



Cour III
C-2403/2008
{T 0/2}

Arrêt du 21 juin 2010

Composition

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

Parties

A. _____,
représentée par José Nogueira Esmorís,
Cuesta de la Palloza, 1-3° Derecha., Apartamento 2, ES-15006 A Coruña,
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 4 mars 2008).

Faits :**A.**

La recourante A._____, ressortissante espagnole née le [...] 1970, a exercé une activité lucrative en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1988 à 1990 en qualité d'aide de cuisine dans un restaurant (pces 1 p. 1; 9; 22 p. 1; 26 p. 2 n° 3.4). De retour en Espagne, elle a travaillé en dernier lieu dans l'entreprise de textiles B._____ en tant que repasseuse (pce 19). En date du 30 mars 2007, elle a présenté une demande de prestations auprès de l'Instituto Nacional de seguridad Social (INSS; pce 10 p. 7), lequel a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE). On note que l'autorité inférieure avait rejeté une première demande de prestations de l'assurée en 1998 (décision entrée en force du 10 novembre 1998; cf. pces 1-6).

B.

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- trois actes datés du 1^{er} juin 2001 et établis par les institutions de sécurité sociale espagnoles attestant que l'assurée présente un taux d'invalidité de 34% (pces 7, 8 et 35);
- des certificats médicaux des 23 juin 1998 (pce 22 [rapport médical CH/E20]), 20 juin 2005 (pce 36 [bref rapport manuscrit en partie illisible constatant l'absence de pathologie cardiaque]), 18 mai 2006 (pce 37); 19 juillet 2006 (pce 23 [bref rapport manuscrit en partie illisible]); 26 janvier 2007 (pce 27); 12 février 2007 (pce 36), 24 février 2007 (pce 28 [bref rapport manuscrit en partie illisible]); 27 février 2007 (pce 29); 1^{er} mars 2007 (pce 30 [résultats d'examens hémato-chimiques]); 21 mars 2007 (pce 24) et 17 avril 2007 (pce 25);
- un rapport médical E 213 du 24 avril 2007 (relatif à un examen clinique effectué sur l'assuré en date du 20 avril 2007) faisant part d'état dépressif réactionnel de nature prolongée, d'un syndrome fibromyalgique et d'un status après deux opérations aux aisselles suite à une hydrosadénite; selon ce rapport, l'assurée ne peut travailler sans autre dans l'atelier de son ancien employeur B._____, une évaluation des tâches spécifiques étant nécessaire; il est mentionné que l'intéressée peut par contre exercer un travail adapté (pce 26);

- des rapports médicaux des 22 juin 2007 (pce 32); 22 août 2007 (pce 33); 20 novembre 2007 (pce 34) et 28 novembre 2007 (pce 38);
- un questionnaire pour l'employeur daté du 6 novembre 2007 (pce 19) et un questionnaire à l'assurée daté du 15 novembre 2007 (pce 21) desquels il ressort que, en dernier lieu, l'intéressée a été engagée à plein temps dans l'entreprise de textiles B._____ et que, dès le 26 décembre 2005, elle a cessé toute activité pour des raisons de santé;
- un questionnaire pour assurés travaillant au foyer du 15 novembre 2007 (pce 20).

C.

L'OAIE soumet le dossier à l'appréciation du Dr C._____, de son service médical. Dans un rapport daté du 12 janvier 2008 (pces 40, 40.1 et 40.2), celui-ci pose le diagnostic principal de fibromyalgie et le diagnostic associé de trouble dépressif réactionnel. Retenant que l'assurée ne présente pas une atteinte importante de sa santé physique et psychique, il conclut que celle-ci dispose d'une pleine capacité de travail dans sa dernière activité de repasseuse et pour l'accomplissement des travaux ménagers.

D.

Par projet de décision du 18 janvier 2008 (pce 41), l'OAIE informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible et qu'il n'y a pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au sens des dispositions du droit des assurances sociales suisse. Il souligne qu'il est sans importance pour l'évaluation du degré d'invalidité qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non et impartit à l'intéressée un délai de 30 jours dès réception dudit acte pour former d'éventuelles objections.

E.

