



Cour III
C-348/2008
{T 0/2}

Arrêt du 15 septembre 2010

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège),
Francesco Parrino, Johannes Frölicher, juges
Margit Martin, greffière.

Parties

D. _____,
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

Prestations de l'assurance-invalidité.

Faits :**A.**

La ressortissante espagnole D._____, née en 1956, a travaillé en Suisse de janvier 1974 à décembre 1993 et a versé les cotisations à l'AVS/AI suisse durant cette période (OAIE pce 16). Par la suite, elle est retournée en Espagne et n'a plus exercé d'activité lucrative (OAIE pces 2 et 10).

Le 16 juin 2005, l'intéressée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Institution de la sécurité sociale espagnole (ci-après: INSS, pce 1 [E 204 p. 7]), qui l'a transmise à l'organe de liaison compétent en Suisse (OAIE pce 4).

B.

Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE), compétent en l'espèce, a notamment versé aux actes les pièces suivantes:

- le rapport médical détaillé E 213 du 21 juillet 2005 établi par le Dr P._____, médecin inspecteur de la direction provinciale de l'INSS à Lugo, qui retient le diagnostic de fibromyalgie et de chondromalacie rotulienne, sans répercussion fonctionnelle significative. L'intéressée est suivie par un rhumatologue, qui lui a prescrit de l'exercice ainsi qu'un traitement médicamenteux (Neobrufen 600, Efferalgan et Tryptizol). Le médecin précise que l'intéressée est apte à effectuer des travaux mi-lourds, sans aucune restriction, si ce n'est la nécessité de pauses supplémentaires (OAIE pce 11);
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 25 mars 2006 dans lequel l'assurée affirme ne pas toujours être en mesure d'organiser son ménage, composé de deux personnes et d'être aidée pour certains travaux par les membres de sa famille, à raison de 5 heures par semaine (OAIE pce 9);
- un questionnaire à l'assuré, rempli la même date par l'intéressée, duquel il ressort qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative dès le 30 juin 1993, date de son départ pour l'Espagne, et qu'elle est atteinte de fibromyalgie (OAIE pce 10).

C.

Ces documents ont été soumis à l'appréciation de la Dresse H._____, du service médical de l'OAIE. Dans son avis médical du 30 juin 2006, celle-ci relève que le rapport E 213 fait état du diagnostic rapporté de fibromyalgie sans mettre en évidence de limitation fonctionnelle et sans se prononcer sur l'incapacité de travail, laissant supposer qu'il n'en existe pas. La Dresse mentionne en outre un rapport du 26 mai 2005 émanant du service de rhumatologie de l'Hospital de Monforte et considère comme indispensable d'obtenir un rapport circonstancié de ce service avec évaluation précise des limitations fonctionnelles, ainsi qu'un rapport psychiatrique (OAIE pce 14).

D.

Les documents suivants sont encore versés en cause :

- un document médical de mars 2007 du Dr Z._____, rhumatologue, qui diagnostique une fibromyalgie (OAIE pce 20);
- un document médical du Dr W._____ du 20 mars 2007 qui relève un cadre compatible avec un syndrome fibromyalgique. Pour le reste, le document est illisible (OAIE pce 20);
- une expertise psychiatrique datée du 3 avril 2007 et signée du Dr B._____, psychiatre à la Clinique I._____, à Lugo. L'expert note que l'intéressée est collaborante et empathique, sans phobie sociale ou agoraphobique. Il décrit une patiente avec exploration psychopathologique anodine et conclut à une absence de maladie mentale, l'intéressée ne présentant pas d'incapacité de cause psychiatrique (OAIE pce 21);
- un rapport médical détaillé E 213 du 7 mai 2007 établi par le Dr A._____, de l'INSS, à Lugo, qui retient le diagnostic de fibromyalgie et chondromalacie rotulienne, absence de maladie psychiatrique, sans limitation invalidante; l'évolution de la maladie est stable, et l'atteinte à la santé très légère; un travail mi-lourd peut être effectué (OAIE pce 23);
- un certificat médical du 23 février 2007, qui relève une fibromyalgie et un document médical du 24 mai 2007 du Dr R._____ qui mentionne une EEG se situant dans la norme, sans foyer et un traitement avec Felden et Neobrufen 600 (OAIE pce 25);

- un certificat médical du 30 avril 2007 du Dr Z._____, du Service de santé d'Ourense, qui fait état d'un syndrome fibromyalgique avec douleurs continues et composant dépressif associé. Un traitement avec analgésiques, anti-inflammatoires, relaxants musculaires et hypnotiques est instauré. L'assurée est également traitée pour une anémie ferriprive (OAIE pce 26).

