport de son

service médical du 21 octobre 2010 (pce 20) et une comparaison des revenus du 8 novembre 2010 effectuée en application de la méthode mixte (pce 21 [retenant un taux d'invalidité dans l'activité lucrative de 17.71%, un taux d'invalidité dans les activités ménagères de 24% et un taux d'invalidité global de 19.47%]), informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il existe, dans l'exercice à temps partiel de la dernière activité lucrative, à cause de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année, au sens de la législation des assurances sociales suisses. En revanche, l'exercice à temps partiel d'une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à l'état de santé serait encore exigible à 100% avec une perte de gain de 18%. Par ailleurs, l'intéressée serait encore en mesure d'accomplir les travaux habituels à raison de 76%. Compte tenu du handicap rencontré dans les deux domaines d'activité en question, il en résulterait un degré global d'invalidité de 19% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il impartit à l'assurée un délai de 30 jours pour déposer ses observations.

D.
Suite à un e-mail de l'assurée du 10 décembre 2010 demandant à ce qu'on lui traduise le projet de décision dans sa langue maternelle (pce 25), l'administration lui répond que seule une communication dans l'une des langues nationales suisses entre en ligne de compte. Il lui impartit un nouveau délai jusqu'au 14 février 2011 pour solliciter l'éventuel envoi d'un projet de décision rédigé en italien ou en allemand ou déposer ses remarques éventuelles (écrit du 14 décembre 2010 [pce 26]).

E.
Par acte daté du 20 décembre 2010 (pce 27 p. 2 ss.), l'intéressée fait part de son désaccord quant au projet de décision. Faisant valoir ses affections, elle nie être en mesure d'effectuer un travail quelconque, même léger, vu que ses atteintes l'empêchent d'avoir un minimum de rendement sur le marché du travail. Elle estime ainsi avoir droit à une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité supérieur à 70%.

F.
L'autorité inférieure, par décision du 28 février 2011 (pce 28), rejette la demande de prestations de l'assurée en reprenant la motivation du projet de décision.

G.
Par acte du 28 mars 2011 (pce TAF 1), l'intéressée défère la décision

précitée au Tribunal administratif fédéral en réitérant les arguments développés devant l'autorité inférieure. Elle produit des certificats médicaux non encore versés à la cause des 1er février 2007 (rapport radiographique), 21 mai 2008 (rapport hémato-chimique), 18 juillet 2008 (rapport radiologique [mamographie]), 6 novembre 2008 (rapport hémato-chimique), 6 novembre 2008 (rapport chirurgical), 12 novembre 2008 (rapport hémato-chimique), 4 décembre 2008 (rapport hémato-chimique), 5 janvier 2009 (rapport hémato-chimique), 9 avril 2009 (rapport hémato-chimique), 8 juin 2009 (rapport radiologique), 20 juillet 2009 (rapport d'exploration physique), 30 août 2009 (rapport hémato-chimique), 30 août 2009 (rapport du service des urgences), 7 mai 2010 (rapport neurophysiologique), 6 août 2010 (rapport radiologique) et 13 décembre 2010 (rapport radiologique).

H.
Par décision incidente du 18 avril 2011 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite la recourante, jusqu'au 31 mai 2011, à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal en date du 29 avril 2011 (pce TAF 3).

I.
Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical du 28 octobre 2011 (pce 32), confirme les tenants et aboutissants de la décision entreprise (préavis du 18 novembre 2011 [pce TAF 9]). Les documents précités sont transmis à la recourante par ordonnance du 9 décembre 2011 (pce 10 notifiée le 14 décembre 2011 [pce TAF 11; avis de réception]) avec octroi d'un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour répliquer. L'assurée renonce à se déterminer dans le délai imparti.

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 1er 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'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} 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 26bis 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. a et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que 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 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, 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, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

2.

