



{T 0/2}

Arrêt du 26 mars 2007

Composition : MM. les Juges Parrino, Achermann et Mesmer;
Greffier: M. Hofmann.

A._____, _____, recourante, représentée par Me Jean-Marie Allimann, av.
de la Gare 41, case postale 411, 2800 Delémont 1,

contre

Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, case postale 3100, 1211
Genève 2, Autorité intimée,

concernant prestations assurance-invalidité

Faits :

- A. La ressortissante espagnole A._____, née le _____, est arrivée en Suisse en 1992. Jusqu'à cette date, elle a travaillé dans son pays comme couturière. En Suisse, elle n'a pas eu d'activité lucrative régulière. D'après ses déclarations, elle aurait travaillé comme aide de cuisine et femme de ménage. Dans un premier temps, ces activités correspondaient à un mi-temps (cf. pce 12). A compter de 1994, elle a diminué ses activités et les a complètement arrêtées le 21 janvier 1998 en raison des douleurs de plus en plus violentes qu'elle ressentait (cf. pce 45). Elle est repartie pour l'Espagne le 31 décembre 2004.
- B. A._____ a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse le 14 décembre 2001.

Il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 mars 2002, que A._____ pouvait assumer toutes les tâches ménagères seule jusqu'en 1996. A compter de ce moment-là, son état de santé s'est progressivement péjoré. A._____ a déclaré que, en bonne santé, elle travaillerait à mi-temps. Elle ressent une grande fatigue et souffre de vertiges, de nausées, de réguliers malaises et de fortes migraines. Elle est empêchée à 40% pour ce qui est de la lessive et de l'entretien des vêtements, qui représentent le 18% de l'ensemble des travaux ménagers dont elle a à s'occuper. Représentant respectivement le 50%, le 20% et le 10%, les travaux relatifs à l'alimentation, à l'entretien du logement et les courses lui posent également des difficultés (respectivement 20%, 25% et 20% d'empêchement). Le rapport a conclu à un taux d'invalidité dans les travaux du ménage de 24.2% (pce 12, 13 et 14).

Une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (COMAI) a ensuite été organisée. Dans leur rapport du 14 octobre 2003, les médecins du COMAI ont d'une part diagnostiqué des migraines et un colon irritable, comme affections sans incidence sur la capacité de travail. Ils ont d'autre part conclu à l'existence d'une fibromyalgie ainsi que de neurasthénie chez une personnalité fortement anxieuse et considéré que ces affections avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée; dans son rapport du 19 août 2003, le Dr Brinkmann a toutefois estimé que ce qui est décisif pour le diagnostic c'est qu'il n'existe pas de dysfonctionnement organique, affectif au sens strict ou de type anxieux pathologique et que d'un point de vue psychiatrique cela signifie que l'assurée pourrait travailler 8 ou 9 heures par jour avec une rentabilité de l'ordre de 80 à 100% (pce 34 et 45). Le Dr Schlapbach, dans son rapport du 6 mai 2003, a exposé que, considérant l'appareil locomoteur, il ne peut attester que d'une légère diminution de la capacité de travail de l'assurée, celle-ci pouvant exercer un travail moyen épargnant le dos à 50% et un travail léger et adapté à

100%; le rhumatologue a précisé encore qu'il serait conseillé qu'elle se fasse soigner dans une clinique spécialisée et qu'ensuite de mesures de réinsertion professionnelles elle reprenne contact aussi rapidement que possible avec le monde du travail (pce 33 et 45). En conclusion, les experts ont estimé que l'assurée pourrait encore travailler comme femme de ménage ou aide de cuisine à raison de 4 ou 5 heures par jour; en outre, elle pourrait travailler 8 ou 9 heures par jour dans une activité adaptée, à savoir dans une activité n'exigeant pas une position monotone non ergonomique, dans laquelle elle pourrait faire des pauses fréquentes et qui ne comporterait que peu de stress; dans ce type d'activité le rendement serait de l'ordre de 80 à 100% (pce 45).

