Bundesverwaltungsgericht

Tribunal administratif fédéral

Tribunale amministrativo federale

Tribunal administrativ federal

Cour III
C-1365/2010/
{T 0/2}

Arrêt du 10 décembre 2010

Composition

Vito Valenti (président du collège), Francesco Parrino et Franziska Schneider, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

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

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 12 février 2010).

Faits :

A.

La recourante A._____, ressortissante espagnole née le [...] 1952, a oeuvré en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurance entre 1978 et 1985 en tant que serveuse et employée domestique (pces 31 p. 2 n° 3.4; 32). De retour en Espagne, elle a travaillé à son compte comme confectionneuse et vendeuse d'habits jusqu'au 31 décembre 2000, date à partir de laquelle elle a cessé toute activité pour des raisons de santé (pces 7; 8; 11-14). Le 11 janvier 2006 (pce 1 p. 7), elle a présenté une demande de prestations auprès des institutions de sécurité sociale espagnoles, lesquelles ont transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

B.a Par projet de décision du 6 février 2007 (pce 34) confirmé par décision du 16 avril 2007 (pce 35), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurée. Ces actes se fondaient notamment sur les documents suivants:

- des certificats médicaux des 12 mai 2004 (pce 16), 11 juin 2004 (pce 17), 17 février 2005 (pces 19-20), 20 mars 2005 (pce 21), 27 juin 2005 (pce 22), 23 septembre 2005 (pce 23), 22 août 2005 (pce 24), 5 septembre 2005 (pce 25), 26 septembre 2005 (pce 26), 28 septembre 2005 (pce 27), 10 octobre 2005 (pce 28), 20 octobre 2005 (pce 29) et 4 novembre 2005 (pce 30);

- un rapport médical E 213 du 2 février 2006 (pce 31) posant les diagnostics de mastectomie suite à un cancer du sein droit en février 2005 suivi d'une chimiothérapie jusqu'au 3 juillet 2005 et d'une radiothérapie jusqu'au 8 septembre 2005, sans signe de récidive, de traits anxio-dépressifs, d'hypothyroïdisme en traitement et d'une polypathologie préexistante (notamment sarcoïdose pulmonaire depuis avril 1997; haute tension artérielle; dyslipémie mixte sans répercussion significative actuellement, arthrose et algies non spécifiées); selon ce document l'assurée n'est plus en mesure d'exercer sa profession habituelle dans la confection de vêtement mais peut toutefois exercer à plein temps un travail adapté;

- un questionnaire pour indépendants du 14 juin 2006 dans lequel l'assurée indique qu'elle a travaillé à plein temps jusqu'au 31 décembre 2000 pour un salaire de EUR 577.21 par mois (pce 7);

- une prise de position du service médical de l'OAIE, dans laquelle le Dr B._____ conclut que l'intéressée présente une capacité de travail entière dans son activité habituelle et dans tout autre travail adapté (rapport du 26 janvier 2007 [pce 33]).

B.b La recourante défère cette décision devant le Tribunal administratif fédéral en produisant un rapport médical du 3 avril 2007 (pce 36) et en concluant principalement au droit à obtenir une rente entière d'invalidité. Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 30 octobre 2007 établi par la Dr C._____ [pce 38]) conclut à l'admission partielle du recours en ce sens qu'il est reconnu à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité du 1er juin au 31 août 2005, à une rente entière du 1er septembre 2005 au 31 mars 2006 et à une demi-rente à partir du 1er avril 2006 (préavis du 17 décembre 2007 [cf. pce 39 p. 5]). Invitée à répliquer, l'assurée maintient ses conclusions visant principalement à l'octroi d'une rente entière (cf. pce 39 p. 5). Par arrêt C-3637/2007 du 25 novembre 2008 (pce 39), le Tribunal administratif fédéral admet partiellement le recours en ce sens que le dossier est renvoyé à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. Dans les considérants, il relève que, s'il partage l'opinion de la Dresse C._____ reconnaissant une incapacité de travail certaine de la recourante, il ne peut cependant retenir les taux d'invalidité énoncés par cette praticienne dans son rapport succinct du 30 octobre 2007 qui se limite à une appréciation rétrospective des seules incidences du traitement des atteintes somatiques. Faute pour le service médical de l'OAIE d'avoir disposé d'une documentation médicale suffisante établissant clairement l'évolution des troubles pulmonaires et oncologiques de l'intéressée, les incidences de ses affections sur son status psychique et encore faute de disposer d'une documentation oncologique entre novembre 2005 et le 16 avril 2007, il ne pouvait être rendu de décision en matière de rente d'invalidité.