2.1 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). En l'espèce, dès lors que la recourante fait valoir être victime d'une atteinte incapacitante à partir du 5 novembre 2008 (pces 11 p. 2 n° 5a; 13 p. 2 n° 9) et que la demande y afférente a été déposée le 31 mars 2010 (pce 1 p. 7 n° 14), le droit à des prestations doit donc être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_249/2010 du 1er juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée; 9C_562/2012 du 18 octobre 2012 consid. 3.4). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision (1er volet) valables dès le 1er janvier 2012.

2.2 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 30 septembre 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 28 février 2011, 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).

3.
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 (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

4.

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

4.2 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). 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*a* al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, 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. L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints 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*a* al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

4.3 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte 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, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du

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

4.4 Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé. En rapport avec sa valeur probante, il est essentiel que le rapport d'enquête ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références citées).

4.5 Si on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

5.
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 certaines 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. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (arrêt du Tribunal fédéral 9C_351/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.2 et les références citées).

6.
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).

7.
En l'espèce, le litige porte sur les répercussions des atteintes dont est victime la recourante sur sa capacité de travail, singulièrement sur le point de savoir si celle-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

8.
A titre liminaire, il sied de relever que 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). Ainsi, 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; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72). Quoiqu'en dise l'assurée, il n'est donc pas en soi déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles lui ait reconnu le droit à des prestations pour cause d'incapacité permanente totale dans sa profession habituelle (cf. pce TAF 1 p. 9-12). Par ailleurs, 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. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

9.

9.1 En ce qui concerne le statut de l'assurée, il appert que les données économiques versées au dossier sont ténues. Aussi, par lettre du 26 juillet 2010 (pce 12), l'OAIE a constaté que l'intéressée avait répondu elle-même au formulaire pour l'employeur et, pour cette raison, invité cette dernière à produire, jusqu'au 26 septembre 2010, un formulaire pour l'employeur rempli par l'employeur lui-même. Or, la recourante s'est bornée, par lettre du 10 août 2010, à retourner à l'administration deux questionnaires pour l'employeur à nouveau complétés par ses soins au contenu presque identique (pce 13 p. 1-2 et p. 3-4). A cela s'ajoute le fait que les données fournies à la cause sont insuffisantes pour identifier l'employeur de la recourante (cf. pces 9, 10, 13). Ce nonobstant, l'administration a finalement admis que l'assurée a exercé une activité lucrative en Espagne à raison de 30 heures par semaine de septembre 2006 à novembre 2008 en se basant sur les simples affirmations de l'assurée. Vu l'issue de la cause et compte tenu des particularités du cas concret, le Tribunal de céans ne voit pas de motifs suffisants pour remettre en question ces conclusions concordantes des parties, d'autant que le rapport médical E 213 du 7 avril 2010 (pce 17 p. 2 n 3.4.3) ainsi que les formulaires E 204 et E 205 produits par l'INSS confirment l'exercice d'une activité lucrative de l'intéressée en tant que salariée dès septembre 2006 (pces 2 p. 2 et 1 p. 4).

9.2 Le fait que l'assurée a travaillé seulement 30 heures par semaine de septembre 2006 à novembre 2008 a également incité l'OAIE à retenir que celle-ci avait oeuvré à temps partiel, dès lors que le temps usuel moyen dans le secteur concerné en Suisse se montait à 41.7 heures semaines en 2008. Ici également le Tribunal peut en principe se rallier à l'avis de l'autorité inférieure, étant relevé que la recourante n'a jamais remis en cause cette manière de procéder de l'OAIE. Il convient toutefois d'apporter les précisions qui suivent.

D'une part, force est de constater que l'assurée a œuvré 30 heures (ou 1'800 minutes) par semaine en Espagne, de sorte qu'il conviendrait en principe de se référer à l'horaire usuel moyen dans ce pays en 2008 pour déterminer le statut de l'assurée. Or, comme le relève à juste titre l'autorité inférieure, les données y afférentes fournies par le Bureau International du Travail ne donnent pas d'indications suffisamment fiables en la matière (cf. http://laborsta.ilo.org/, site consulté le 22 novembre 2012). On note également que les trois formulaires pour l'employeur versés à la cause par l'assurée ne donnent aucune information sur ce point (cf. pces 10 p. 1

n° 6; 13 p. 1 n° 6 et 13 p. 3 n° 6). Vu le manque de références suffisamment sures, on ne saurait donc faire grief à l'autorité inférieure de s'être rabattue sur les données ressortant de l'ESS.

