Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-4102/2010

Arrêt du 15 septembre 2011

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Vito Valenti, Philippe Weissenberger, juges,
Pascal Montavon, 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 11 mai 2010).

Faits :

A.
La ressortissante espagnole A._____, née en 1958, a travaillé en Suisse durant les années 1982-1990 (pce 109). Au bénéfice d'une rente de veuve, elle déposa une demande de prestations d'invalidité le 1er juin 2006 qui fut rejetée par décision du 19 novembre 2007 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) au motif que l'intéressée, sans activité lucrative, ne présentait pas d'incapacité dans l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage (pce 101).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, le service médical de l'OAIE releva que selon le rapport médical E 213 du 2 mai 2006 (pce 49) l'intéressée présentait une incapacité de travail non chiffrée pour une activité antérieure dans l'agriculture mais une pleine capacité de travail pour une activité légère, qu'en particulier l'affection thyroïdienne de l'assurée nécessitait un traitement et une surveillance mais ne provoquait pas d'incapacité de travail pour une activité légère et que, de même, l'atteinte rénale et la colite dont était affectée l'assurée étaient compatibles avec un travail adapté. Le service médical de l'OAIE précisa que l'intéressée ne travaillait plus depuis 1995 et quelle était au bénéfice d'une rente espagnole pour un taux d'invalidité de 55% dans sa profession antérieure (rapports des 25 février et 9 juin 2007, pces 59 et 83). Par un avis ultérieur du 11 novembre 2007 du service médical de l'OAIE, suite à des examens sérologiques requis par cet office en cours de procédure d'opposition, la prise de position du 25 février fut confirmée (pce 100).

B.
En date du 18 septembre 2009 l'intéressée déposa une nouvelle demande de prestations d'invalidité (pce 104). Dans le cadre de cette demande, l'OAIE porta notamment au dossier les documents ci-après:

- une décision de la sécurité sociale espagnole du 27 janvier 2010 reconnaissant l'intéressée en incapacité permanente absolue pour tout type d'activité (pce 111),

- le questionnaire à l'assurée daté du 11 février 2010 indiquant la cessation d'une activité lucrative agricole depuis 1995 pour raison de santé (pce 114),

- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 11 février 2010 indiquant un ménage unipersonnel et l'aide de la fille de l'intéressée, salariée des services sociaux, pour toutes les tâches, l'assurée n'étant pas en mesure d'en effectuer (pce 113),

- un rapport d'intervention du 13 novembre 2008 pour proctocolectomie totale et iléostomie iliaque gauche le 22 octobre 2008 (pce 124) et un rapport du médecin traitant de l'intéressée, le Dr B._____, daté du 29 octobre 2009, listant sans autres développements les affections suivantes: pathologie auto-immune indéterminée, neumonitis intersticial, colite ulcéreuse, hypothyroïdie, insuffisance rénale chronique secondaire, hypokaliémie, dépression nerveuse, fibromyalgie, arthrite distale, dyslipémie, anémie chronique, mastopathie fibrokystique, déficit de vitamine B12, insuffisance mitrale, aortique et tricuspide, ostéoporose, insuffisance veineuse périphérique, artériopathie, cataracte, protocolectomie totale, iléostomie iliaque gauche (pce 134),

- un rapport E 213 daté du 27 novembre 2009 rapportant les atteintes somatiques à la santé de l'intéressée, relevant une dépression réactive entraînant une limitation fonctionnelle, un mal être général, un aspect sénile, posant le diagnostic de pancolite ulcéreuse corticodépendante chronique active diagnostiquée en 1995 d'évolution torpide avec proctocolectomie totale et iléostomie en octobre 2008, bronchectasie, hypothyroïdie, insuffisance rénale chronique modérée, pathologie auto-immune indéterminée, insuffisance tricuspide, mitrale et aortique, ostéoporose, soulignant pour l'intéressée aucune capacité de travail résiduelle et un status de dépendance d'autrui pour toute activité (pce 135),

- des examens de laboratoires datés du 25 janvier 2010 (pce 136).

C.
Invité à se déterminer sur la documentation médicale reçue, le Dr C._____, dans son rapport du 24 février 2010, fit état des constatations somatiques ci-dessus, releva une aggravation de la rectocolite ulcéreuse ayant entraîné une proctocolectomie totale avec iléostomie terminale effectuée le 22 octobre 2008. Il nota l'existence de bronchiectasies multiples et indiqua que la documentation n'apportait pas d'informations nouvelles sur la néphropathie et l'hypothyroïdie. S'agissant des examens de laboratoire, il releva que ceux-ci montraient une anémie légère, des fonctions thyroïdiennes normales, une insuffisance rénale modérée et