C.

Se fondant sur l'avis de son service médical (rapport du 8 avril 2009 établi par la Dresse C._____ [pce 45]), l'OAIE confie au Centre

d'expertise médicale D._____ (ci-après: CEMed) la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment un volet pneumologique, oncologique et psychiatrique (pce 47). L'assurée est examinée le 27 août 2009 par les Drs E._____, spécialiste en médecine interne, F._____, psychiatre-Psychothérapeute et G._____, pneumologue. Ces médecins concluent que l'assurée a présenté une incapacité de travail totale du 14 février 2005 au 31 novembre 2005 et que, dès le 1er décembre 2005, il existait une capacité de travail totale dans une activité adaptée de façon durable (rapport d'expertise daté du 3 novembre 2009 [pce 60]). Invitée à se déterminer sur l'expertise, la Dresse C._____ déclare se rallier aux conclusions des experts et retient que la recourante ne présente plus d'incapacité de travail selon les critères de l'assurance-invalidité (prise de position médicale du 19 novembre 2009 [pce 63]).

D.

D.a Le 30 novembre 2009 (pce 64), l'OAIE informe l'assurée qu'il entend rejeter sa demande de prestations et impartit à cette dernière un délai de 30 jours pour déposer ses objections accompagnées des moyens de preuve y relatifs (projet de décision du 30 novembre 2009). On note que le dossier ne contient aucun document relatif à des observations de l'assurée dans le délai imparti (cf. à ce propos supra let. E in fine et pce TAF 17).

D.b Par décision du 12 février 2010 (pce 67), l'OAIE rejette la demande de prestations en reprenant l'argumentation du projet de décision. Selon lui, il ressort du dossier complété que l'intéressée ne présente pas une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens du droit de l'assurance-invalidité. Ainsi, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

E.

Le 4 mars 2010 (pce TAF 1), l'intéressée, représentée par Maître José Nogueira Esmorís, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à trois quarts de rente, à une demi-rente ou à un quart de rente. Mettant en avant ses affections et le fait que les institutions de sécurité sociale espagnoles l'ont mise au bénéfice d'une rente pour cause d'incapacité permanente absolue pour toute profession, elle prétend en substance ne plus être à même

d'exercer son activité habituelle ni d'autres travaux conformément à l'art. 16 LPGA. Par ailleurs, elle prétend avoir demandé à l'autorité inférieure, par écrit du 4 janvier 2010, de lui faire parvenir une copie de l'expertise du CEMed ce à quoi l'OAIE n'aurait pas donné suite.

F.

Par décision incidente du 23 mars 2010 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral impartit à la recourante un délai jusqu'au 23 avril 2010 pour verser une avance sur les frais présumés de procédure d'une montant de Fr. 300.-. L'assurée verse le montant requis sur le compte du Tribunal en date du 6 avril 2010 (pce TAF 4 p. 2).

G.

Par ordonnance du 6 mai 2010 (pce TAF 8), le Tribunal de céans transmet à la recourante une copie de l'expertise du CEMed et lui impartit un délai de 30 jours dès notification dudit acte pour compléter son recours. Par acte du 26 mai 2010 (pce TAF 10), l'assurée souligne qu'il existe une divergence de vue des parties quant à l'objet du litige. En effet, lors de la première procédure de recours ayant abouti au prononcé de l'arrêt de cassation C-3637/2007 du 25 novembre 2008, l'autorité inférieure avait proposé au Tribunal de céans, par préavis du 17 décembre 2007, d'admettre partiellement le recours en reconnaissant à la recourante le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'autorité inférieure serait donc pour le moins liée à cette proposition et ne pourrait ainsi dénier tout droit à une rente d'invalidité dans la présente procédure. Pour cette raison, elle conclut principalement avoir droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2005, subsidiairement à trois quarts de rente dès le 1er juin 2005 et subsidiairement, conformément au préavis de l'administration du 17 décembre 2007, à un quart de rente du 1er juin au 31 août 2005, à une rente entière du 1er septembre 2005 au 31 mars 2006 et à une demi-rente à partir du 1er avril 2006.

