



Cour III
C-8498/2007

{T 0/2}

Arrêt du 12 août 2009

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Stefan Mesmer, Michael Peterli, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 26 novembre 2007).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née en 1962, a travaillé en Suisse de 1987 à 1991 dans le nettoyage en milieu hospitalier (pce 125 p. 13). Elle est retournée au Portugal en 1991 et n'a plus exercé d'activité lucrative. Souffrant de fibromyalgie et d'arthrose, elle fut mise au bénéfice d'une rente d'invalidité portugaise à compter du 18 mars 2002 (pce 1 ch. 9, pce 5). Elle déposa une demande de prestations d'assurance-invalidité suisse également le même jour auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger OAIE (aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [OAIE], pce 1 ch. 14). Sur la base de l'avis de son service médical qui, après avoir examiné la documentation médicale aux actes, dont un rapport E 213 du 17 mars 2004 de la Sécurité sociale portugaise formulant le diagnostic de douleurs ostéo-articulaire, syndrome douloureux généralisé, coxarthrose droite, gonarthrose bilatérale, ne retint aucune invalidité au sens de la loi suisse, l'OAIE rejeta en date du 23 juin 2005 la demande de rente de l'intéressée et confirma par décision sur opposition du 4 janvier 2006 ce rejet (pce 71).

Saisie d'un recours, la Commission fédérale compétente annula par jugement du 25 août 2006 la décision du 4 janvier 2006 et renvoya le dossier à l'administration pour complément d'instruction en Suisse portant sur les status rhumatologique et psychiatrique complétés par tous les examens objectifs nécessaires (Rx, RM, scanner, etc.; pce 79).

B.

L'OAIE mit en place le complément d'instruction début 2007. L'assurée fut examinée les 15 et 16 février 2007 au Centre d'expertise médicale de Nyon (CEMed). Dans leur rapport d'expertise du 25 avril 2007, les Drs B._____ et C._____ notèrent à l'examen une personne (89kg/ 166cm; BMI = 32.3) montrant des difficultés à se mouvoir, portant une collerette cervicale, un lombostat, se déplaçant avec une canne, épargnant sa main droite et recherchant de l'aide dans les gestes simples. Sur le plan somatique ils notèrent des limitations générales à l'examen, un tonus musculaire normal sans amyotrophie aux quatre membres, un testing de la force musculaire non fiable, une sensibilité algotactile apparemment conservée, des réflexes tendineux vifs et symétriques aux membres supérieurs, moins vifs aux membres

inférieurs, des lombalgies à la manoeuvre de Lasègue à 45°, pas de trouble statique à la position debout, la mobilité à la demande du membre supérieur droit n'expliquant pas l'attitude d'épargne, une mobilité articulaire des hanches et genoux correcte sans signe manifeste d'une arthrose avancée, le caractère très douloureux à la palpation de tous les points algiques typiques selon Smythe d'une fibromyalgie. Les documents médicaux faisant état de troubles dégénératifs banaux ne justifiaient, selon les médecins, aucunement le port d'une collerette cervicale ou d'un lombostat. Les médecins soulignèrent que l'examen clinique ne permettait pas de conforter l'hypothèse d'une coxarthrose ou d'une gonarthrose droite avancée, d'où le fait que de nouveaux examens radiologiques n'étaient pas parus nécessaires. Sur le plan psychiatrique, les experts notèrent une bonne mobilisation et présence mentale, sans trouble majeur de la concentration, formel et de mémoire, ils ne relevèrent pas d'indice pour un trouble de la lignée psychotique, mais une légère instabilité émotionnelle, de même qu'un léger état anxio-dépressif. Il relevèrent une médication anti-dépressive non régulièrement suivie compte tenu des analyses sanguines effectuées. Il notèrent que le status de l'assurée était entièrement conditionné par sa perception fibromyalgique et son image de personne gravement handicapée, conviction qui s'était formée sous forme de cercle vicieux et aussi avec la participation du corps médical autour d'elle. Relevant que l'intéressée était venue seule du Portugal, il notèrent une capacité d'adaptation préservée et retinrent le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixte d'intensité légère ne justifiant qu'une diminution de rendement de 20%. Au final il retinrent la possibilité pour l'intéressée d'exercer toute activité physiquement légère à moyenne avec une diminution de rendement de 20% pour des raisons psychiques (pce 125).