C. Ont en outre été versés au dossier:

- le rapport du Dr Alfredo Velardi – ancien médecin traitant de l'assurée – du 19 novembre 2003, qui a observé certaines contradictions dans le rapport du COMAI, notamment au sujet de l'activité adaptée (pce 50); dans son rapport du 31 juillet 2002, ce médecin avait déjà déclaré sa patiente incapable de travailler à 100% en raison notamment d'un trouble de l'anxiété généralisé et considéré que l'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité lucrative (pce 19);
- le rapport du Dr El-Hoiydi – médecin traitant de l'assurée – du 12 novembre 2003, qui a déclaré douter du fait que l'on puisse exiger de l'intéressée l'exercice une activité lucrative de 8 ou 9 heures quotidiennement (pce 49 et 57); dans son rapport du 8 juillet 2002, ce médecin avait diagnostiqué un état anxio-dépressif chronique ainsi qu'une fibromyalgie justifiant une incapacité de 100% à compter du 20 janvier 1998 (pce 18);
- le rapport médical du Dr Jean-Louis Meier du 14 janvier 2002, qui a diagnostiqué un trouble anxieux et panique avec répercussions sur la capacité de travail existant depuis 1997 (pce 6).

D. Par décision du 23 mars 2005, l'OAIE a rejeté la demande de rente invalidité présentée par A._____ au motif que celle-ci pourrait encore travailler à 100% sans perte de rendement dans une activité adaptée.

A._____ a formé opposition le 18 avril 2005, en avançant que son état de santé était le même qu'avant, voire qu'il avait empiré, et qu'elle était dans l'impossibilité d'exercer une activité lucrative. Elle expose être en traitement chez la rhumatologue Dresse Mercedes Freire González du Complexe hospitalier Juan Canalejo de La Corogne, celle-ci ayant diagnostiqué dans son rapport du 3 février 2005 un syndrome dépressif, une fibromyalgie et de l'arthrose cervicale avec vertiges (cf. pce 75 et 77).

- E. Le 4 août 2005, l'OAIE a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé la décision du 23 mars (pce 83).

Le 12 septembre 2005, A._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition en requérant un délai supplémentaire pour déposer sa motivation.

Par écriture ampliative du 12 octobre 2005, A._____, nouvellement représentée par Me Jean-Marie Allimann, a confirmé son recours en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle fait valoir que sans atteinte à la santé elle exercerait une activité d'employée de nettoyage, de couturière ou d'ouvrière d'usine à plein temps. Elle a au demeurant contesté la pertinence du rapport d'expertise du 14 octobre 2003 du COMAI, en alléguant que celui-ci est infirmé par les rapports médicaux des médecins traitant et qu'il est contradictoire.

- F. Dans sa réponse du 9 décembre 2005, l'OAIE, renvoyant à la détermination de l'Office AI cantonal, a exposé que sa décision est fondée sur le rapport du COMAI et que ledit rapport ne contient pas d'ambiguïtés, les réponses des médecins étant claires et précises. L'Office a relevé encore que les observations du médecin traitant de l'assurée et celles du Dr Velardi ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Dans sa réplique du 13 janvier 2006, A._____ a confirmé la motivation qu'elle a soutenue et les conclusions qu'elle a prises dans ses écritures précédentes.

L'OAIE et A._____ se sont déterminés une dernière fois chacun par écritures respectivement des 10 mars et 12 avril 2006; ils ont confirmé leurs conclusions respectives.

Le Tribunal administratif fédéral considère :

1.

- 1.1 Les affaires pendantes devant les commissions fédérales de recours ou d'arbitrage ou devant les services de recours des départements au 1^{er} janvier 2007 sont traitées par le Tribunal administratif fédéral, dans la mesure où il est compétent. Le nouveau droit de procédure s'applique (art. 53 al. 2 de la Loi sur le Tribunal administratif fédéral du 17 juin 2005 [LTAF, RS 173.32]).