Par acte daté du 7 février 2008 (pce 42), l'assurée, représentée par Maître Don José Nogueira Esmorís, fait part de son désaccord quant au projet de décision. Mettant en avant ses affections, elle conclut au droit à une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à trois quarts de rente, à une demi-rente ou à un quart de rente.

F.

Par décision du 4 mars 2008 (pce 43), l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assuré en reprenant mot à mot la motivation du projet de décision. Il précise que les arguments développés en procédure d'audition ne sont pas de nature à invalider ses conclusions antérieures.

G.

Par acte daté du 11 avril 2008 (pce TAF 1), l'intéressée interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée, en reprenant les motifs et conclusions évoqués dans son écriture du 7 février 2008.

H.

Par décision incidente du 23 avril 2008 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite la recourante à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- jusqu'au 30 mai 2008. L'assurée verse la somme requise sur le compte du Tribunal le 9 mai 2008 (pce TAF 5).

I.

I.a Invitée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans son préavis du 12 août 2008 (pce TAF 8), relève que son service médical, en tenant compte de la documentation versée au dossier et après avoir repris le diagnostic établi par le service médical des assurances sociales espagnoles dans le rapport médical E 213, a estimé qu'il n'y avait aucun élément objectif pour admettre une incapacité de travail relevante dans l'accomplissement des tâches habituelles pour une personne travaillant dans le ménage. Selon elle, la fibromyalgie sans limitation fonctionnelle ni comorbidité psychiatrique de la recourante n'entraîne pas un empêchement d'accomplir les travaux habituels. Elle souligne que, en vertu de la jurisprudence, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie n'entraîne pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens du droit des assurances sociales suisse et qu'une dérogation à ce principe peut exceptionnellement entrer en considération à des conditions strictes manifestement non remplies en l'espèce, comme l'a relevé son service médical. Constatant que la recourante n'a produit aucun document nouveau à l'appui de ses prétentions et qu'elle ne fait valoir aucun argument pertinent

susceptible d'invalider ses conclusions antérieures, elle propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

I.b Par réplique du 4 septembre 2008 (pce TAF 11), la recourante réitère ses conclusions et allègue ne pas avoir reçu le rapport médical médical E 213, ce qui l'empêche de faire valoir correctement ses droits.

I.c Par ordonnance du 8 octobre 2008 (pce TAF 12), le Tribunal de céans fait parvenir à la recourante le dossier complet de l'autorité inférieure pour connaissance et lui fixe un nouveau délai jusqu'au 10 novembre 2008 pour déposer une réplique. L'assurée renonce à se déterminer dans le délai imparti.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} 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. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle

soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

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 1^{er} 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 1^{er} 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. 80a 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.

3.

3.1 La recourante a déposé sa demande de prestations le 30 mars 2007. Dans ce contexte, il sied de rappeler que 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). Par conséquent, 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 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI pour la période du 1^{er} janvier au 4 mars 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable au recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2 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 le recourant avait droit à une rente le 30 mars 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 4 mars 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b). On précise que l'état de fait à la base de l'art. 48 al. 2 LAI s'est entièrement réalisé avant la date du 31 décembre 2007, de sorte que les dispositions y afférentes de la 5^{ème} révision de la LAI ne trouvent pas application en l'espèce. En effet, selon la documentation versée au dossier, le début de l'incapacité de travail remonte au mois de décembre 2005 (cf. pce 10 p. 2 n° 7.2; pce 26 p. 2 n° 3.2 et p. 10 n° 11.9). Un éventuel droit à des prestations aurait ainsi pu naître au plus tôt en décembre 2006, soit à un moment où l'ancien droit était encore en vigueur (cf. à ce sujet arrêts du Tribunal fédéral 9C_833/2009 du 4 février 2010 consid. 3.3; 9C_769/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2).

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 dont l'état des faits à la base de cette disposition, à savoir la survenance de l'invalidité alléguée, s'est réalisé avant l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI le 1^{er} janvier 2008; cf. ci-dessus consid. 3.2). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 9) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

5.2 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. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1^{er} LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, 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 pen-

gant 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).

5.4 Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1 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.

6.2 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. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

7.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit

mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

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 certains 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, 2^{ème} 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.

8.1 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).