E.

Dans un nouvel avis du 17 août 2007, la Dresse H._____, du service médical de l'OAIE, ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail; par contre, le médecin retient, comme diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie et chondromalacie rotulienne sans répercussion fonctionnelle avérée ni atteinte psychique. Le médecin note que l'on est en présence d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux et relève une incapacité de travail de 20% dès le 26 mai 2005 dans l'activité habituelle. Il précise également que l'incapacité de travail dans les activités ménagères n'est certainement pas supérieure à 20%, limitant exclusivement les activités lourdes (OAIE pce 28).

F.

Par projet de décision du 24 août 2007, l'OAIE signifie à l'assurée qu'il entend rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y a pas d'incapacité permanente de gain, ni d'incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens de la loi suisse, l'accomplissement des travaux habituels étant toujours exigible, malgré l'atteinte à la santé, dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (OAIE pce 29).

G.

En procédure d'audition, D._____ s'est opposée, le 20 septembre 2007, au projet de décision (OAIE pce 31). En date du 7 novembre 2007, elle produit encore un certificat médical daté du 23 octobre 2007 et signé du Dr Z._____, qui relève que l'assurée souffre de fibromyalgie, accompagnée de douleurs et dépression; le traitement consiste en prise d'anti-inflammatoires, antidépresseurs et tranquillisants (OAIE pce 34).

H.

Dans son avis médical consécutif, du 30 novembre 2007, la Dresse H._____ relève que l'assurée présente une fibromyalgie, diagnostic qui ne constitue pas à lui seul un critère d'incapacité de travail en

particulier comme ménagère où les activités lourdes sont limitées et peuvent être réparties dans le temps. En outre, aucune limitation fonctionnelle orthopédique ni aucune affection psychiatrique n'ont été mises en évidence (OAIE pce 37).

I.

Par décision du 7 décembre 2007, l'OAIE a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de D._____, motif pris qu'elle ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse (OAIE pce 38).

J.

Par acte du 15 janvier 2008, D._____ a interjeté recours contre la décision du 7 décembre 2007, concluant implicitement à son annulation et à la reconnaissance d'une incapacité de travail d'au moins 65% (TAF pce 1). Elle dépose en cause les pièces médicales suivantes :

- un document médical non daté signé du Dr G._____, qui mentionne un état dépressif et une fibromyalgie;
- un document médical de la Dresse V._____ relevant une fibromyalgie; la date est illisible;
- des documents médicaux datés des 23 février et 24 août 2007 déjà versés en cause;
- une information radiologique du 31 mai 2007 signée du Dr J._____, qui observe une ostéophytose marginale en L4 et L5, avec sclérose des cartilages articulaires des articulations interapophysaires L5 et S1 de prédominance gauche et un léger relèvement de l'anneau du disque en L3-L4, L4-L5 sans signe définitif de hernie.
- des certificats médicaux du Dr Z._____ (du 2 novembre 2007) et du Dr W._____ (du 18 décembre 2007), qui reprennent le diagnostic de fibromyalgie;
- un certificat médical du 14 janvier 2008 du Dr Y._____, spécialiste en traumatologie et orthopédie, à Ourense, qui relève une très sévère fibromyalgie et un syndrome myofascial; une asthénie chronique permanente, dès le matin; un syndrome dépressif chronique, avec perte de l'attention et de la mémoire; une polyarthralgie; une

insuffisance vertébro-basilaire avec vertiges et instabilité; une polyneuropathie généralisée avec paresthésie-dysesthésie; des céphalées de tension chroniques et récurrentes avec crises aiguës. Le médecin conclut que la pathologie de la patiente est progressive, irréversible et hautement invalidante et note une incapacité de travail de 65%.

K.

Dans sa réponse du 16 avril 2008, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, les conditions pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité suisse n'étant pas réalisées en l'espèce, dans la mesure où la fibromyalgie sans limitation fonctionnelle ni comorbidité psychiatrique n'entraîne pas un empêchement supérieur à 20% pour la recourante d'accomplir ses travaux habituels (TAF pce 5).

L.

Par réplique du 16 mai 2008, la recourante reprend l'argumentation de son recours et dépose les mêmes pièces (TAF pce 9). En outre, D._____ s'est acquittée, dans les délais fixés par décision incidente du 23 avril 2008, d'une avance pour les frais de procédure présumés, fixée à Fr. 400.-- (TAF pces 6 et 8).