- 1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à

l'art. 32 LTAF, 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 sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

- 1.3 La requérante a pris part à la procédure devant l'autorité intimée; elle est spécialement atteinte par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification (art. 48 al. 1 PA). Elle est, partant, légitimée à recourir.
- 1.4 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai et la forme prescrits (art. 60 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA, RS 830.1] et art. 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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, (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 (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du présent 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 par. 4 du Règlement 1408/71).

- 2.2 La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 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 ladite loi ne déroge expressément à la LPGA.

- 2.3 S'agissant du droit applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004 la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la nouvelle du 21 mars 2003 (4^{ème} 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).
3. La requérante a présenté une demande de rente AI le 14 décembre 2001. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande 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, l'autorité de céans peut se limiter à examiner si la requérante avait droit à une rente le 14 décembre 2000 (savoir 12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 4 août 2005, date de la décision sur opposition attaquée 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 S'agissant de notre occurrence, la requérante 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 elle 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 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%, 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). Jusqu'au 31 décembre 2003, le droit à la rente entière était donné avec un taux d'invalidité de 66,67%, la demi-rente avec un taux d'invalidité de 50% au moins et le quart de rente avec un taux de 40%. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'Accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} 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 lorsque l'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, 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.
- 5.5
- 5.5.1 Selon l'art. 8 al. 3 LPGa et 5 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 27 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) précise que par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre, notamment, l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique

ou d'utilité publique.

5.5.2 En l'espèce, la recourante a certes avancé – pour la première fois dans son écriture ampliative du 12 octobre 2005 – que sans atteinte à la santé elle travaillerait à plein temps, mais c'est cependant à bon droit que l'OAIE n'a retenu qu'une activité lucrative à 50%. Il ressort en effet du rapport de l'enquête économique sur le ménage du 20 mars 2002 que l'assurée travaillerait à mi-temps seulement si elle était en bonne santé (cf. pce 12). De plus, alors que jusqu'en 1996 elle pouvait assumer toutes les tâches ménagères seule selon ses propres dires, elle n'a pourtant jamais travaillé à plein temps. En tous les cas, un taux d'occupation supérieur à 50% ne ressort pas du dossier (cf. notamment la demande de prestation AI du 14 décembre 2001, pce 12 p. 2 b et e, 14, 23, 45, 57 et 60).

6. En Suisse, la recourante a effectué des travaux de nettoyage et de cuisine. Pour le reste, elle s'est consacrée à ses tâches ménagères. A compter de 1994, elle a diminué ses activités et cessé toute activité lucrative le 21 janvier 1998, en raison des douleurs de plus en plus violentes qu'elle ressentait.

6.1 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).

6.2 Il faut toutefois préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2^{bis} LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 2^{ter} LAI; méthode mixte).

- 6.3 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (VSI 2001 p. 158 consid. 3c), alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Dans le cadre de la méthode mixte, il y a lieu de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activité. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen approprié pour évaluer l'invalidité de ces personnes. Toutefois, en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3; ATF 130 V 97 consid. 3.3).
7. En l'espèce, il est établi que la recourante souffre principalement de fibromyalgie, ainsi que de neurasthénie (cf. supra B., C. et E.).

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

- 8.
- 8.1 L'administration a rejeté la demande de rente AI présentée par la recourante parce qu'elle a considéré – se fondant sur le rapport du COMAI du 14 octobre 2003 – que celle-ci pourrait encore travailler à 100%, nonobstant les diagnostics de fibromyalgie et de neurasthénie et sans perte de rendement, dans une activité adaptée.
- 8.2 Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants, de même que la fibromyalgie, n'entraînent pas, à eux seuls, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail, du fait de la présomption que ces troubles ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel que les troubles somatoformes douloureux peuvent être reconnus comme invalidant; tel sera le cas si, selon le médecin psychiatre, ils se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut plus être raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait insupportable pour la société (JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux de point de vue de l'assurance-invalidité in: RSA 2005 p. 524, 529; ATF 127 V 294). Dans l'ATF 130 V 352 ss, le Tribunal fédéral des