une hyperlipidémie. Se prononçant sur le rapport E 213 du 27 novembre 2009 il nota que celui-ci "décri[vait] une personne de 51 ans en état général correct, sans trouble digestif, se plaignant de douleurs généralisées et d'asthénie, mais sans limitation fonctionnelle importante". Il retint le diagnostic principal de status après proctocolectomie totale pour colite ulcéreuse et les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail d'hyperthyroïdie auto-immune substituée, acidose tubulaire rénale avec insuffisance rénale modérée, bronchectasie. À son avis une incapacité pouvait être reconnue à partir du 22 octobre 2008, date de la constitution de l'anus praeter. Procédant à une évaluation de la capacité résiduelle d'accomplir les tâches usuelles dans le ménage, le Dr C._____ évalua à 31% l'invalidité, selon le tableau ci-après:

N°	Activité	Min.	Max.	Choix	Incapacité	Invalidité (choix x incapacité)
1	Conduite du ménage	2	5	5	0	0.00%
2	Alimentation	10	50	30	0	0.00%
3	Entretien du logement	5	20	20	50	10.00%
4	Achats	5	10	10	30	3.00%
5	Lessive et entretien des vêtements	5	20	20	50	10.00%
6	Soins aux enfants	0	30	0	0	0.00%
7	Divers	0	50	15	50	7.50%
				100/100		31.00%

Le Dr C._____ indiqua qu'en fonction de la documentation médicale il n'était pas admissible de conclure que l'assurée ne pouvait absolument rien faire dans son ménage comme elle l'avait indiqué et que la présence de la stomie intestinale justifiait de reconnaître une certaine diminution de la capacité de travail pour les activités plus lourdes dans le ménage qui restait néanmoins largement inférieure à 40%. Il proposa le rejet de la demande (pce 139).

D.

Par projet de décision du 8 mars 2010 l'OAIE informa l'assurée qu'il n'était pas apparu de son dossier une incapacité de travail moyenne suffisante de 40% au moins pendant une année et que malgré ses atteintes à la santé l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et qu'en conséquence la demande de prestations devrait être rejetée (pce 140).

Contre ce projet l'intéressée, représenté par Me L.J. Lopez Pérez, fit valoir, décision administrative à l'appui, être reconnue en Espagne en incapacité de travail permanente absolue pour tout type de travail par décision du 7 janvier 2010 de la Sécurité sociale en raison de ses atteintes irréversibles, incurables et définitives aux graves incidences sur sa capacité de travail et conclut à l'octroi d'une rente correspondante. Elle joignit un rapport médical du 19 mars 2010 (pce 150).

Invité à se déterminer, le Dr C._____ dans sa prise de position du 2 mai 2010 indiqua que la nouvelle documentation médicale se limitait à attester une incapacité de travail totale en se basant sur la décision de la Sécurité sociale espagnole, qu'il n'y avait pas d'élément nouveau dans l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée en tant que ménagère ayant cessé de travailler en 1995 et dont l'aggravation de l'état de santé remontait à 2008 (pce 152).

Par décision du 11 mai 2010 l'OAIE rejeta la demande de prestations pour les motifs de son projet de décision, relevant que la nouvelle documentation produite n'était pas à même de modifier le bien-fondé du projet de décision, soulignant que les décisions de la sécurité sociale étrangère ne liaient pas l'assurance-invalidité suisse, l'invalidité n'étant pas constituée de l'atteinte à la santé en tant que telle mais par les répercussions de l'atteinte sur la capacité de travail (pce 153).

E.
Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours en date du 4 juin 2010 auprès du Tribunal de céans concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle joignit à son envoi une documentation déjà au dossier, un document administratif espagnol du 20 février 2009 et un nouveau rapport médical de la Dresse D._____ du 23 juin 2010 (pce TAF 1).

F.
Par décisions incidentes des 22 juin et 8 juillet 2010 le Tribunal de céans requit de la recourante une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-, montant dont elle s'acquitta en deux versements par Fr. 423.- dans les délais impartis (pces TAF 6, 10).

G.
Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE transmit le dossier au Dr C._____ qui, dans son rapport du 20 novembre 2010, maintint sa détermination antérieure. Il précisa que le nouveau rapport de la Dresse D._____ était un contrôle de l'hypothyroïdie n'apportant pas d'élément

nouveau et qu'il n'y avait pas lieu de reconnaître une incapacité de travail de 20% avant le 22 octobre 2008, date de l'opération (pce 157).

Par réponse au recours du 2 décembre 2010 l'OAIE conclut à son rejet. Il releva à titre liminaire que l'intéressée, étant au bénéfice d'une rente de veuve, il y avait lieu d'examiner si son incapacité de travail était de 40% au moins sur une année lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité, dont le montant était à comparer avec celui de la rente de veuve: celui le plus élevé des deux étant versé. Il fit valoir que l'intéressée étant ménagère son invalidité était appréciée selon la méthode spécifique, soit en fonction de son empêchement à accomplir ses travaux habituels, et que de l'avis de son service médical l'assurée vivant seule n'était limitée qu'à hauteur de 31%, taux insuffisant pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité (pce TAF 15).