En date du 16 juillet 2008, la recourante dépose encore un certificat médical du 16 juin 2008 de la Dresse G._____, psychiatre auprès du Complexe hospitalier d'Ourense. Le médecin relève que l'assurée présente, dès août 2007, un état dépressif, de l'apathie, de l'asthénie et une constante anxiété, des insomnies, des difficultés de l'attention et de concentration et des pensées en rapport avec la mort. Dès mars 2008 a été instauré un traitement avec Duloxetine. L'assurée souffre de fibromyalgie avec douleurs généralisées qui ne peut être améliorée qu'avec la prise d'un traitement analgésique, soit actuellement : Cymbalta 60mg, Valium 5mg et Noctamid 2mg (TAF pce 13).

M.

Ces nouveaux documents médicaux ont été soumis à l'appréciation du Dr Q._____, psychiatre au service médical de l'OAIE. Dans son rapport du 3 octobre 2008, ce praticien retient qu'il n'est fait nulle part mention d'une affection psychiatrique préexistante; qu'en outre, le diagnostic de dépression ne peut être retenu, mais tout au plus celui de perturbation anxio-dépressive mixte; de plus, ni le diagnostic de troubles anxieux, ni celui de dépression ne peut être établi. Le rapport

psychiatrique du 3 avril 2007 du Dr T._____, le plus détaillé et précis, en outre le seul à poser un status psychiatrique, relève que l'assurée, souffrant de fibromyalgie, est bien orientée, est clairement consciente, soignée, empathique et collaborante. Elle a une bonne résonance affective (ce qui va nettement à l'encontre d'une dépression sévère). Il n'existe en outre aucune perturbation circadienne, aucune perturbation du sommeil, aucun manque de tonus. La capacité de concentration est préservée. En résumé, le status psychiatrique est pour ainsi dire inexistant. Il apparaît en outre que l'assurée est très bien entourée par sa famille, ce qui signifie également qu'elle est bien intégrée et a conservé ses relations sociales. Le Dr Q._____ confirme ainsi les prises de positions de la Dresse H._____ et considère que d'autres investigations ne sont pas nécessaires (TAF annexe à la pce 15).

N.

Par duplique du 6 octobre 2008, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 15).

O.

Le 14 novembre 2008, la recourante fait encore parvenir au Tribunal de céans la copie d'un certificat médical du 7 novembre 2008 établi par la Dresse G._____, qui reprend mot pour mot celui du 16 juin 2008 (TAF pce 18). Ce nouveau document a été communiqué à l'autorité inférieure pour connaissance (TAF pce 19).

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF

n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), 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.

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

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent, est applicable en l'espèce l'Accord du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, sur la libre circulation des personnes, conclu entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a LAI). Est également applicable 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).

Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (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 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.2 S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser, 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), que la présente cause est régie par la LAI et par son ordonnance d'exécution dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. La décision litigieuse datant du 7 décembre 2007 et marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2), les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), ne sont pas prises en considération.

3.

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

4.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, la recourante doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

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

En l'espèce, 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.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 LPG/LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5.2 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 peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA 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.

5.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou dès qu'il 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'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 121 V 264, ATF 111 V 21 consid. 2b). Le délai d'attente selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail de 20% (chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version valable dès le 1er janvier 2004; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 2/1998 p. 126 consid. 3c).

5.4 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). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 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 LPGGA) – n'est plus applicable à l'assuré ressortissant suisse ou d'un pays membre de l'Union européenne qui a son domicile et sa résidence habituelle dans l'Union européenne.

5.5 Il y a lieu de relever encore que la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGGA 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, respectivement une incapacité à accomplir les travaux habituels pour les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut exiger qu'ils le fassent, 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. 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 apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c; Revue à l'attention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 329 consid. 1c).

6.

6.1 Si le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation de l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2^{bis} LAI). 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale.

Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants. C'est la méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA).

6.2 Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique,

méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

7.

En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal de céans constate en effet que la recourante a travaillé de 1974 à 1993, abandonnant son travail en Suisse en raison de son retour en Espagne où elle n'a pas repris d'activité lucrative.

8.

L'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra

alors à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

8.1 Il convient de relever que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'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, ATF 117 V394 consid. 4b p. 400, ATF 115 V 38 consid. 3d, ATF 114 V 281 consid. 3, ATF 111 V 235 consid. 2a). Le fait que l'assuré 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'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c).