assurances a exposé à quelles conditions on pouvait exceptionnellement déroger à ce principe (cf. HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten in: RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss; PIRROTTA, op. cit., p. 525). Le caractère non-exigible de la reprise de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul de critères se manifestant avec une certaine intensité et constance, tels (1) des affections corporelles chroniques ou une maladie à caractère chronique sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale (retrait constaté dans tous les domaines de la vie sociale), (3) un état physique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution de conflit psychique ou enfin (4) l'échec de traitements conformes aux règles de l'art (ambulatoire ou stationnaire) et de mesures de réadaptation, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins il sera requis d'effort de volonté de l'assuré (PIRROTTA, op. cit., p. 526).

Quand bien même le diagnostique de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour apprécier l'atteinte et ses effets est essentiel du fait que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (PIRROTTA, op. cit., p. 524; ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2, ATF 132 V 72 consid. 4.3).

C'est donc à bon droit que l'OAIE a organisé une expertise pluridisciplinaire qui met l'accent tant sur les aspects rhumatologiques que psychiques.

- 8.3 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 réf. cit.). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, 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 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

9.

9.1 En l'espèce, les médecins, après avoir formulé le diagnostic de fibromyalgie et neurasthénie ont estimé que l'assurée pourrait encore travailler comme femme de ménage ou aide de cuisine à raison de 4 ou 5 heures par jour; cependant, elle pourrait travailler 8 ou 9 heures par jour dans une activité adaptée, à savoir dans une activité n'exigeant pas une position monotone non ergonomique, dans laquelle elle pourrait faire des pauses fréquentes et qui ne comporterait que peu de stress; dans ce type d'activités le rendement serait de l'ordre de 80 à 100%. La recourante ne conteste pas le diagnostic en tant que tel, mais bien plutôt l'appréciation qui en est faite ensuite. Elle allègue principalement que le rapport du COMAI est infirmé par les rapports médicaux des Drs El-Hoiydi et Velardi.

L'autorité de céans est d'avis que l'expertise du COMAI du 14 octobre 2003 est concluante. Le psychiatre a exposé qu'il n'y avait pas de dysfonctionnement organique, affectif au sens strict et de type anxieux pathologique et que cela signifiait que la recourante pourrait travailler à 100% comme aide de ménage ou de cuisine. De plus, lors même que les experts ont réservé le pronostic d'une reprise de travail eu égard au fait que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 1998, ils l'ont néanmoins considérée comme parfaitement capable et ont même conseillé une reprise de travail; le fait de ne plus avoir travaillé depuis plusieurs années ne saurait en effet consister dans un facteur propre à influencer sur l'étendue de l'invalidité. Au demeurant, les médecins ont certes conclu que la recourante ne pouvait travailler comme femme de ménage ou aide de cuisine qu'à raison de 4 ou 5 heures par semaine, mais ils ont également très clairement exposé que dans une activité adaptée – par quoi il faut entendre une activité qui ne demande pas une position monotone non ergonomique, qui ne comporte que peu de stress et qui permet de fréquentes pauses – la recourante pourrait travailler 8 ou 9 heures par jour avec un rendement de 80 à 100%. Enfin, il convient de rappeler que l'assurance-invalidité ne couvre pas la maladie en tant que telle, mais ses conséquences invalidantes seulement; or, à l'égard de celles-ci, les conclusions de l'expertise ne prêtent pas le flanc au doute. L'expertise litigieuse repose ainsi sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale de la recourante, ne contient pas d'incohérence et aboutit à des conclusions claires et motivées. Il n'y a, partant, aucune raison de ne pas y accorder foi ou de donner par exemple préférence à un avis médical d'un des médecins traitant de la recourante, le juge devant tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en

cas de doute, à prendre parti pour son patient.