D'autre part, on relève que, selon la nomenclature 2008, le temps usuel de travail dans le secteur "activités de services administratifs et de soutien" (qui correspond au mieux au secteur d'activité exercé par la recourante [cf. consid. 12.2, 1er paragraphe, ci-après]) était de 42 h./sem. (respectivement 2'520 min./sem.) en 2008, à savoir l'année depuis laquelle les affections de l'assurée ont entraîné une incapacité de travail au sens de la LAI. Il convient donc de se référer à cette référence (42 h./sem.) en l'espèce.

9.3 Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans peut considérer que, jusqu'au moment où l'atteinte à la santé a revêti un caractère invalidant, l'assurée a consacré 71% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative (1'800 minutes x 100 : 2'520) et 29% à l'accomplissement des travaux ménagers.

10.
Cela étant, en rapport avec l'exercice d'une activité lucrative, il convient de relever ce qui suit.

10.1 Dans des rapports des 21 octobre 2010 (pce 20 [signée par le Dr B._____]) et 28 octobre 2011 (pce 32 [établie par le Dr C._____]), le service médical de l'OAIE, s'appuyant sur l'ensemble des pièces versées au dossier, estime que l'assurée présente une incapacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 0% dans une activité de substitution exercée principalement en position assise, ne nécessitant pas le port de charges excédant 10 kg et permettant l'alternance des positions. Il cite à titre d'exemples les activités/professions de "surveillant de parking/musée; vendeur de billets; accueil/réceptionniste; standardiste/téléphoniste; saisie de données/scannage".

10.2 Or, force est de constater que cette prise de position est tout à fait compatible avec le reste de la documentation médicale versée au dossier.

10.2.1 Ainsi, dans un rapport médical E 213 du 7 avril 2010 faisant suite à un examen personnel de l'assurée en date du 5 avril 2010 (pce 17 p. 2 n° 2.1), la Dresse D._____ pose les diagnostics de status après arthrodèse en L4-L5 effectuée en novembre 2008, de spondylolisthésis I-II

en L4-L5, de cervicobrachialgie gauche avec discopathie et pincement en C5-C6 et d'arthrose de l'épaule gauche avec élévation humérale (pce 17 p. 8 n° 7). Elle constate que l'assurée présente un état mental et émotionnel normal (pce 17 p. 3 n° 4.1) ainsi que des mouvements et réflexes conservés sur le plan neurologique (pce 17 p. 5 n° 4.10). Par ailleurs, en rapport avec l'examen de l'appareil locomoteur, elle indique une flexion lombaire limitée ainsi qu'une manœuvre de balance doigts de pieds/talons effectuée avec difficulté (pce 17 p. 5 n° 4.8.1). Pour ce qui est des membres supérieurs, elle signale une abduction et flexion de l'épaule gauche limitée dans les derniers degrés, en précisant que des études complémentaires sont en cours quant à ce dernier point (pce 17 p. 5 n° 4.8.2). Sur la base de ces constats, le médecin de l'INSS conclut que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible de la part de l'assurée (pce 17 p. 2 n° 3.4.3 et p. 10 n° 11.4) mais qu'en revanche cette dernière est en mesure d'effectuer de manière régulière une activité milourde (pce 17 p. 8 n° 9 et p. 10 n° 11.5) moyennant un certain nombre de limitations fonctionnelles — à savoir pas d'activités requérant le port/transport fréquent de charges ou qui nécessitent l'usage de rampes, d'escaliers ou d'échelles; nécessité d'un poste de travail permettant de varier les positions et qui ne met pas l'intéressée sous pression particulière quand aux limites de temps [pce 17 p. 8 n° 8 in fine et p. 9 n° 10). En particulier, un travail devant un écran de vidéo est exigible de la part de l'assurée (pce 17 p. 9 n° 11.1). Cela étant, le rapport médical E 213 du 7 avril 2010 est donc de nature à corroborer les conclusions du service médical de l'OAIE, dès lors que les indications médicales qu'il contient permettent de confirmer une capacité de travail de l'assurée à temps complet dans un travail adapté.