H.

H.a Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure propose son rejet et la confirmation de la décision attaquée en se basant essentiellement sur les conclusions de l'expertise du CEMed datée du 3 novembre 2009 et l'avis de son service médical du 19 novembre 2009 (préavis du 24 août 2010 [pce 14]).

H.b Par ordonnance du 27 septembre 2010 (pce TAF 15), notifiée à la recourante le 30 septembre 2010 (pce TAF 16 [avis de réception]), le Tribunal de céans fait parvenir à la recourante pour connaissance le préavis du 24 août 2010 et le rapport du 19 novembre 2009 précités.

I.
Par ordonnance du 1er novembre 2010 (pce TAF 18), le Tribunal administratif fédéral impartit à la recourante un délai pour se prononcer sur une comparaison des revenus concernant l'hypothèse où cette dernière ne pourrait plus exercer son activité habituelle de couturière/vendeuse mais, par contre, serait en mesure d'accomplir tout autre travail compatible avec les limitations retenues par les experts du CEMed. L'assurée fait part de ses observations par courrier daté du 10 novembre 2010 (pce TAF 20).

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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis 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. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.
L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 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. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. L'art. 80*a* LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

3.
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). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance suisse objet du présent litige, l'application du nouveau droit n'a en l'espèce aucune influence sur le droit aux prestations. Compte tenu du dépôt de la demande en date du 11 janvier 2006 et du fait que la recourante fait valoir un droit à des prestations à partir du 1er juin 2005, les dispositions citées ci-après sont, sauf indication contraire, celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1er janvier 2008). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pces 2 p. 2; 32) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

5.

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 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). Au vu des atteintes dont est victime la recourante, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

6.
Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

7.
Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. 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; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.
Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un juge-

ment valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

9.

Sur le plan formel, on note que l'assurée, dans son mémoire du 4 mars 2010 (pce TAF 1 p. 5 consid. 7) prétend avoir demandé à l'autorité inférieure, par acte du 4 janvier 2010, de lui remettre une copie de l'expertise du CEMed et que l'administration n'aurait pas donné suite à sa demande. Or, le dossier ne contient aucun acte y relatif de la recourante (cf. supra let. D s.). Cela étant, même si l'on admettait que l'assurée a valablement notifié l'écrit précité à l'autorité inférieure et que l'administration, en ne réagissant pas à cette demande, aurait violé le droit d'être entendu de la recourante (cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral I 435/05 du 12 septembre 2005 consid. 1 s.; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich Bâle Genève 2010, p. 476 ad art. 57a), force est de constater que ce vice a pu être réparé en procédure de recours devant le Tribunal administratif fédéral. En effet, le Tribunal de céans, par ordonnance du 6 mai 2010 (pce TAF 8), a transmis à la recourante l'expertise sollicitée et imparti à cette dernière un délai pour prendre position en la matière. La recourante a ainsi pu compléter son recours en connaissance de cause par acte du 26 mai 2010 (pce TAF 10), étant précisé qu'elle n'a à aucun moment demandé de prononcer un arrêt de cassation dans la présente affaire pour des raisons formelles. Bien plutôt, ses conclusions visent à ce que le Tribunal de céans rende une décision au fond. Par ailleurs, on note que le rapport médical du 19 novembre 2009 (pce 63), dans lequel la Dresse C._____ a pris position sur l'expertise du CEMed et s'est ralliée aux conclusions des experts, a été transmis à la recourante pour connaissance par ordonnance du 27 septembre 2010 (pce TAF 15; cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_845/2008 du 4 mars 2009 consid. 4.1.2). Il appert ainsi que la recourante a pu faire valoir ses droits de façon équitable dans la présente procédure en connaissance de tous les éléments déterminants. Eu égard à

l'ensemble des circonstances évoquées ci-dessus, un renvoi de la cause à l'administration pour violation du droit d'être entendu ne saurait entrer en ligne de compte en l'espèce (cf. à ce propos arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2010 du 24 août 2010 consid. 4.3).