8.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant

consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.

Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité suisse, singulièrement sur son incapacité de travail et sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

9.1 A titre liminaire, on constate que les rapports médicaux produits décrivent principalement comme affections ayant des incidences sur la capacité de travail une fibromyalgie et un syndrome dépressif réactionnel prolongé (cf. supra let. B et C). Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant 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.

9.2 Il convient ensuite d'examiner dans quelle mesure la recourante est à même d'exercer une activité lucrative sur le plan médical.

9.2.1 En substance, l'administration, se fondant essentiellement sur l'avis de son service médical et les données contenues dans le rapport médical détaillé E 213 du 24 avril 2007 estime que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière pour exercer ses travaux habituels ce qui exclut le droit à une rente. La recourante estime pour sa part que l'ensemble des affections dont elle est victime lui donne droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse.

9.2.2 Dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04), paru aux ATF 132 V 65, le Tribunal fédéral a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle

ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3 et I 380/03 du 8 juillet 2004 consid. 2).

Bien que la fibromyalgie soit à la base un diagnostic rhumatologique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_285/2009 du 16 mars 2010 consid. 2.4), il y a lieu de considérer, en suivant l'opinion dominante, que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Le Tribunal fédéral estime pour cette raison qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît être en principe la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut cependant réserver les cas où le médecin s'étant prononcé sur les affections somatiques est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 512/06 du 25 mai 2007 consid. 3; 8C_821/2009 du 22 mars 2010 consid. 4.2; ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

9.2.3 Cela étant, il ressort des actes de la cause que la recourante a été opérée fin 1994 et début 1995 aux deux aisselles pour cause de hydrosadénite. Ainsi, le Dr D._____, dans un rapport médical CH/E20 du 23 juin 1998 (pce 22), pose les diagnostics de status après interventions chirurgicales aux aisselles en 1994 et 1995 avec séquelles (engourdissement des doigts de la main droite; manque de force de la main droite droite, lymphoedème au membre supérieur droit avec perte de force modérée et altération de la sensibilité ainsi qu'une différence de périmètre du bras droit par rapport au bras

gauche d'environ 2 cm) et de réaction dépressive prolongée avec tristesse, désespoir, insomnie et sentiment d'inutilité et d'impotence (pce 22 p. 1, p. 4 n° 8 et p. 5 n° 13). Le dossier ne contient ensuite aucune documentation médicale en rapport avec les années 1999 à 2004 (cf. supra let. B). Dans un rapport médical du 18 mai 2006 non signé (pce 37), il est indiqué que le diagnostic de "réaction dépressive prolongée" a été retenu chez l'assurée suite à une intervention chirurgicale intervenue 12 ans plus tôt et que, ces derniers mois, elle a présenté des troubles du comportement (elle se cogne et jette des choses), des difficultés de concentration, des pertes de mémoires et un état anxieux. Huit mois plus tard, les Drs E._____ et F._____ relèvent que l'assurée est suivie dans leur établissement depuis mai 2006 pour symptomatologie dépressive modérée et trouble panique avec agoraphobie. Par ailleurs, ils mentionnent que l'intéressée réfère de multiples atteintes concernant son état physique qui, selon ses dires, l'empêchent d'accomplir toute activité et que le traitement prescrit a permis d'améliorer uniquement l'irritabilité de la patiente mais que les autres symptômes (tristesse, pensées de mort, verbalisation de plaintes, apathie, insomnies et douleurs multiples) persistent (rapport du 26 janvier 2007 établi au Centre hospitalier G._____, unité des maladies psychiques [pce 27]). Dans un nouveau rapport du 17 avril 2007 (pce 25), la Dresse F._____ reprend pour l'essentiel le contenu du certificat précédent en ajoutant que l'assurée a été traitée pour la première fois dans leur établissement en 1999 et que le diagnostic de trouble panique a également été posé chez cette patiente. Par ailleurs, elle précise que la symptomatologie dépressive prolongée fait suite aux opérations aux aisselles, que l'assurée est anxieuse (elle ne sort pas seule dans la rue mais toujours accompagnée de son enfant), que le traitement prescrit a permis une amélioration partielle de la symptomatologie et qu'une thérapie selon la méthode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) va être mise en oeuvre. Sur le plan somatique, le Dr H._____, rhumatologue, retient le diagnostic de syndrome de fibromyalgie (17 points sur 18 positifs) avec douleurs à la pression dans presque toutes les articulations et signale que la patiente se plaint depuis des années de douleurs aux os, de fatigue et de céphalées (rapport du 21 mars 2007 [pce 24]).

