

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-7266/2008

{T 0/2}

Arrêt du 25 mai 2010

Composition

Elena Avenati-Carpani (présidente du collège),
Madeleine Hirsig, Michael Peterli, juges,
Oliver Collaud, greffier.

Parties

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

contre

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

Objet

Prestations de l'assurance-invalidité.

Faits :**A.**

La ressortissante espagnole A._____, née le [...] 1955, a travaillé en Suisse de janvier 1974 à décembre 1989 en tant que cuisinière et a versé les cotisations à l'AVS/AI suisse durant cette période (pce 28). Par la suite, elle est retournée en Espagne et n'a plus exercé d'activité lucrative (pce 10).

Le 5 février 2008 A._____ a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Institution de la sécurité sociale espagnole (ci-après: INSS), qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE; pces 1 à 5).

B.

Dans le cadre de l'instruction, les pièces suivantes ont notamment été versées aux actes:

- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 26 mai 2008 dans lequel l'assurée affirme ne pas être en mesure d'effectuer une grande partie des tâches ménagères pour une famille composée de deux adultes et d'être aidée pour certains travaux par les membres de sa famille et de personnes étrangères pour 9 heures par semaine (pce 9);
- un rapport de consultation auprès du Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo du 21 avril 2002 (pces 13);
- des résultats d'analyses de laboratoire du 3 mars 2008 (pce 14);
- un rapport médical rédigé le 3 mars 2008 par la Drsse B._____, indiquant la présence d'un état dépressif de longue évolution, d'un hypothyroïdisme post-chirurgical (2002), d'une fibromyalgie, d'altérations de la colonne vertébrale, d'une hypertension, de côlon irritable, de vertiges périphériques fréquents et concluant à une incapacité de travail générale depuis vingt ans (pce 16);
- l'expertise médicale E 213 établie le 30 juin 2008 par le Dr C._____ de l'INSS qui relève une cervicoarthrose, une lomboarthrose avec discopathie, une fibromyalgie, une hypertension, un hypothyroïdisme et une dysthymie. Ce médecin précise qu'il n'y a

pas de données justifiant une incapacité de travail permanente et que l'intéressée est apte à effectuer des travaux mi-lourds et des activités adaptées à plein temps (pce 18).

C.

Ces documents ont été soumis à l'appréciation du Dr D._____. Dans son avis médical du 30 juillet 2008, celui-ci retient un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de spondyloarthrose cervicale et lombaire et, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, hypothyroïdisme, hypertension artérielle et dysthymie. Il remarque que les différentes atteintes ne justifient pas une incapacité de travail permanente et, comme ménagère, procédant à l'évaluation de l'invalidité à partir d'une comparaison des activités ménagères, il retient un taux d'invalidité de 23% (pce 21).

D.

Par projet de décision du 5 août 2008, l'OAIE a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y aurait 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 22).

E.

En procédure d'audition le 27 août 2008, par son mandataire, A._____, s'est opposée au projet de décision, demandant qu'on lui reconnaisse le droit à une rente entière, subsidiairement à une demi-rente ou à un quart de rente. Dans ses observations, elle explique qu'elle présente un état dépressif évolutif, un hypothyroïdisme, une fibromyalgie, des altérations de la colonne vertébrale, une hypertension, un côlon irritable et des vertiges périphériques fréquents. (OAIE pce 25).

F.

Dans son avis médical consécutif, du 1er octobre 2008, le Dr D._____ relève que l'assurée présente des pathologies qui ne justifient pas une incapacité de travail et que l'état dépressif, en l'absence d'une nouvelle évaluation psychiatrique, ne peut pas justifier une incapacité de travail. Le médecin conclut au maintien de sa précédente position (OAIE pce 37).

G.

Par décision du 7 octobre 2008, l'OAIE a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de A._____, motif pris qu'elle ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse (OAIE pce 27).

H.

Par acte du 11 novembre 2008, A._____ a interjeté recours contre la décision du 7 octobre 2008, concluant implicitement à son annulation. Pour l'essentiel, sa motivation est la même qu'en procédure d'audition devant l'autorité inférieure (TAF pce 1).

I.

Dans sa réponse du 12 janvier 2009, 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 l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail d'au moins 40% dans ses activités ménagères (TAF pce 3).

J.

Par ordonnances des 16 janvier et 24 février 2009, le Tribunal administratif fédéral a invité la recourante à s'acquitter d'une avance pour les frais de procédure présumés, fixée à Fr. 300.-, ce qui a été fait le 18 février et le 9 mars 2009 (TAF pces 4, 6 7 et 9).

En outre, invitée à répliquer, la recourante ne s'est pas exprimée.

Droit :**1.**

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 du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'assurance-invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin

1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), celui-ci étant dès lors compétent pour connaître de la présente cause.

2.

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 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, 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 du 14 juin 1971 (CEE) N° 1408/71 du Conseil, 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 1408/71).