L'OAIE requit de l'intéressée un nouveau questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage, lequel, daté du 11 mai 2007, mentionna que l'ensemble des tâches domestiques (ménage de 2 personnes adultes) était effectué par l'époux de l'assurée (pce 121), contrairement au précédent questionnaire daté du 3 mars 2004 mentionnant une grande partie desdites tâches réalisées par l'intéressée (pce 16).

C.

Invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise par l'OAIE, la Dresse D._____, dans son rapport du 12 juin 2007, retint sur le plan

rhumatologique le diagnostic de fibromyalgie sans lésion organique justifiant l'importance de la symptomatologie et sur le plan psychiatrique le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère avec médication non observée régulièrement au vu des résultats sanguins. La Dresse D._____ confirma une incapacité de travail pour raisons psychiques pour toute activité ne dépassant pas 20% (pce 128). Elle joignit à son rapport son appréciation du 2 juillet 2007 de l'invalidité dans les tâches domestiques établissant une invalidité de 16% (pce 129):

N°	Activités	Min./max.	Choix	Incapacité	Invalidité
1	Conduite du ménage	2 / 5	4	0%	0%
2	Alimentation	10 / 50	40	0%	0%
3	Entretien du logement	5 / 20	20	50%	10%
4	Achats	5 / 10	6	30%	1.8%
5	Lessive et entretien des vêtements	5 / 20	15	30%	4.5%
6	Soins aux enfants	0 / 30	15	0%	0%
7	Divers				
	Total		100		16%

D.

Par projet de décision du 2 juillet 2007, L'OAIE informa l'assurée qu'il ressortait de son dossier qu'elle ne présentait pas une incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions de l'assurance-invalidité suisse, soit déterminant au moins une incapacité de 40%, et que malgré son atteinte à la santé l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 130).

L'intéressée, par le biais également de son mari, exprima son désaccord à ce projet par deux lettres du 24 juillet 2007. Elle releva que lors de l'expertise passée en Suisse elle n'avait subi aucun examen médical et n'avait été que questionnée, elle indiqua n'avoir pas subi de scanner, radiographies et IRM. Elle fit valoir que ses médecins traitant ne comprenaient pas la décision de l'OAIE, que si elle n'était pas malade elle ne les consulterait pas journallement avec les frais que cela générerait, que ses médecins traitant étaient qualifiés, qu'elle était reconnue invalide au Portugal, qu'elle souffrait nouvellement de désorientation et de changements d'humeur. Elle conclut à la reconnais-

sance du droit à une rente et réserva l'envoi d'une nouvelle documentation médicale (pces 132 s.).

L'OAIE reçut un rapport médical du Dr E._____ du Centro Saude de Pampilhosa da Serra daté du 19 septembre 2007 évoquant sous forme de liste les atteintes rhumatismales, psychiatriques, otorhinolaringologiques et pneumologiques de l'intéressée (pce 137).

Invitée à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, la Dresse D._____ nota dans son rapport du 11 octobre 2007 que l'expertise effectuée en Suisse avait pris en compte tous le suivi médical de l'intéressée au Portugal et que les diagnostics en question avaient été relevés dans le texte même de l'expertise. Elle releva que vu les détails de l'examen clinique il était difficile de croire que l'intéressée n'avait pas subi d'examen clinique. S'agissant du nouveau rapport médical produit, elle indiqua que celui-ci était une liste de diagnostics et que ceux-ci ainsi que les plaintes associées étaient connus et avaient été pris en compte. Enfin elle nota que dans le questionnaire des tâches ménagères, rempli par l'assurée, celle-ci avait indiqué rester capable d'en effectuer la plupart (pce 140).

Par correspondance du 10 octobre 2007, l'intéressée, par l'entremise de son mari, indiqua avoir été hospitalisée et devoir subir des examens en raison d'une tumeur (pce 141). Invitée à produire toute documentation médicale en relation avec la pathologie alléguée, l'OAIE reçut une attestation de convocation à des examens datée du 6 novembre 2007 (pce 144) et une nouvelle correspondance de l'intéressée indiquant son suivi médical et de nouveaux examens à effectuer en février 2008 (pce 146).

