



---

Cour III  
C-1584/2007/coo  
{T 0/2}

## **Arrêt du 24 octobre 2008**

---

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),  
Franziska Schneider, Francesco Parrino, juges,  
Oliver Collaud, 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 24 janvier 2007.

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

A.\_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née en 1959, a travaillé en Suisse de mars 1991 à janvier 2004 en tant que employée de maison dans un home gériatrique, après quoi elle est retournée dans son pays d'origine où elle a oeuvré comme aide serveuse dans un café-bar jusqu'en avril 2004 date à laquelle elle a cessé toute activité salariée (pce OAIE 1, 3, 10 et 11).

**B.**

En date du 19 septembre 2005, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité suisse (pce OAIE 1).

Les rapports médicaux suivants ont été produits dans le cadre de l'instruction de la demande :

- le rapport médical E 213 du 21 octobre 2005 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué un status post hystérectomie, une arthropathie dégénérative du rachis avec des répercussions fonctionnelles peu importantes ainsi qu'un syndrome fibromyalgique actuel ; dans son rapport, ce médecin a estimé que l'intéressée n'encourait aucun danger pour sa santé, ne présentait aucun déficit fonctionnel et pouvait travailler sans restriction (pce OAIE 20) ;
- le rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2005 à teneur duquel les nombreuses pathologies diagnostiquées chez A.\_\_\_\_\_ (une lombo-sciatique droite, un syndrome facettaire, un syndrome trophostatique post-ménopausique précoce, un syndrome fibromyalgique généralisé très intense, un syndrome anxio-dépressif et des altérations neuro-végétatives telles que des vertiges, un côlon irritable ou encore une pollakiurie-dysurie) étaient totalement incompatible avec l'exercice d'une activité lucrative (pce OAIE 19) ;
- le rapport médical du 21 mars 2006 du Dr D.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué une hypertension artérielle, une obésité, une dyslipémie ainsi qu'une possible fibromyalgie, sans aborder la question de sa capacité à travailler (pce OAIE 18).

Dans le cadre de la procédure d'examen de la demande, le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 14 mars 2006 (pce OAIE 9) et le questionnaire destiné aux employeurs daté du 3 juillet 2006 et rempli par la Stiftung E.\_\_\_\_\_ (pce OAIE 16) ont été versés aux actes. A teneur de ce premier document, la requérante a déclaré qu'elle avait des difficultés à accomplir la majeure partie des tâches domestiques, voire était dans l'impossibilité de le faire.

**C.**

Dans sa prise de position médicale du 26 octobre 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ du Service médical de l'OAIE a diagnostiqué des lombalgies ainsi que des plaintes fibromyalgiques avec des symptômes dépressifs et a conclu au maintien d'une capacité de travail (pce OAIE 22).

**D.**

Dans son projet de décision du 17 novembre 2006, l'OAIE a signifié à A.\_\_\_\_\_ qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif que malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce OAIE 24).

Dans le cadre de la procédure d'audition, A.\_\_\_\_\_, dans son écriture du 30 novembre 2006, a renvoyé aux certificats médicaux produits, essentiellement celui du Dr C.\_\_\_\_\_, et a allégué que les troubles présentés affectaient grandement sa capacité de travail et l'empêchaient d'avoir un horaire régulier, tant dans un emploi à temps complet que dans un à temps partiel, de sorte qu'il convenait de considérer qu'elle présentait une diminution de sa capacité de travail d'au moins 60%. Elle a conclu à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité (pce OAIE 25).

Par décision du 24 janvier 2007, l'OAIE a rejeté la demande de rente d'invalidité présentée par A.\_\_\_\_\_ pour les motifs donnés dans le projet de décision du 17 novembre 2006, relevant que les observations du 30 novembre 2006 n'étaient pas de nature à modifier le bien-fondé de la motivation (pce OAIE 26).