Ainsi, afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré qui s'occupe du ménage, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés; l'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches. Il sied de préciser à cet égard qu'une incapacité relevante ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé. Le fait que le devoir d'assistance mutuelle entre conjoints et entre parents et enfants ne soit pas réalisable ou exécutoire directement, pour autant qu'il soit fondé sur la bonne volonté et librement consenti, n'influe pas sur l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré travaillant dans le ménage. En effet, il faut considérer, dans le domaine du travail domestique, ce qui, dans une réalité sociale, est usuel et exigible, indépendamment du fait que l'assistance soit effectivement réalisable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du

17 mars 2005 consid. 5.4.4). A noter que la jurisprudence rendue sur l'application de la méthode spécifique n'a pas été modifiée du fait de l'entrée en vigueur de la LPGA.

8.2 Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 V 93).

8.3 Malgré qu'en règle générale, une telle enquête ne soit pas réalisée auprès des assurés résidant à l'étranger, l'appréciation de l'incapacité de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels doit néanmoins, dans la mesure du possible, se fonder sur des principes analogues. Cette appréciation reposera en particulier sur une documentation médicale et sur le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, bien que celui-ci, habituellement rempli par les assurés eux-mêmes, ne puisse être assimilé à un rapport d'enquête sur les activités ménagères effectué par un enquêteur habilité, auquel la jurisprudence reconnaît, en principe, valeur probante. Ce document ne peut donc, à lui seul, justifier que l'on s'écarte des conclusions retenues par les médecins-conseils de l'Office AI (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

9.

9.1 En l'espèce il est établi que la recourante souffre notamment de fibromyalgie et de chondromalacie rotulienne. Il est également fait état,

en particulier de troubles au niveau psychique, d'une sclérose des cartilages articulaires et d'une insuffisance vertébro-basilaire avec vertiges et instabilité.

Faute d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail pertinente pour la détermination du droit à la rente.

9.2 S'agissant de l'influence de ces pathologies sur la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels, il ressort notamment du questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 25 mars 2006, qu'elle n'est pas toujours capable de conduire le ménage, composé de 2 adultes, mais peut préparer les repas, laver la vaisselle (lave-vaisselle à disposition) et faire la lessive (avec machine à laver), sur une courte période éplucher et couper les fruits et les légumes et avec difficulté nettoyer les sols et la cuisine, faire les lits et repasser; elle n'est par contre pas en mesure d'étendre le linge, de raccommoder ou coudre. L'assurée relève qu'elle recourt, pour l'entretien du ménage ou pour d'autres tâches, à l'aide des membres de sa famille à raison de 5 heures par semaine.

Il résulte ainsi du questionnaire du 25 mars 2006 que la recourante peut s'acquitter seule d'une grande partie des activités du ménage et qu'elle a développé, pour le reste, des méthodes de travail, en y intégrant de manière adéquate l'aide que peuvent lui apporter ponctuellement des membres de sa famille. L'autorité de céans constate en outre que les informations fournies par la recourante dans le questionnaire du 25 mars 2006 sont crédibles, de sorte qu'il convient d'en tenir compte. Toutefois, attendu qu'elles proviennent de l'assurée elle-même et non pas d'une personne extérieure chargée d'une enquête ménagère, il y a lieu d'examiner également sur la base de la documentation médicale versée au dossier dans quelle mesure l'assurée subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques.

9.3 Le Tribunal fédéral a déjà considéré que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (arrêt P. du 10 mars 2003, I 721/02; cf. P. A. BUCHARD, "Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ?", in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p.

443, spécialement p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Les 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. Au demeurant, par exemple, 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). 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 telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne puisse pratiquement plus raisonnablement être 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).

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 comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit au cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 50, 130 V 354; PIRROTTA, op. cit., 525 s.). Tel est le cas 1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus

maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3) 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 enfin 4) 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'intenses 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2).

9.4 Le Dr P._____, dans le rapport E 213 du 21 juillet 2005 constate que la fibromyalgie et la chondromalacie rotulienne diagnostiquées, sont sans répercussion fonctionnelles significatives et considère que l'assurée est capable d'exercer, sans aucune limitation, des activités avec effort moyen. Cet avis est partagé par le Dr A._____, qui, dans le rapport E 213 du 7 mai 2007 ne signale pas de déficits fonctionnels et note que l'assurée peut effectuer une activité moyenne, là encore sans limitation; il précise en outre qu'aucune invalidité ne peut être constatée en vertu de la législation du pays de résidence. La Dresse H._____, médecin de l'OAIE, relève également, dans ses rapports des 17 août 2007 et 30 novembre 2007, que la fibromyalgie et la chondromalacie rotulienne sont pour l'assurée, qui est à considérer comme ménagère, sans répercussion fonctionnelle avérée et qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique; elle retient néanmoins une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle dès le 26 mai 2005. En outre, les différents rapports médicaux versés en cause des Dr Z._____, R._____, W._____, V._____, J._____, tous très succincts, mentionnent une fibromyalgie sans qu'aucune limitation fonctionnelle ne soit relevée. Le Dr Q._____, dans sa prise de position du 3 octobre 2008, va dans le même sens.