E.

Par décision du 26 novembre 2007, l'OAIE rejeta la demande de prestations d'invalidité dans les termes de son projet de décision. Il nota que la nouvelle documentation médicale produite en procédure d'audition reprenait les pathologies connues et qu'elle n'était pas propre à modifier son appréciation du cas fondant un rejet de prestations (pce 147).

F.

Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours auprès du Tribunal administratif fédéral en date du 11 décembre 2007. Elle fit valoir que sa santé avait décliné depuis son départ de Suisse, qu'après de sé-

rieux examens elle avait été reconnue invalide par la Sécurité sociale portugaise, qu'elle en attendait de même de la Sécurité sociale suisse. Elle joignit à son recours des documents médicaux déjà au dossiers (pce TAF 1) et fit parvenir un nouveau rapport médical daté du 13 février 2008 (pce TAF 4). Son mari adressa de plus une correspondance au Tribunal de céans à l'appui de sa demande de prestations accompagnée d'une attestation de suivi médical du 5 mars 2008 (pce TAF 6).

G.

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE soumit le dossier à nouveau à la Dresse D._____. Dans son rapport du 20 mars 2008 (pce 149) ce médecin conclut au rejet du recours confirmant sa prise de position du 11 octobre 2007. Elle nota un status de fibromyalgie sans lésion organique justifiant la symptomatologie et un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère et indiqua que l'intéressée était entièrement conditionnée par sa perception fibromyalgique dans laquelle elle se voyait gravement handicapée bien que les renseignements anamnestiques montraient un relativement bon fonctionnement basique dans son quotidien, un aménagement dans une forme de vie simple. S'agissant de la documentation médicale produite, la Dresse D._____ nota que celle-ci, antérieure à la date de l'expertise, faisait état de la pathologie connue et n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise de février 2007.

Par réponse au recours du 9 avril 2008, l'OAIE maintint sa proposition de rejet du recours relevant qu'il ne ressortait pas du dossier et de la nouvelle documentation produite une incapacité de travail ou d'accomplir les travaux habituels de 40% ou supérieure sur une année au moins (pce TAF 8).

H.

Par décision incidente du 6 juin 2008 le Tribunal de céans requit de l'intéressée une avance de frais de Fr. 300.-, montant qui fut versé dans le délai imparti (pce TAF 10-12).

I.

Par réplique du 18 juin 2008, faisant suite à l'ordonnance du 14 avril 2009, l'intéressée maintint son recours soulignant que les médecins portugais avaient retenu dans son cas une incapacité de travail de 70% environ qui n'était pas conciliable avec l'évaluation de 16% retenue par les médecins suisses dans le cadre de sa fibromyalgie. Elle joignit à son envoi des radiographies (pce TAF 13 et cf. pce 150).

J.

Invité à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale, l'OAIE sollicita la Dresse D._____ qui dans son rapport du 8 septembre 2008 se référa à ses prises de positions antérieures et précisa que les radiographies du rachis cervicodorsolombaire datées du 10 avril 2007 n'apportaient aucun élément nouveau ni de modification significative par rapport aux descriptions antérieures, ne permettant ainsi pas de revenir sur ses prises de positions (pce 151). Le Tribunal de céans en informa la recourante pour connaissance (pce TAF 18).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

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. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite 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. 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.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

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

2.

2.1 L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même

après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations 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 les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2 La recourante a présenté sa demande de rente le 18 mars 2002. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 18 mars 2001 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 26 novembre 2007, date de la décision sur opposition attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

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). Antérieurement au 1^{er} janvier 2004, l'assuré avait droit à un quart de rente dès une invalidité de 40%, à une demi-rente dès une invalidité de 50% et à une rente entière dès une invalidité de 66.66%. 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 pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

5.3 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques (art. 28 al. 2 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 raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale). L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 2^{bis} LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Si l'assuré exerçait une activité à temps partiel il convient de pondérer les deux méthodes (méthode mixte) en fonction du temps

alors attribué à l'activité lucrative et aux activités domestiques (art. 28 al. 2^{er} LAI et 27^{bis} RAI). L'invalidité de l'assuré est évaluée selon l'une ou l'autre de ces trois méthodes 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 convient d'examiner si l'assuré étant valide aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son ménage, cela à la lumière de sa situation familiale, sociale, et professionnelle. Il est tenu compte, pour le cas où l'assuré serait demeuré valide, 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; arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.3).