**E.**

Par acte daté du 21 février 2007 et parvenu en possession de

l'autorité le 1<sup>er</sup> mars 2007, A.\_\_\_\_\_ a saisi le Tribunal administratif fédéral d'un recours dirigé contre la décision du 24 janvier 2007. Concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la reconnaissance en sa faveur d'un droit à une rente de l'assurance-invalidité d'au moins 60%, la recourante a allégué avoir de nouvelles affections limitant encore plus sa capacité de travail.

Dans le cadre de la procédure de recours, les certificats médicaux suivants (pce TAF 7) ont été produits :

- le rapport de sortie du 27 décembre 2006 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ suite à l'hospitalisation de l'intéressée, du 20 au 27 décembre 2006, pour une annexectomie bilatérale indiquée par la présence de kystes paraovariens et tubulaires, (21 décembre 2006) aucun incident post-opératoire ayant été relevé ;
- le rapport de sortie du 4 janvier 2007 établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ suite à la même hospitalisation et relatant que les examens de biopsie n'ont relevé aucune malignité ni pathologie dans les parties extraites.

#### **F.**

Dans sa prise de position établie le 20 mai 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ du Service médical de l'OAIE a maintenu l'avis exprimé le 26 octobre 2006, observant au demeurant que l'intervention subie par la recourante en décembre 2006 ne relevait pas de l'invalidité et qu'elle n'avait pu causer tout au plus qu'une incapacité de travail temporaire d'un mois et demi (pce OAIE 30).

Dans sa réponse au recours du 20 juin 2007, l'OAIE a souligné que la recourante ne faisait valoir aucun argument pertinent ni ne présentait de documents lui permettant de revenir sur sa décision et qu'il proposait dès lors le rejet du recours. L'autorité intimée a en particulier relevé que malgré son hospitalisation en décembre 2006 et l'incapacité de travail qui s'en est suivie, la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail d'une année au moins.

#### **G.**

Par ordonnance du 26 juin 2007, le Tribunal administratif fédéral a octroyé à la recourante un délai de trente jours dès réception pour produire ses éventuelles observations sur la réponse au recours de l'OAIE.

Par pli parvenu en la possession de l'autorité de recours le 16 juillet 2007, A.\_\_\_\_\_ a produit un lot de documents médicaux déjà versés au dossier.

Par courrier daté du 19 juillet 2007 et parvenu en la possession du Tribunal administratif fédéral le 24 juillet 2007, la recourante a répliqué à la réponse de l'OAIE en faisant valoir qu'elle présentait un taux d'invalidité supérieur à 60% dans la mesure où ses diverses atteintes à la santé ne lui permettait pas de réaliser une journée de travail partielle et encore moins une complète. Elle s'est en outre déclarée disposée à subir de nouveaux examens médicaux auprès d'un médecin qui lui serait désigné.

Dans sa duplique du 20 août 2007 qui a été communiquée à la recourante pour connaissance, l'OAIE a maintenu la position exprimée le 20 juin 2007.

#### **H.**

Par décision incidente du 5 novembre 2007, le Tribunal administratif fédéral a fixé l'avance pour les frais de procédure présumés à Fr. 300.-- et a octroyé à la recourante un délai de trente jours dès réception pour la verser.

Le 4 décembre 2007, un montant de Fr. 298.-- a été versée sur le compte du Tribunal à titre d'avance de frais.

#### **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 administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées aux art. 33 et 34 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-là étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

**1.2** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette 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 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** La requérante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA et 48 PA). Elle a, partant, qualité pour recourir.

Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), il est entré en matière sur le fond du recours.

## **2.**

**2.1** La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du règlement du Conseil du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71, les personnes, qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement.

Comme avant 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 (art. 40 §4 du règlement 1408/71).

**2.2** S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Pour les mêmes raisons, la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision AI) ainsi que les modifications de la LPGA, toutes entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne sont pas applicables en l'espèce.

### **3.**

La recourante a présenté sa demande de rente le 19 septembre 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 19 septembre 2004 (douze mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 janvier 2007, date de la décision entreprise marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

### **4.**

**4.1** Selon les normes en vigueur à la date de la décision attaquée, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI).