10.2.2 Il en va de même de l'acte du 12 avril 2010 établi par les institutions de sécurité sociale espagnole (pce TAF 1 p. 12) et le rapport médical du 21 juin 2010 rédigé au Centre médical de réhabilitation F._____ (pce 18). En effet, le premier document cité relève des limitations fonctionnelles chez l'assurée pour l'exercice d'activités requérant de manière prononcée de la marche, des stations debout ou accroupie ou le port de poids. Quant au certificat du 21 juin 2010, il pose les diagnostics de cervicalgie et rigidité cervicale, de brachialgie gauche C6-C7, de syndrome du tunnel carpien avec prédominance clinique du côté gauche ainsi que de lombalgie chronique mécanique et rigidité lombaire sévère et atteste que, suite aux atteintes cervicales et lombaires, l'intéressée présente une incapacité de travail permanente pour les travaux de force et pour les activités requérant des efforts physiques du rachis. Interprété selon le principe de confiance, ces rapports ne permettent donc aucunement de

conclure que la recourante présente une incapacité de travail totale pour toute activité. Bien plutôt, ils sont de nature à confirmer les conclusions du service médical de l'OAIE et de l'INSS, en ce sens que, *a contrario,* les activités qui n'exigent pas des travaux de force et ne rendent pas nécessaire de manière prolongée le port de charges, la marche et les stations debout prolongées, sont encore exigibles de la part de la recourante.

10.2.3 Ensuite, force est de constater que les autres rapports médicaux versés au dossier ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'intéressée et ne contiennent pas de constats médicaux susceptibles de remettre en cause l'évaluation de l'autorité inférieure.

Ainsi, un rapport du 30 août 2009 établi au Centre F._____ indique la présence de douleurs lombaires de type mécanique sans pathologie urgente actuellement (pce TAF 1 p. 15).

Par ailleurs, le Dr G._____, dans un rapport neurophysiologique du 7 mai 2010, fait notamment part d'une atteinte des deux nerfs médians du tunnel carpien d'un degré modéré-moyen de prédominance gauche et de trouble neurogène chronique en C6-C7 gauche de grade léger sans signe d'évolution en l'état actuel (pce TAF 1 p. 21-24).

Pour sa part, le Dr H._____, dans un rapport radiologique de la colonne cervicale du 6 août 2010, mentionne l'absence de constats significatifs (pce TAF 1 p. 42).

Finalement, dans un rapport radiologique du 13 décembre 2010 (pce TAF 1 p. 13), le Dr I._____ relève l'absence de ruptures des tendons et d'épanchement synovial ainsi que la présence de calcification au niveau du muscle du tendon supra épineux compatible avec ténosynovite.

Cela étant, l'OAIE a demandé à son service médical de prendre position sur ces certificats médicaux. Dans une prise de position du 28 octobre 2011 (pce 32), le Dr C._____, spécialiste en médecine interne, a confirmé que ces documents ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail supérieure à celle retenue dans le rapport précédent du 21 octobre 2010. Or, rien au dossier ne permet de remettre en cause cette appréciation, d'autant que l'assurée n'a produit aucun moyen de preuve probant démontrant que l'atteinte au tunnel carpien ou la ténosynovite feraient l'objet d'un traitement particulier ou engendreraient une quelconque incapacité de travail dans un travail adapté (sur le principe inquisitoire et

ses limites cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; 9C_166/2011 du 24 octobre 2011 consid. 5.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-7181/2010 du 25 mai 2012 consid. 13.3.2, 2ème paragraphe in fine; en rapport avec l'atteinte au tunnel carpien, cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4732/2009 du 19 octobre 2009 consid. 9).