10.

La recourante prétend ensuite qu'elle a été induite en erreur par le préavis de l'autorité inférieure du 17 décembre 2007 établi dans le cadre de la procédure C-3637/2007 et proposant de lui reconnaître un droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. supra let. B.b). Selon elle, cette proposition était de nature à lui faire croire qu'elle avait pour le moins droit aux prestations nouvellement reconnues par l'OAIE dans le document susmentionné, ce qui lierait l'administration et empêcherait cette dernière de lui nier le droit à toute prestation dans la présente procédure. Cette argumentation tombe manifestement à faux. En effet, en déposant son préavis du 17 décembre 2007, l'autorité inférieure n'a nullement rendu une nouvelle décision mais formulé une proposition à l'attention de l'autorité de recours pour statuer dans l'affaire dont il était question. Or, par la suite, l'autorité de recours, par jugement C-3637/2007 du 25 novembre 2008, n'a pas suivi la proposition de l'administration, dès lors qu'elle a estimé que les actes versés au dossier – dont en particulier le rapport médical de la Dresse C._____ du 30 octobre 2007 – ne constituaient pas une base suffisante pour emporter la conviction. Il se justifiait dès lors de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire en ce qui concerne l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail dans une activité légère et pour nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité (consid. 9.2 du jugement précité). Dans ces conditions, le préavis de l'autorité inférieure du 17 décembre 2007 ne saurait lier en aucune façon l'administration et le Tribunal de céans dans la résolution de la présente procédure (sur la jurisprudence constante en la matière cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_990/2009 du 4 juin 2010 consid. 2; 9C_134/2010 du 2 juillet 2010 consid. 4). Par ailleurs, la recourante ne peut également tirer aucun avantage du fait que, au considérant 8.2 de l'arrêt de cassation susmentionné, le Tribunal administratif fédéral a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail certaine (cf. supra let. B.b). En effet, d'une part cette affirmation restait très succincte et peu précise; d'autre part, il ressortait clairement du considérant 9.2 (auquel renvoie expressément le chiffre 2 du dispositif de l'arrêt) que la question de la capacité de travail ne pourrait être

tranchée valablement et définitivement que sur la base du complément d'instruction demandé. On ne saurait dès lors attacher une importance déterminante à cette considération dite en passant et ne revêtant aucun caractère contraignant (voire à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6166/2008 consid. 11.5.1 et les références).

11.
Sur le plan matériel, la recourante fait valoir que ses affections l'empêchent d'exercer son activité habituelle et tout autre travail de substitution. L'administration ne partage pas cet avis en se basant essentiellement sur les résultats de l'expertise du CEMed.

12.
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 déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles lui ait reconnu le droit à une rente pour cause d'invalidité. 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).

13.
En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale mandatée par le Tribunal ou l'administration, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2; I 742/04 du 1er juin 2006 consid. 3.2; I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2). En l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire du 3 novembre 2009 a été établie sur la base d'un examen de l'assurée en date du 27 août 2009 par un pneumologue, un spécialiste en médecine interne et un psychiatre-psychothérapeute. Par ailleurs, ce document est très fouillé, se base sur une anamnèse complète et des examens circonstanciés, dresse un tableau global cohérent et contient des conclusions dûment motivées. Il sied ainsi de lui reconnaître pleine valeur probante. Dans ce contexte, force est de constater que la recourante n'a produit aucun rapport médical permettant de mettre en doute le bien-fondé des conclusions des experts. En outre, on rappelle que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la fibromyalgie n'est en principe pas susceptible d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Or, en l'occurrence, le dossier ne contient aucun élément permettant de conclure – à titre exceptionnel – que cette atteinte ne serait pas surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2010 du 21 septembre 2010 et les références). Le Tribunal de céans ne peut par conséquent que se rallier à l'avis des Drs E._____, F._____ et G._____ selon lequel la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 14 février au 31 novembre 2005 et retenant que, dès le 1er décembre 2005, l'assurée est en mesure d'exercer de façon durable une activité de substitution à plein temps (pce 39 p. 18 n° 5 s.) moyennant les limitations suivantes: pas de port de charges de plus de 10 kg; pas de sollicitation répétée et soutenue du membre supérieur droit; pas de travail les bras portés en hauteur ou en zone basse, pas de travail en flexion antérieur du tronc ou en porte-à-faux; utilisation de la pince entre le bras droit et le corps est contre-indiquée; l'exposition à des conditions thermiques extrêmes doit être évitée (pce 39 p. 19 n° 7).