**4.2** En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si l'intéressé est invalide au sens de la LAI.

## 5.

**5.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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 de l'UE et y réside.

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la let. a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la let. b si l'état de santé est labile, c.-à-d. susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (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 de 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.

## 6.

La recourante a travaillé en Suisse de mars 1991 à janvier 2004 en tant qu'employée domestique. Elle a quitté ensuite ce pays pour l'Espagne où elle a exercé le métier d'auxiliaire dans la restauration. A la fin de son contrat de travail en avril 2004, A.\_\_\_\_\_ aurait cessé toute forme d'activité salariée, bien que des cotisations obligatoires en Espagne aient été versées jusqu'au 24 octobre 2005 et que dans la demande de rente, cette même date a été retenue pour fixer la fin de l'activité lucrative.

Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique – qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré.

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

## 7.

En l'espèce, il est établi que, du point de vue de sa capacité de travail, la recourante souffre principalement de lombalgies et se plaint de fibromyalgie avec des symptômes dépressifs.

Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, l'art. 29 al. 1 let. a LAI est inapplicable; seule

peut entrer en considération l'art. 29 al. 1 let. b LAI, prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **8.**

L'art. 69 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prescrit que l'Office AI 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.

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

## **9.**

**9.1** Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352, arrêt du Tribunal fédéral I 515/03 en la cause F. du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées). La fibromyalgie est assimilée par le Tribunal fédéral, en se fondant sur la science médicale, aux troubles somatoformes douloureux persistants (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 524). Il s'agit d'une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la

santé (OMS, CIM-10: M79), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire accompagnée généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle) ; les critères diagnostiques sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche au dessus et en dessous de la taille durant au moins trois mois ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins onze points douloureux (tender points) sur dix-huit (ATF 132 V 65 consid. 3.2; PIERRE-ALAIN BUCHARD, Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?, Revue médicale de la suisse romande, 2001, p. 444). Dans le monde médical le diagnostic de fibromyalgie est controversé. Pour certains médecins elle n'est pas une maladie mais le nom donné à des maux inexplicables qui relèveraient davantage d'une problématique bio-psycho-sociale que d'une véritable pathologie médicale. Pour d'autres médecins il s'agit d'une maladie, associée à d'autres phénomènes douloureux dont le trouble somatoforme douloureux et le syndrome de fatigue chronique, pathologies comptant une prépondérance de facteurs psychosomatiques (ATF 132 V 65 consid. 3.3 et les références médicales citées). En tant que telle la controverse sur la nature et les origines de la fibromyalgie n'est pas déterminante pour le juge. Seule l'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPG ; ATF 132 V 65 consid. 3.4).

**9.2** Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. D'ailleurs la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités (cf. ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière,

l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi l'égalité de traitement entre les assurés serait enfreinte. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une co-morbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. Notamment, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 130 V 354 consid. 2.2.3), à moins que ces troubles ne se manifestent avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus être raisonnablement exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Le juge doit dès lors partir de la présomption que les troubles somatoformes douloureux comme la fibromyalgie et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1, 131 V 50; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525).

**9.3** Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une co-morbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; PIRROTTA in: RSAS 2005 p. 525s.). Tel est le cas, premièrement, des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, deuxièmement, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, troisièmement, d'un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou, quatrièmement, de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la

personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. Par conséquent, le juge doit conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent par exemple d'une exagération des symptômes, d'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, de l'allégation d'intense douleurs mal définies et qu'il y a notamment absence de demande de soins, grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

**10.** En l'espèce, l'OAIE estime que A.\_\_\_\_\_ conserve une entière capacité de travail et qu'elle ne saurait partant prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

La recourante avance, pour sa part, ne plus pouvoir travailler, même partiellement, à plus de 60% et estime avoir droit à une rente d'invalidité.