Invitée à répliquer par ordonnance du 14 décembre 2010 notifiée à l'intéressée le 23 décembre 2010, la recourante n'y donna pas suite.

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 de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les

dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1*a* 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. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1. 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. 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 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2. L'art. 80*a* 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.

2.3. De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. L'examen du droit à des prestations selon la LAI 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 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont donc applicables.

3.2. La décision dont est recours fait suite à une première demande de rente ayant été rejetée par décision du 19 novembre 2007 de l'OAIE faute pour l'assurée, sans activité lucrative depuis 1995, de présenter une incapacité dans l'accomplissement des tâches ménagères.

3.2.1. En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

3.2.2. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit

instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

3.2.3. En l'espèce, l'OAIE a examiné du point de vue matériel la deuxième demande de prestations. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 11 mai 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. 2.1 avec les réf).

4.

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

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28, et 29 al. 1 LAI);

- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). 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).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

4.2. Selon l'art. 43 al. 1 LAI (en relation avec l'art. 24*b* de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]), si les veuves, veufs ou orphelins ont droit simultanément à une rente de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants et à une rente de l'assurance-invalidité, ils bénéficieront d'une rente d'invalidité entière. La rente la plus élevée leur sera versée. Ainsi les deux rentes sont comparées, quelque soit le taux d'invalidité égal ou supérieur à 40% de l'assuré, et le montant le plus élevé lui est versé. En ces circonstances, l'intéressé n'a pas d'intérêt digne de protection à ce que soit alors établi le taux exact de son invalidité du moment qu'il est supérieur à 40% (MICHEL

VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Berne 2011, n° 2237 s.; arrêt du Tribunal fédéral 9C_345/2008 du 25 juillet 2008 consid. 2.2 et 2.3 et les références).

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. 2 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

5.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI 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. 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. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

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).

6.

6.1. La recourante a travaillé jusqu'en 1995 puis cessa toute activité lucrative se consacrant aux tâches ménagères.

6.2. 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.

6.3. 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) telles les tâches domestiques. Cette méthode est dite spécifique du fait de son application aux non actifs en relation avec leurs activités quotidiennes. Pour ces personnes il convient d'examiner si étant valide l'assuré aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son

ménage, cela à la lumière de sa situation familiale, sociale, et professionnelle. Il est tenu compte, pour le cas où l'assuré serait demeuré valide, d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 130 V 396 consid. 3.3 non publié [I 457/02 du 18 mai 2004], 125 V 146 consid. 2c, ATF 117 V 195 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.3). L'évolution de la situation de l'assuré doit être prise en compte jusqu'au prononcé de la décision administrative au regard d'un degré de vraisemblance prépondérante (voir VALTÉRIO, op. cit., n° 2149 s. et les critères développés à l'ATF 125 V 146 consid. 2c).

6.4. Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent 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.

7.1. 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.

7.2. 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).

8.

8.1. En l'espèce, il est manifeste que l'état de santé de l'assurée s'est dégradé après la décision de rejet du 19 novembre 2007 concernant la première demande de prestations. À cette époque, une hypothyroïdie et une néphropathie avaient été constatées. En octobre 2008, l'intéressée a subi une proctocolectomie totale avec ileoctomie iliaque. L'aggravation de cet état de santé est confirmée par l'apparition d'une dépression réactive comme relevée par le médecin de la Sécurité sociale espagnole. Dans ses rapports, en particulier celui du 2 mai 2010, le Dr C._____ admet du reste qu'en 2008 il y a eu une aggravation de l'état de santé de l'intéressée. Toutefois, à son avis, les nombreuses pathologies affectant l'intéressée ne révèleraient encore pas d'atteintes graves, étant donné que la néphropathie et l'hypothyroïdie sont sous contrôle. Ces atteintes justifieraient tout au plus une invalidité de 31% au lieu de 0%, comme constaté lors du rejet de la première demande de rente.