Seul le Dr Y._____ considère que la recourante présente une incapacité de travail de 65%. Cependant, dans la mesure où le certificat médical de ce médecin date du 14 janvier 2008 et a été établi suite à un examen du 11 janvier 2008, il s'avère postérieur à la décision litigieuse et ne doit être considéré que pour autant qu'il concerne la période soumise à l'examen du Tribunal de céans, à savoir la période allant jusqu'au 7 décembre 2007, date de la décision contestée. Ceci n'est toutefois pas le cas en l'espèce puisque les résultats observés par le Dr Y._____ reflètent la situation de la recourante au moment où ils ont été observés. Au demeurant, il convient de relever que cette évaluation de l'incapacité de la recourante est peu convaincante et motivée, se contentant de poser des diagnostics, - dont celui de sévère fibromyalgie et de syndrome dépressif chronique qui ne sont confirmés par aucun autre avis médical - et d'indiquer le degré d'incapacité, sans décrire les limitations fonctionnelles qui le justifient.

Du point de vue psychiatrique, l'expertise du Dr B._____ du 3 avril 2007 ne retient aucune incapacité de cause psychiatrique; le médecin relève en outre que l'assurée est bien orientée, est clairement consciente, soignée, empathique et collaborante. Elle a une bonne résonance affective et est très bien entourée par sa famille, ce qui signifie également qu'elle est bien intégrée et a conservé ses relations sociales. Il décrit une patiente avec exploration psychopathologique anodine et conclut à une absence d'atteinte psychique. Le Dr Y._____ cependant, retient un syndrome dépressif chronique; le rapport du 14 janvier 2008 de ce médecin ne saurait toutefois être retenu, ne présentant pas une valeur probante suffisante dans la mesure où il ne relève pas de status psychiatrique et ne mentionne que des diagnostics sans les étayer et les justifier. En outre, comme on l'a vu, il est postérieur à la décision querellée et doit être écarté pour ce motif également. Par ailleurs, le rapport médical détaillé E 213 du 7 mai 2007, ainsi que les prises de position médicales de la Dresse H._____ arrivent à la même conclusion que le Dr B._____, l'intéressée ne souffrant pas de maladie psychiatrique. Le Dr Q._____, médecin psychiatre du service médical de l'OAIE retient également qu'il n'est fait nulle part mention d'une affection psychiatrique préexistante; qu'en outre, le diagnostic de dépression ne peut être retenu, mais tout au plus celui de perturbation anxio-dépressive mixte, tel que d'ailleurs admis également par la Dresse G._____ dans ses certificats médicaux des

16 juin et 7 novembre 2008; selon le Dr Q. _____, ni le diagnostic de troubles anxieux, ni celui de dépression ne peut être établi.

9.5 Le tribunal de céans ne saurait dès lors retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique significative. Il s'ensuit que les pathologies dont est atteinte l'intéressée ne peuvent être retenues selon la jurisprudence comme invalidantes car elles ne sont pas en relation avec une comorbidité psychiatrique suffisante ou une situation telle que l'intéressée ne puisse y faire face dans ses activités ménagères et son cadre familial. Il y a lieu de rappeler ici que l'assurée a indiqué, dans le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage qu'elle a rempli en date du 25 mars 2006, qu'elle était capable d'effectuer une grande partie des tâches ménagères, certes avec parfois l'aide de membres de sa famille. Dans ces conditions, au vu de la documentation médicale versée au dossier, l'évaluation effectuée par l'autorité inférieure paraît convaincante.

Il appert ainsi, au regard des données médicales à disposition, suffisantes pour se prononcer en l'espèce, que la recourante n'a pas subi d'incapacité de travail dans les tâches ménagères d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable, au sens des dispositions légales en vigueur.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse déposée par la recourante. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision entreprise confirmée.

10.

10.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal administratif fédéral à Fr. 400.- sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA 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 avec l'avance de frais fournie.

11. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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 AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

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

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig

Margit Martin

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. 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 :