En l'espèce l'assurée, sans formation professionnelle, de retour au Portugal en 1991, n'a pas repris d'activité lucrative et n'a pas fait valoir avoir cherché à en exercer une. Son invalidité doit dès lors être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, soit en application de la méthode spécifique.

5.4 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 (lettre a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005).

5.5 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 (in casu les tâches domestiques) le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

6.

6.1 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b)bb, ATF 116 V 246 consid. 1b; Schweizerische Versicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2009 IV n° 8 p. 16). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. 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 raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). S'agissant des personnes travaillant dans le ménage, l'invalidité est fonction de leur incapacité à accomplir leurs tâches ménagères et implicitement de leur dépendance du travail de tiers.

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/04 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

6.2 S'agissant de l'évaluation des restrictions à l'accomplissement des travaux habituels dans les tâches ménagères, une enquête ménagère motivée et rédigée de façon suffisamment détaillée effectuée au domicile de l'assuré par une personne qualifiée selon les critères posés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité, CIIAI ch. 3090) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (ATF 129 V 67; arrêt du Tribunal fédéral 9C_313/2007 du 8 janvier 2008). Une telle enquête n'est cependant pas réalisée s'agissant d'assurés résidant à l'étranger

et l'appréciation doit se fonder sur les avis médicaux et le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage. Ce questionnaire rempli par les assurés ne peut cependant 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 407/03 du 15 septembre 2003 consid. 4.3).

7.

7.1 En l'espèce l'intéressée présente depuis de nombreuses années un syndrome ostéoarticulaire, une fibromyalgie et un état anxio-dépressif.

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

8.

8.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

8.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt 9C_859/2007 du Tribunal fédéral du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

9.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

10.

10.1 Le Tribunal fédéral s'est exprimé sur les conditions auxquelles des troubles somatoformes douloureux persistants peuvent présenter un caractère invalidant (ATF 130 V 352; Arrêt du Tribunal fédéral I 870/02 du 21 avril 2004 consid. 3.3.1 et I 515/03 du 15 septembre 2004 consid. 3.3.1 et 3.3.2 et les références citées; voir ég. JEAN PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de

l'assurance-invalidité in: Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2005 p. 517, 523 ss). Il s'agit d'une affection reconnue par l'Organisation mondiale de la santé sous le nom de « syndrome douloureux somatoforme persistant », caractérisée par « une douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient » (OMS, CIM-10: F45.4). Le trouble somatoforme douloureux se définit en termes de discrédance entre la subjectivité du patient qui éprouve une douleur préoccupante et l'objectivité médicale qui ne permet pas de détecter ce que l'on s'attend à trouver en pareil cas sur la base des savoirs acquis et des techniques à disposition permettant de mesurer et objectiver les symptômes (cf. PIRROTTA, op. cit., p. 524).

10.2 Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail. Comme il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, la limitation de la capacité de travail est difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. D'ailleurs, 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). Les simples plaintes de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité partielle voire entière, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes sans quoi il serait enfreint à l'égalité de traitement entre les assurés. Une expertise interdisciplinaire prenant en compte les aspects rhumatologiques et psychiques s'impose de règle à moins que le médecin rhumatologue exclue d'emblée l'inférence psychique dans la mesure d'une comorbidité. Un rapport d'expertise attestant de troubles psychiques ayant valeur de maladie est une condition juridique nécessaire mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation invalidante de la capacité de travail. No-

tamment, 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).

10.3 Le Tribunal fédéral a précisé que le caractère non exigible, d'une part, d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, d'autre part, d'un effort de réintégration dans un processus de travail n'était admissible que dans des cas exceptionnels, liés dans chaque cas soit à la présence manifeste d'une 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).

11.