Toutefois, on note que les experts ne se sont pas prononcés expressément sur le point de savoir si la recourante était encore en mesure d'exercer sa profession déployée jusqu'à l'atteinte à la santé. Dans un rapport du 19 novembre 2009 (pce 63), la Dresse C._____ a quant à elle estimé que celle-ci serait toujours exigible. Au vu des limitations du membre supérieur droit décrites par les experts et du peu de renseignements quant à la dernière activité exercée, on peut se demander si l'estimation du service médical de l'OAIE est conforme à la réalité (cf. dans ce contexte le rapport E 213 du 2 février 2006 qui retient une incapacité de travail de la recourante dans son ancienne profession et l'exigibilité d'un travail de substitution adapté à plein temps [pce 31 p. 10 n° 11.4 et 11.6]). Ce point peut toutefois souffrir de rester indécis. En effet, même si par hypothèse on retenait que la recourante n'était plus en mesure d'accomplir son ancienne activité, mais seulement un travail de substitution léger, et que l'on effectuait à ce titre une comparaison des revenus très favorable à la recourante (notamment en retenant un niveau de qualification 3 pour le salaire de valide et un abattement maximal admis par la jurisprudence pour motifs personnels et professionnels de 25%), l'assurée serait loin de présenter un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Ainsi, selon les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), les revenus d'une salariée avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans les secteurs "industrie de l'habillement et des fourrures" et "commerce de détails", adaptés au nombre d'heures hebdomadaires effectuées en moyenne en 2006 (40.8, 41.6 h./sem. respectivement) se montent à Fr. 4'086.12 resp. 4'298.32 soit une moyenne de Fr. 4'192.22, ce qui constitue le revenu de valide de l'assurée. En ce qui concerne le revenu d'invalide, il convient de se référer au revenu moyen réalisé par une salariée dans des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4), toute profession confondue, à savoir Fr. 4'019 pour 40 h./sem. et Fr. 4'189.81 pour 41.7 h./sem. (horaire usuel moyen). Cela étant, même en opérant une réduction maximale de 25 % pour tenir compte des motifs personnels et professionnels du cas d'espèce, on obtient un revenu avec invalidité de Fr. 3'142.36. La comparaison du revenu de valide au revenu d'invalide ferait alors apparaître un préjudice économique de 25.04 % ([{4'192.22 – 3'142.36} x 100] : 4'192.22), ce qui ne serait en aucun cas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

14.
Quant à l'argument de la recourante selon lequel la recherche d'un emploi serait irréaliste au vu de facteurs propres à sa personne, il convient de faire les remarques qui suivent. Selon la jurisprudence, chez les assurés actifs, l'invalidité s'évalue en application de la méthode générale, soit par comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité, sur un marché du travail équilibré. Cette dernière notion est théorique et abstraite et sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Ainsi, pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.3). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 consid. 4.2), étant précisé que la recourante était âgée de 57 ans lors du prononcé de la décision attaquée et n'avait donc pas encore atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé (cf. arrêt 9C_354/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5.2; 9C_124/2010 du 21 septembre 2010 consid. 5; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2171/2008 du 29 avril 2010 consid. 10.3 s.). Eu égard à ce qui précède, il y a lieu de retenir que le marché du travail offre encore uffisamment de places qui sont adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

15.
Il appert par conséquent que la décision entreprise doit être confirmée et le recours rejeté.

16.
Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art.

69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 300-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est rejeté.

2.
Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf.)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le 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 :