9.2.4 Sur la base de cette anamnèse, le Dr I._____, dans le rapport médical E 213 du 24 avril 2007 (pce 26) pose les diagnostics de réaction dépressive prolongée, de syndrome de fibromyalgie et de

status après opération aux aisselles (pce 26 p. 8 n° 7), l'évolution de l'état de santé étant discrètement favorable avec une amélioration partielle de la symptomatologie dépressive (pce 26 p. 8 n° 8). Il relève que l'assurée est actuellement orientée, cohérente, sans signe de détériorations cognitives et d'idées délirantes, qu'elle met les signes cliniques en rapport avec sa pathologie ostéoarticulaire et qu'elle présente des algies multiples non spécifiées, des difficultés de concentration, une altération du sommeil, des sentiments d'inutilité, un état labile et anxieux, des épisodes occasionnels de trouble du comportement, une tendance à l'isolement et des problèmes familiaux (pce 26 p. 3 n° 4.1, p. 7 et p. 8 n° 8). Au niveau somatique, il est fait part d'une mobilité rachidienne conservée avec toutefois de multiples points douloureux sans signe d'altération radiculaire, d'une balance articulaire des bras, coudes et mains normale avec éventuellement une perte de force légère de la main droite et un oedème léger à la main droite, de membres inférieurs sans limitation et, au niveau neurologique, d'une marche et de mouvements normaux (pce 26 p. 5). Le médecin de l'INSS conclut que l'assurée peut effectuer un travail adapté en évitant les tâches qui exigent des flexions et le port d'objets répété (pce 26 p. 10 n° 11.5 et p. 9 n° 10.1). Par ailleurs, il convient actuellement d'éviter les activités requérant des prises de décision, un haut degré de stress et d'alerte mentale et des mises en relation ("interrelaciones"; pce 26 p. 8 n° 8). Appelé à s'exprimer sur la capacité de travail de l'assurée dans sa dernière profession, le Dr I._____ estime que celle-ci ne peut travailler sans autre dans son ancien atelier dans l'entreprise B._____ et qu'il convient de procéder à une évaluation des tâches spécifiques (pce 26 p. 10 n° 11.4).

On note que les certificats médicaux postérieurs au rapport E 213 se limitent à confirmer les éléments déjà connus tant au niveau somatique (cf. rapports des 22 août 2007 [pce 33] et 28 novembre 2007 [pce 38]) que psychiatrique (rapports des 22 juin 2007 [pce 32] et 20 novembre 2007 [pce 34]).

9.2.5 Le dossier de la cause a ensuite été soumis à l'appréciation du service médical de l'OAIE. Dans une prise de position du 12 janvier 2008 (pces 40, 40.1 et 40.2), le Dr C._____ pose le diagnostic principal de fibromyalgie et le diagnostic associé de trouble dépressif réactionnel et estime que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son ancienne profession et dans ses activités

ménagères. Il relève que l'assurée a développé des suites d'une opération mineure avec séquelles discrètes un trouble somatoforme douloureux avec état dépressif réactionnel. Selon lui, rien ne permet de conclure à une atteinte importante de la santé physique et le trouble dépressif ne répond pas à des critères de gravité pouvant justifier une incapacité de travail durable. En particulier, la documentation médicale versée au dossier n'atteste pas d'une comorbidité psychiatrique indépendante ou grave. Quant aux autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie, il atteste que le seul élément chronique consiste en une légère diminution de la force dans la main droite et un léger lymphoedème chronique du membre supérieur droit. Ces affections n'ont pas caractère d'une maladie grave et ne diminuent pas la capacité de travail. Par ailleurs, les actes de la cause ne permettent pas de conclure à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne saurait non plus retenir un état psychique cristallisé dès lors que les documents psychiatriques attestent d'une amélioration partielle des symptômes avec les traitements en cours. Au vu de ces éléments, le Dr C._____ estime que le dossier est suffisamment étayé pour qu'il soit statué dans la présente affaire sans qu'une expertise complémentaire soit mise en oeuvre.