11.1 En l'espèce, l'intéressée est suivie médicalement pour de multiples pathologies principalement depuis 1999. L'ensemble des pathologies et les diagnostics y relatifs établis par ses médecins traitant ont été reproduits avec détails dans le rapport d'expertise du CEMed du 15 février 2007. Le dernier rapport médical fourni par la recourante, établi par le Centro de Saude de Pampilhosa da Serra en date du 19 septembre 2007, récapitule également l'ensemble des atteintes prises en compte par le CEMed sans autres développements. Les radiographies produites avec la réplique n'ont pas permis de tirer d'autres conclusions, de sorte qu'aucune aggravation de status ne peut être retenue depuis le rapport du CEMed. Or il appert de ce rapport que l'intéressée présente sur le plan rhumatologique un status avec des limitations non confirmées à l'examen clinique, des atteintes dégénératives multiples ne justifiant pas le port d'une collerette cervicale, d'un lombostat et l'usage d'une canne, et tous les points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie. Des examens radiologiques par scanner et IRM n'ont pas été effectués par le CEMed du fait que, selon les experts, ceux-ci ne se justifiaient pas sur la base de l'examen clinique. Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère ne justifiant qu'une diminution de rendement de 20% dans des activités légères à moyennes en raison notamment d'un status entièrement conditionné par la fibromyalgie et une image de personne gravement handicapée. Il relevèrent une bonne orientation, pas de troubles de la lignée psychotique et une capacité d'adaptation préservée. Il s'ensuit que la fibromyalgie dont est atteinte l'intéressée, bien qu'existante et l'affectant dans ses activités quotidiennes, ne peut être retenue selon la jurisprudence comme invalidante car celle-ci n'est pas en relation avec une comorbidité psychiatrique ou une situation telle que l'intéressée ne puisse y faire face dans ses activités ménagères et son cadre familial. Le service médical de l'OAIE a confirmé les conclusions du rapport du CEMed en tous points retenant au final un taux d'invalidité de 16% dans les tâches ménagères établi sur la base du rapport du CEMed et les indications fournies par l'assurée dans le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage rempli en date du 3 mars 2004. Il y a lieu ici de relever, 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. En effet, l'assurée a rempli un deuxième questionnaire en date du 11 mai 2007 dont les réponses ne peuvent pas être considérées

comme réalistes au vu du rapport d'expertise du CEMed du 15 février 2007. C'est donc à juste titre que le médecin de l'OAIE a considéré, certes avec réserve, pour son évaluation de l'invalidité le questionnaire du 3 mars 2004, si ce n'est que son évaluation n'est pas exempte d'erreur car elle retient dans les tâches ménagères des soins aux enfants alors que tel n'est plus le cas en 2007. Toujours est-il que même cette erreur corrigée, et son incidence prise en compte (env. 2%), l'intéressée ne peut justifier une invalidité de 40% en moyenne sur une année dans les tâches ménagères, ses atteintes de type fibromyalgique n'étant pas liées à une comorbidité psychiatrique grave ou à des circonstances aggravantes (cf. supra consid.11.3) retenues par la jurisprudence comme propres à rendre une fibromyalgie invalidante au sens de la LAI.

11.2 Dans ses écritures, la recourante fait valoir que ses médecins traitant portugais ont estimé son invalidité à quelque 70% et qu'il n'est pas compréhensible que l'OAIE parvienne à un taux d'invalidité de 16%. Il sied ici de rappeler que les critères d'appréciation de l'invalidité se fondent sur une notion juridico-économique propre à la législation suisse et non sur une notion médicale dont, entre autre dans le cas présent, une évaluation selon la méthode spécifique applicables aux personnes travaillant dans le ménage. Par ailleurs, comme énoncé supra au consid. 2.3, l'administration et le juge suisses ne sont pas liés par les décisions en matière d'invalidité rendues par un autre Etat (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

12.

Dans le cadre de cette demande de rente, il est utile de rappeler 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 qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (art. 21 al. 4 LPG; arrêt I 294/99 du Tribunal fédéral du 4 juillet 2000 consid. 1; ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c; UELI KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Zurich/St-Gall 2008, p. 204; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., Berne 2003, p. 122 s., 235, 268 ss). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du

Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 1999 p. 247 consid. 1; Pratique VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

13.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par la recourante le 18 mars 2002 a été rejetée par décision sur opposition du 26 novembre 2007 de l'OAIE.

14.

14.1 Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.- sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI en relation avec les art. 63 al. 1 et 5 PA et l'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]). Le montant en question de Fr. 300.- est compensé avec l'avance de frais fournie.

15. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* 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. xxx)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

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 :