10.3 Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, le Tribunal administratif fédéral peut conclure que, au moment déterminant et sur le plan strictement médical, l'assurée était en mesure d'accomplir une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues par le médecin de l'INSS et le service médical de l'OAIE (à savoir notamment un travail exercé principalement en position assise et permettant l'alternance des positions, sans port de poids au-delà de 10 kg). Quoiqu'en dise la recourante, on ajoutera que la mise à profit d'une capacité de travail ainsi réduite ne paraît aucunement irréaliste sur un marché équilibré du travail, étant relevé que cette dernière notion est théorique et abstraite; elle sert avant tout de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (voire, parmi d'autres, arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6814/2009 du 9 mai 2011 consid. 11 et les références citées). En particulier, le fait que la recourante ne dispose d'aucune formation particulière (cf. pce 13 p. 1 n° 7) ne constitue pas un critère déterminant au sens du droit des assurances sociales suisse (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 634/00 du 2 mai 2011 consid. 2a). Au vu de cette jurisprudence, il y a lieu de conclure que le marché du travail contient un nombre de place suffisant requérant un travail respectant les limitations fonctionnelles retenues (cf., parmis d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_283/2011 du 26 mai 2011 consid. 4; 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 3.2).

11.
Il convient encore d'examiner si la comparaison des revenus effectuées par l'administration par acte du 8 novembre 2010 (pce 21) a été faite de manière conforme au droit.

11.1 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu gagner 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. Le gain d'invalide est une donnée théorique et 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 (arrêts du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6.1 et I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Le 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 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit être effectuée en se référant en principe à la situation au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4), soit en l'espèce en 2010 (cf. infra consid. 3.2). En outre, l'autorité est tenue d'effectuer la comparaison des revenus sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse; dans ces situations, les rémunérations retenues par l'ESS peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b; arrêts du Tribunal fédéral I 215/04 du 4 mai 2005; I 321/05 du 28 octobre 2005). 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 pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

11.2 En l'occurrence, il est admis que la recourante a travaillé en dernier lieu en Espagne comme femme de ménage salariée (cf. let. A et infra consid. 10). Or, conformément à la jurisprudence précitée (cf. infra consid. 12.1), l'autorité inférieure était en droit de se fonder sur les statistiques suisses pour déterminer le salaire de valide. Comme le droit éventuel à une rente a pu naître in casu au plus tôt en 2010, il sied donc de se référer aux données ESS 2010, étant précisé que ces dernières se basent nouvellement sur la nomenclature générale des activités économiques 2008 (cf. OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE [ci-après OFS], NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques, Notes explicatives, Neuchâtel 2008) qui est plus détaillée que celle utilisée lors de la dernière publication statistique de l'ESS en 2008. Cela étant, l'administration, dans la comparaison des revenus du 8 novembre 2010 (pce 21), es-

time que le salaire de valide de l'assurée doit être déterminé en se basant sur la catégorie générale "Service", travaux simples et répétitifs (Fr. 4'206.- pour 40 h./sem. en 2010 et Fr. 4'384.76 pour 41.7 h./sem. [temps usuel de travail dans ce secteur selon les données ESS]), quand bien même la dernière activité de la recourante portait sur des travaux de nettoyage et correspondait ainsi à la sous-catégorie "activités de services administratifs et de soutien" (Fr. 3'372.- pour 40 h./sem en 2010; cf. OFS, op. cit., p. 209 n° 812100). La question de savoir si cette manière de procéder est conforme au droit peut rester ouverte. En effet, comme cela démontré ci-après, même en se fondant sur la catégorie "Service" (et non pas le secteur "activités de services administratifs et de soutien") pour déterminer le salaire de valide ─ ce qui plus avantageux pour l'assurée ─, cette dernière ne parvient pas à un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le salaire de valide retenu ci-après sera donc de Fr. 4'384.76.