9.2.6 Au vu de l'ensemble de la documentation médicale versée au dossier, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'avis du médecin de l'OAIE. En effet, s'agissant des troubles psychiques, au demeurant partiellement stabilisés en l'espèce, seuls les diagnostics d'état dépressif réactionnel et de trouble panique avec agoraphobie ont été posés dans la présente affaire. Or, selon la jurisprudence, ces atteintes ne sauraient constituer en principe une comorbidité psychiatrique grave et durable à une fibromyalgie (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1 et 9C_308/2009 du 10 septembre 2009). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'opinion du Dr C._____, d'autant plus que, dans le rapport du 26 janvier 2007 (pce 27), il est fait part d'une symptomatologie dépressive modérée et que, en rapport avec cette affection, les médecins s'étant exprimés en la matière ne s'appuient pas lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 242/05 du 16 novembre 2005 consid. 4.1). Il convient également de relever que les certificats psychiatriques ne réfèrent nullement d'une incapacité de travail de la recourante sur le plan

psychique. En effet, les Drs F._____ et E._____ se bornent à constater que la patiente ne s'estime pas apte à accomplir une activité physique quelconque au vu de ses atteintes physiques et ne prennent pas eux-mêmes position sur ce point (cf. notamment pces 25 et 27). En ce qui concerne le trouble panique et les troubles du comportement occasionnels rapportés, on note que l'irritabilité de la patiente est sous contrôle depuis la prise en charge thérapeutique (cf. notamment pces 27 et 34). Eu égard à l'ensemble de ces éléments, on ne peut ainsi retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique grave et durable dans la présente affaire. Cette conclusion est d'autant plus justifiée du fait que la recourante se trouve apparemment dans une situation psychosociale difficile (cf. rapport médical E 213 du 24 avril 2007 [pce 26 p. 7]; cf aussi rapport médical du 27 février 2007 [pce 29]) et que, selon la jurisprudence, plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont à l'avant plan et ont une incidence sur les plaintes de l'assuré, plus l'atteinte psychique doit être prononcée pour que l'on puisse reconnaître à cette dernière un caractère invalidant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 4.2).

Force est également de constater que les autres critères, dont le cumul permet exceptionnellement de reconnaître un caractère invalidant à une fibromyalgie, ne sont pas réalisés en l'espèce. D'une part, il n'y a pas d'affections corporelles chroniques, indépendantes des plaintes liées à la fibromyalgie, d'une intensité suffisante pour être déterminantes en l'espèce comme l'a relevé de façon convaincante le Dr C._____ dans sa prise de position du 12 janvier 2008 (pce 40.2 n° 2a) qui est corroborée par les propos du Dr I._____ dans le rapport E 213 du 24 avril 2007 (pce 26 p. 5 n° 4.8; cf. à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 8C_1058/2009 du 10 mai 2010 consid. 7.3). D'autre part, la recourante présente apparemment des signes d'isolement social avec besoin d'être accompagnée par son enfant lors des sorties en dehors du foyer familial (pce 26 p. 3 n° 4.1). Ces indications aucunement étayées et non catégoriques ne suffisent toutefois pas à conclure à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie comme le requière la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2), étant précisé que la recourante – après avoir reçu le préavis de l'autorité inférieure (pce TAF 8) et pu consulter le dossier complet de l'administration, dont notamment la pièce 40.2 se prononçant en détails sur les critères retenus (cf supra let. I.c) –, n'a développé aucun argument pertinent susceptible de mettre sérieusement en

doute les conclusions du Dr C._____ (sur le principe inquisitoire, ses limites et les conséquences de l'absence de preuve cf. ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 I 183 consid. 3.2; arrêts du Tribunal fédéral I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 4.2 et 9C_395/2008 du 9 octobre 2008 consid. 5.2). Par ailleurs, il appert qu'un suivi thérapeutique a été mis en place et que celui-ci est susceptible d'améliorer la situation actuelle. On ne saurait ainsi parler d'un état psychique cristallisé. Finalement, il convient de souligner que la recourante, âgée de seulement 37 ans au moment déterminant, est jeune. Or, selon la jurisprudence, en l'absence de comorbidité psychiatrique, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle (arrêt du Tribunal fédéral I 752/04 du 24 août 2005 consid. 5.4).