- 9.2 Eu égard à ce qui précède, force est pour l'autorité de céans de constater que l'expertise du COMAI est valable et suffisante pour se déterminer sur le cas d'espèce. Il doit donc être admis, avec les médecins du COMAI, que la recourante souffre de fibromyalgie et de neurasthénie, mais qu'elle peut travailler à 100% dans une activité lucrative légère et adaptée, avec un rendement d'au moins 80%. L'autorité de céans confirme au demeurant le calcul de comparaison de revenus effectué par l'OAIE dans sa décision sur opposition querellée, qui n'a d'ailleurs pas été expressément contesté par la recourante. Ainsi, en comparant le revenu qu'aurait pu percevoir l'intéressée sans invalidité (Fr. 21'388.53) au revenu qu'elle pourrait percevoir avec ses problèmes de santé dans une activité adaptée (Fr. 16'954.71), on aboutit à un degré d'invalidité de 20.73%. Il est au demeurant fort probable qu'elle ne sera pas moins rémunérée, dans une nouvelle activité qui lui serait adaptée, qu'en tant que femme de ménage ou aide de cuisine.
- 9.3 S'agissant de l'invalidité de la recourante dans les travaux de ménage, il convient de se référer, conformément à la jurisprudence, à l'enquête économique sur le ménage du 20 mars 2002. Il en est ressorti que la recourante ressentait une grande fatigue et qu'elle souffrait de vertiges, de nausées, de réguliers malaises et de fortes migraines. C'est dans les travaux ménagers les plus lourds qui représentent le 18% de l'ensemble des travaux ménagers dont elle a à s'occuper, tels que la lessive et le repassage, que la recourante est le plus empêchée (40%). Représentant respectivement le 50%, le 20% et le 10%, les travaux relatifs à l'alimentation, à l'entretien du logement et les courses lui posent moins de difficultés (respectivement 20%, 25% et 20% d'empêchement). L'autorité de céans retient dès lors un taux d'invalidité dans les travaux du ménage de 24.2% (pce 12, 13 et 14), les résultats de ladite enquête n'ayant d'ailleurs pas été expressément contestés par la recourante.
- 9.4 Il convient de considérer que si elle était en bonne santé, la recourante travaillerait à mi-temps (question traitée supra 5.5.2). Partant et en application de la méthode mixte, l'autorité de céans conclut, à l'instar de l'OAIE, à un taux d'invalidité global de 22.46% (10.36% [20.73% x 50%] + 12.10% [24.20% x 50%]) (cf. pce 51 et 83). Ce taux est largement inférieur au 40% nécessaire pour obtenir un quart de rente. En conséquence, la recourante n'a pas droit à une rente invalidité.
- 9.5 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 et réf. cit.). Le

fait que la recourante ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle 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).

10.

10.1 Partant, le recours du 12 septembre 2005 doit être rejeté et la décision sur opposition du 4 août 2005 confirmée.

10.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure.

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 64 PA).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.
4. Le présent arrêt est communiqué :
 - à la recourante (recommandé AJ);
 - à l'autorité intimée (recommandé AJ, n° de réf. _____);
 - à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé).

Le Juge:

Le Greffier:

Francesco Parrino

Yann Hofmann

Voie de droit:

Cet arrêt peut faire l'objet d'un recours dans les 30 jours à compter de sa notification au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne (cf. art. 42, 48, 100 de la Loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 [Loi sur le Tribunal fédéral, LTF], RS 173.110).

En application de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, de son Annexe II et du Règlement (CEE) 1408/71, le recours peut être déposé dans le délai de 30 jours à un bureau de poste de l'Etat de domicile de l'assuré ou auprès de l'organisme de sécurité sociale de liaison du domicile de l'assuré.

Date d'expédition :