3.

3.1 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) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, 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.

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

3.3 Dans la mesure où le recours a été introduit dans le délai (pce 1 TAF) et la forme prescrits (art. 60 LPGA et 52 PA), l'avance de frais fournie dans le délai (cf. pces 7 à 9 TAF), il est entré en matière sur le fond du recours.

4.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et réf. cit.). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont donc applicables.

En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

5.

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 LPG/LAI et

- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 LAI). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années au total (cf. pce 28.) 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.

6.

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 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.

6.1 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Toutefois, les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont, en application de art. l'29 al. 4 LAI, versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGGA). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. En outre, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

7.

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 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

8.

Il y a lieu de relever encore que 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, 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).

9.

9.1 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. 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.

Quant à l'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils en exercent une, elle est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes 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. 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).

9.2 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).

10.

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 1976 à 1989, abandonnant son travail en Suisse en raison de son retour en Espagne où elle n'a toutefois pas repris d'activité lucrative.

11.

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.

11.1 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.

11.2 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).

11.3 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).

12.

12.1 En l'espèce il est établi que la recourante souffre notamment de spondyloarthrose cervicale et lombaire, de fibromyalgie, hypothyroïdisme, de hypertension artérielle et dysthymie.

12.2 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 26 mai 2008 qu'elle est encore capable - bien qu'avec difficulté - de conduire le ménage, composé de deux adultes, de préparer les repas, de faire la lessive (avec machine à laver), d'étendre les habits légers. Elle n'est par contre pas en mesure de repasser, raccomoder ou coudre et elle ne peut pas toujours effectuer les achats (distance 500m – 1Km) avec la voiture, L'assurée réfère qu'elle recourt, pour l'entretien du ménage ou pour d'autres tâches, à l'aide des membres de sa famille et à celle de personnes étrangères pour 9 heures par semaine.

Il y a donc lieu d'examiner la documentation médicale afin de déterminer dans quelle mesure l'assurée subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques.

12.3 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).

12.4 Le Dr C._____ dans le rapport E 213 du 30 juin 2008 considère que, nonobstant les douleurs ostéoarticulaires, sans déficit fonctionnel ni radiculaire, et l'état sub-dépressif, bien que préjudiciables pour la santé, l'assurée est capable d'exercer des activités avec effort moyen qui ne nécessitent pas le port de charges, qu'elle peut effectuer son dernier travail de cuisinière et d'autres activités adaptées à plein temps et conclut qu'il n'y a pas d'éléments qui justifient une incapacité permanente. Cet avis est partagé par le Dr D._____, médecin de l'OAIE dans ses deux rapports du 30 juillet et du 1er octobre 2008. Par rapport aux tâches ménagères, ce médecin, sur la base du questionnaire rempli par l'assurée, a fixé un taux d'invalidité de 23%. Seule la Drsse B._____ considère que la recourante est incapable de travailler dans n'importe quelle activité depuis plus de 20 ans.

Or, du rapport d'expertise du 30 juin 2008 il ressort que la mobilité cervicale est conservée, la mobilité lombaire est limitée seulement aux degrés extrêmes et il n'y a pas de signe de radiculopathie. Les extrémités supérieures et inférieures ne présentent pas de limitations, la marche et les mouvements en général sont dans la norme. Du point de vue psychiatrique la recourante présente une dysthymie avec un sentiment d'inutilité, elle est toutefois orientée, cohérente avec un langage bien structuré, elle effectue les tâches domestiques et désire avoir des contacts sociaux. Dans ce rapport, le médecin de l'INSS reprend l'anamnèse de la recourante relevant qu'elle présente des problèmes dépressifs depuis plusieurs années, notamment qu'elle était en traitement depuis 1986, et explicite la thérapie médicamenteuse qu'elle suit. Il s'est donc exprimé en connaissance de cause, les éléments mis en relief par la Drsse B._____ ont été par conséquent pris en compte lors de l'évaluation effectuée par ce médecin.

12.5 Le tribunal de céans ne saurait dès lors retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante. Il s'ensuit que les pathologies dont est atteinte l'intéressée, bien qu'existantes et l'affectant dans ses activités quotidiennes, 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. Bien que selon les indications fournies par l'assurée dans le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage rempli en date du 26 mai 2008, elle s'estime incapable d'effectuer une grande partie des tâches ménagères, il y a lieu ici d'observer, à ce sujet, que la portée probatoire de ce questionnaire est très limitée du fait d'être un document établi par l'intéressée elle-même et que au vu de la documentation médicales versées au dossier, l'évaluation effectuée par l'autorité inférieure paraît réaliste.

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.

13.

13.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal administratif fédéral à Fr. 300.- 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.

13.2 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. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà versée de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ES/***.****.****.** VME ;
Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

La présidente du collège :

Le greffier :

Elena Avenati-Carpani

Oliver Collaud

Indication des voies de droit :

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