En ce qui concerne le salaire d'invalide, force est de constater que l'autorité inférieure ne s'est pas fondée sur le salaire moyen obtenu dans le niveau de qualification 4, tout secteur confondu, comme cela est fait en règle générale (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 8C_879/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3.4.3; 9C_380/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.2) mais a pris comme référence la moyenne de salaires médians dans trois secteurs particuliers de la catégorie "service", à savoir les domaines d'activité "Autres services collectifs et personnels", "Commerce de détails" et "Services fournis aux entreprise", en précisant qu'elle renonçait à prendre en considération le secteur "commerce de gros" car le salaire ainsi obtenu était supérieur à celui de valide. Le point de savoir si cette manière de procéder est conforme à la jurisprudence y afférente peut rester ouvert. En effet, il appert que même en reprenant cette méthode ─ qui est tout à l'avantage de la recourante ─ avec les données ESS 2010, l'assurée ne parvient manifestement pas à un taux suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans ce contexte, il convient de relever que le salaire moyen, niveau de qualification 4, dans le secteur "soutien aux entreprises" selon les données 2010 (secteur qui correspond in casu au mieux à la sous-catégorie "Services fournis aux entreprise" retenu par l'autorité inférieure qui se basait, dans la comparaison des revenu effectuée le 8 novembre 2001, sur l'ancienne nomenclature 2002) est supérieur au salaire de valide, de sorte qu'il n'en est pas tenu compte. Ainsi, la moyenne des salaires moyens mensuels obtenus en 2010 dans les secteurs "Commerce de détails (Fr. 4'164.- pour 40 h./sem.) et "Autres activités de services" (Fr. 3'950.-), adaptée au temps de travail usuel (41.7 et 41.8 h./sem.), correspond à Fr. 4'234.36. Par ailleurs, l'administration a

estimé qu'il était opportun de procéder à un abattement du salaire d'invalide de 15% afin de tenir compte des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante (85% de 4'234.36 = Fr. 3'599.21). Ce faisant, elle a agi dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter de cette évaluation. La comparaison du revenu de valide au revenu d'invalide fait ainsi apparaître un préjudice économique de 17.92 % ([{4'384.76 – 3'599.21} x 100] : 4'384.76). Comme on l'a vu (cf. infra consid. 10.3), il y a lieu de retenir que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à être active au taux de 71%. En application de la méthode mixte, le taux d'invalidité pondéré pour l'activité lucrative est donc de 12.78 (18 x 0.71).

12.

12.1 En rapport avec l'incapacité de travail dans les travaux ménagers, il appert que la recourante n'a vraisemblablement pas rempli correctement le formulaire pour assurés travaillant dans le ménage qu'elle a signé en date du 13 juin 2010 (pce 9). En effet, comme l'a relevé à juste titre l'administration dans un écrit du 27 septembre 2011 (pce 31, 2ème paragraphe), celle-ci indique qu'elle vit dans un logement situé au 3ème, 4ème et 7ème étage et que son ménage serait composé de 8 adultes et de 8 enfants âgés entre 4 et 14 ans (pce 9 p. 1 let. A). Or, il semble qu'elle se réfère aux appartements qu'elle était chargée de nettoyer en tant que femme de ménage et non pas à son propre ménage, vu qu'elle mentionne que son travail doit dorénavant être exécuté par des tiers à raison de 30 h./sem. (cf. pce 9 p. 3 let. D in fine). Quoiqu'il en soit, la question de savoir si, au moment déterminant, le ménage de la recourante était composé uniquement de son mari et de sa fille alors âgée de 16 ans ou si d'autres personnes en faisaient partie (dont notamment la fille aînée âgée de 26 ans en 2010 et les autres personnes mentionnées par l'assurée) ne saurait être déterminant pour les raisons indiquées ci-après.