Eu égard à ce qui précède, le syndrome de fibromyalgie et les autres atteintes psychiques rapportées ne permettent pas de retenir que ces affections se manifestaient, au moment de la décision attaquée, avec une sévérité telle que, objectivement, il se justifiait de leur reconnaître un caractère invalidant. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de se prononcer sur le point de savoir si l'administration – après avoir laissé ouverte la question dans la décision attaquée – a à juste titre attribué à la recourante le statut de ménagère dans son préavis du 12 août 2008 (pce TAF 8 p. 2, 4^{ème} paragraphe), quant bien même celle-ci, avant son atteinte à la santé, avait travaillé dans différentes entreprises et s'était également retrouvée pendant une longue période au chômage (pces 16-20; sur la jurisprudence en la matière voire ATF 117 V 194 consid. 3b; KIESER, op. cit., art. 8 n° 23 ss). En effet, au vu des particularités de la présente affaire et du caractère manifestement non invalidant de la fibromyalgie et des atteintes psychiques, il appert que, en aucun cas, la recourante pourrait atteindre un degré d'invalidité suffisant pour l'octroi d'une rente selon le droit suisse. D'une part, on note que, même si l'on devait reconnaître à la recourante le statut de personne active à plein temps, celle-ci ne présenterait pas, selon l'opinion convaincante du Dr C._____, une incapacité de travail suffisante pour avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'opinion plus réservée du Dr I._____ quant à l'exigibilité de la dernière activité professionnelle exercée par la recourante (cf. supra consid. 9.2.4 in fine) ne saurait être partagée par le Tribunal administratif fédéral vu la nature sommaire de cette opinion, le fait que ce praticien se base avant tout sur les plaintes subjectives de la recourante liées à la fibromyalgie

ainsi que sur les diagnostics psychiatriques retenus et que l'on ne voit pas en quoi l'activité de repasseuse, qui ne demande pas de contacts réguliers avec la clientèle, serait incompatible avec les atteintes psychiques de cette dernière. Par ailleurs, aucun élément objectif permet de conclure que les opérations effectuées aux aisselles de l'assurée en 1994 et 1995 aient entraîné une incapacité de travail significative de la recourante au moment déterminant (cf. supra consid. 9.2.4 s.; pce 26 p. 5 et p. 8 n° 8; pce 40.2 p. 1 n° 2a). Il y a donc lieu de retenir une pleine capacité de travail de l'assurée dans sa dernière activité de repasseuse (la recourante ne s'étant par ailleurs jamais opposée à la constatation de fait concernant sa dernière activité). D'autre part, le Tribunal de céans ne peut que se rallier aux conclusions – certes succinctes mais manifestement suffisantes en l'espèce au vu des particularité du cas d'espèce – du Dr C._____ retenant que la recourante peut exercer ses activités ménagères sans limitations (cf. rapport du 12 janvier 2008 [pce 40.1] envoyé à la recourante par ordonnance du 8 octobre 2008 avec le dossier complet de la cause et fixation d'un délai pour faire part de ses observations [pce TAF 12]). On observe en outre que la recourante n'a pas donné suite à l'ordonnance précitée du 8 octobre 2008 et n'a pas apporté des éléments sérieux susceptibles de justifier des limitations significatives dans l'exercice des activités de ménage, étant précisé que celles qu'elle avait indiquées dans le questionnaire pour les assurées travaillant dans le ménage (pce 20) ne peuvent être liées qu'à la fibromyalgie et ses affections psychiques et que, dès lors qu'on ne peut manifestement pas reconnaître à ces atteintes un caractère incapacitant pour les raisons expliquées dans les considérants précédents, des investigations supplémentaires sur ce point n'étaient également pas nécessaires (cf. sur la question l'arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.2).

10.

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

11.

11.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 400.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal

administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 400.-.

11.2 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. 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 400.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

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 :