**10.1** Le plus ancien certificat médical versé au dossier, soit celui du 6 septembre 2005 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_ fait état de nombreux symptômes rencontrés chez A.\_\_\_\_\_ qui la mettraient dans l'impossibilité d'occuper un poste comparable à ceux qu'elle avait eus précédemment. Or, à peine six semaines plus tard, dans le rapport médical E 213 du 21 octobre 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ a exposé que malgré le status post hystérectomie, l'arthropathie dégénérative du rachis et le syndrome fibromyalgique, A.\_\_\_\_\_ ne présentait pas de limitations fonctionnelles, n'encourait aucun danger pour sa santé et conservait une entière capacité de travail. Ce médecin a relevé que la patiente était sous traitement antidépresseur, qu'elle ne présentait pas d'altération significative de l'humeur, que le rythme et le contenu de sa pensée et de son discours étaient normaux et qu'elle était en mesure de défendre correctement ses intérêts. Selon le rapport du 21 mars 2006 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, ce dernier a diagnostiqué une hypertension artérielle, une obésité, une dyslipémie ainsi qu'une possible fibromyalgie, sans aucune indication quant à une éventuelle incapacité de travail de l'intéressée. Dans sa prise de position du 26 octobre 2006 le Dr F.\_\_\_\_\_ du Service médical de l'OAIE s'est rallié à l'opinion de son confrère, le Dr B.\_\_\_\_\_, en estimant que les atteintes dont souffrait A.\_\_\_\_\_ n'empiétaient pas sur sa capacité de travail. A teneur de la seconde prise de position émise par le

Dr F.\_\_\_\_\_, l'annexectomie subie par la recourante au mois de décembre 2006 n'est pas de nature à influencer le constat qui avait été effectué auparavant, une incapacité de travail passagère de quatre à six semaines étant tout au plus justifiée.

**10.2** Bien que la recourante soutienne être dans l'incapacité presque totale de travailler, l'autorité de céans ne voit pas en quoi A.\_\_\_\_\_ serait empêchée d'accomplir une activité lucrative.

Outre le certificat médical établi par son médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, qui est le plus ancien figurant au dossier, la recourante n'a fourni aucun document médical contredisant les actes figurant au dossier, ni n'a émis d'argumentation susceptible de modifier l'appréciation qui y est contenue. Comme il a été exposé ci-dessus, en présence d'un diagnostic de fibromyalgie une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour apprécier l'incidence qu'elle pourrait avoir sur la capacité de travail, à moins qu'une expertise rhumatologique puisse en écarter d'emblée la nécessité. Or, aucune des pièces versées au dossier de l'OAIE, de même que les allégations de la recourante, ne font état de troubles psychiques qui permettraient de soulever la question d'une inférence des troubles rhumatologiques avec des troubles psychiques d'une certaine gravité. Dans ce contexte, il sied encore de relever que dans le rapport E 213, le Dr B.\_\_\_\_\_ a écarté toute gravité des atteintes psychiques dont souffraient A.\_\_\_\_\_.

Somme toute, les syndromes dont se plaint l'intéressée, ne sauraient rendre cette dernière incapable d'exercer une activité lucrative telle que celles qu'elle avait exercées jusqu'en 2004. Il sied, dans cette mesure, de considérer que A.\_\_\_\_\_ dispose d'une pleine capacité de travail, de sorte qu'il appert manifeste que c'est à bon droit que l'autorité intimée a rejeté sa requête des prestations de l'assurance-invalidité.

## **11.**

Il est en outre utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, tout invalide qui demande des prestations de cette assurance doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références). Le fait que la recourante ne mette aucunement

en valeur sa capacité de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans ce contexte, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge, ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité (RCC 1982 p. 34 consid. 2c).

Par voie de conséquence, le recours daté du 21 février 2007 doit être rejeté.

## **12.**

Les frais de procédure, fixés à Fr. 298.--, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée en cours d'instruction.

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

(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. 298.--, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais versée le 4 décembre 2007 sur le compte du Tribunal.

**3.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. \*\*\*.\*\*.\*\*\*.\*\*\*)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Oliver Collaud

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82ss, 90ss 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 (art. 42 LTF).

Expédition :