12.2 Ainsi, la recourante mentionne, dans le formulaire précité pour assurés travaillant dans le ménage du 13 juin 2010, qu'elle est dans l'incapacité totale d'accomplir l'ensemble des travaux relatifs au ménage (pce 10). Appelé à prendre position sur ces allégations, le Dr B._____, spécialiste en orthopédie du service médical de l'OAIE, a estimé la part des différentes activités accomplies par l'intéressée dans le ménage selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité et retenu un taux d'invalidité respectif (conduite du ménage: 5% avec invalidité de 0%; alimentation: 40% avec une invalidité de 20%; entretien du logement: 20% avec une invalidité de 40%; achat: 10% avec une invalidité de 20%;

lessive et entretien des vêtements: 20% avec une invalidité de 30%; divers: 5% avec une invalidité de 0%). Il conclut à un taux d'invalidité global de 24% pour la conduite du ménage (rapport du 21 décembre 2010 [pce 20 p. 4]]). Le Tribunal de céans relève que cette appréciation, bien que succincte, n'a pas fait l'objet d'une quelconque contestation précise de la part de l'intéressée. Il n'y a donc aucune raison pour s'en écarter, eu égard aux circonstances particulières du cas concret. En effet, quoiqu'en dise la recourante, rien au dossier ne permet de retenir que celle-ci présente une incapacité de travail dans les activités légères. Bien plus, le rapport médical du 21 juin 2010, établi au Centre de réhabilitation E._____, se borne à indiquer que l'intéressée présente une incapacité de travail dans la vie quotidienne pour les travaux de force (pce 18 p. 2), ce qui est de nature à confirmer les conclusions du service médical de l'OAIE. Sous cette angle, l'argumentation développée par la recourante, selon laquelle elle présenterait une incapacité de travail totale dans les travaux ménagers n'est pas suffisamment corroborée et ne saurait donc convaincre. Ensuite, il sied de relever que le Dr B._____ dispose d'une formation spécifique en orthopédie et dispose ainsi des connaissances nécessaires pour juger de la capacité de travail sur la base des actes au dossier, étant relevé qu'une atteinte radiculaire significative n'a pas été mise en évidence en l'espèce (cf. rapports médicaux des 1er février 2007 [pce TAF 1 p. 39], 7 mai 2010 [pce TAF 1 p. 22] et 6 août 2010 [pce TAF 1 p. 42]). En outre, il convient de tenir compte du fait que l'assurée peut mieux gérer son temps dans le ménage que dans une activité lucrative et qu'on peut s'attendre de ses proches qu'ils l'aident de façon accrue dans la mesure où cela est raisonnablement exigible de leur part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_440/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2). Or, l'assurée n'a jamais prétendu qu'elle ne pouvait recourir à l'aide de son entourage. Dans ces conditions, il n'apparaissait pas indispensable de procéder à une enquête économique respectivement à ce que le service médical du SMR examine lui-même l'assurée pour écarter les affirmations contraires de cette dernière (cf. infra consid. 5.5). Le taux d'invalidité dans les activités ménagères se monte donc à 24% comme l'a retenu l'administration, sans qu'il n'apparaisse de motifs suffisamment pertinents pour remettre en cause cette évaluation. Ce pourcentage doit encore être pondéré en application de la méthode mixte, ce qui donne une incapacité de travail de 6.72% (24 x 0.29). Le taux global d'invalidité de la recourante est donc de 19.74% ([18 x 0.71] + [24 x 0.29]), ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Finalement, on précisera à titre superfétatoire que, dans la présente affaire, le taux d'invalidité dans les activités ménagères devrait se monter à au moins 93% (93 x 0.29 = 26.97% [part pondérée]) pour que, en application de la méthode mixte, l'assurée présente un taux

d'invalidité global de 40% ouvrant le droit à une rente (12.78 [cf. supra consid. 12.2 in fine] + 26.97 = 39.75), ce qui est tout à fait exclu en l'espèce compte tenu de la documentation médicale versée en cause, étant précisé que sur l'ensemble des travaux ménagers, déjà ceux de nature légères atteignent au moins le seuil de 10%.

13.
Au vu de tout ce qui précède, il appert que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

14.
Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, 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 l'assurée. 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. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de Fr. 400.-.

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 président du collège : 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 :