8.2. Or, force est de constater que l'évaluation du service médical de l'OAIE ne se base pas sur une documentation médicale complète. Il manque en effet un examen médical des affections rénales de la recourante. Parmi les rapports aux actes figurent des examens sérologiques effectués le 25 janvier 2010 (pce 136), qui selon le Dr C._____ (rapport du 24 février 2010) révèlent seulement une légère anémie, des fonctions de la thyroïde normales, une insuffisance rénale modérée et une hyperlipidémie. Malgré les résultats, somme toute assez positifs de ces examens, il n'en demeure pas moins que les certificats concernant les visites médicales des 12 et 13 janvier, 10 juillet, 29 septembre 2009 (pce 126, 127 et 133), très succincts, indiquent la persistance de la pathologie rénale, comme du reste la Dresse D._____ dans son rapport du 23 juin 20010 produit avec le recours. En outre, le rapport du 29 octobre 2009 du Dr Lourdes Soto Lopez (pce 134), même s'il est dépourvu de tout examen objectif, indique une liste très longue des pathologies dont souffrirait l'intéressée qui, si elle était confirmée, justifierait une invalidité certainement supérieure à 40%. Le rapport E 213 indique que le diagnostic constaté justifie une incapacité totale dans toute activité. La bronchectasie et la dépression réactive, mentionnées dans le rapport E 213 n'ont pas fait l'objet d'un examen spécifique, comme du reste les séquelles de la proctocolectomie et de l'iléostomie n'ont pas été investiguées.

Il s'ensuit que l'instruction de la demande est incomplète dans la mesure où il manque un rapport sur la pathologie rénale et que les autres troubles n'ont pas été examinés de manière approfondie comme le requiert la jurisprudence mentionnée dans le consid. 7.2 ci-dessus.

9.

9.1. L'instruction de l'autorité inférieure est incomplète aussi pour un deuxième motif. La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête menée sur place (cf. art. 69 al. 2 RAI) par une personne qualifiée, laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (VALTÉRIO, op. cit., n° 2165). En raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels peut être effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Encore faut-il que celui-ci se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'assuré. Son résultat aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (VALTÉRIO, op. cit., n° 2159 et 2160). Si l'évaluation des incapacités dans les tâches ménagères a été effectuée par l'assuré seul et que l'appréciation du service médical de l'OAIE ne concorde pas avec les déclarations de l'assuré, l'appréciation n'a qu'une valeur probatoire relative du fait même que l'assuré n'a pas été examiné personnellement par le médecin de l'OAIE (cf. arrêt cité I 733/06 consid. 4.2).

9.2. En l'espèce le service médical de l'OAIE a établi un taux d'invalidité global de 31%. Toutefois, les différents taux reportés dans le tableau joint à la pce 139 (voir ci-dessus la partie en fait lettre C), n'ont pas été discutés ni expliqués par le service médical de l'OAIE. Il n'est donc pas possible pour le Tribunal de céans d'examiner comment le taux de 31% a été établi. Ce vice n'a pas non plus été réparé dans le cadre de la réponse au recours. Par exemple, il n'est pas compréhensible pour quelles raisons l'assurée présente une incapacité dans l'accomplissement de ses tâches d'entretien du logement (50%) ou de lessive (50%) mais aucune incapacité dans l'alimentation. De son côté, l'assurée indique ne pas être capable d'assumer ses tâches ménagères et avoir besoin du concours de sa fille (pce 113). L'appréciation du service médical concernant l'évaluation de l'invalidité n'est donc pas conforme à la jurisprudence mentionnée ci-dessus, qui requiert de la part du service

médical une détermination motivée de l'évaluation de l'invalidité des assurés.

10.
Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut pas se prononcer sur le taux d'incapacité de la recourante à accomplir ses tâches usuelles dans le ménage, ni à partir de quand cette incapacité existerait.

En ces circonstances, il est nécessaire d'admettre partiellement le recours, annuler la décision attaquée et renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle rende une nouvelle décision. Certes, l'art. 61 al. 1 PA permet seulement exceptionnellement de renvoyer la cause. Toutefois, dans le cas concret, l'application de l'exception prévue est justifiée si l'on considère les nombreuses lacunes du dossier et l'ampleur de l'instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 4.4.1.4).

L'autorité inférieure devra donc compléter l'instruction en examinant la situation médicale pour la période du 19 novembre 2007 (date de la première décision entrée en force) jusqu'à la date de la décision attaquée (11 mai 2010). Dans le cadre de cette instruction complémentaire seront versés aux actes les examens médicaux mentionnés ci-dessus dans le consid. 8.2. L'évaluation de l'invalidité de l'assurée devra en outre faire l'objet d'un nouvel examen selon les critères illustrés dans le consid. 9.2. L'OAIE devra ensuite rendre une nouvelle décision sujette à recours.

11.

11.1. La recourante ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA et ATF 132 V 215 consid. 6.2). L'avance de frais de Fr. 423.- perçue en cours d'instruction lui est restituée.

11.2. N'étant pas représentée, la recourante n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]). Les autorité fédérales n'ont pas non plus droit à une indemnité de dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis et la décision du 11 mai 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens du considérant 10.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de Fr. 423.- perçue en cours d'instruction est restituée à la recourante.

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._; Recommandé),
– à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :	Le greffier :
Francesco Parrino	Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 :