

BVGer C-1024/2018 vom 16. März 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1024_2018

FR: TAF C-1024/2018 du 16 mars 2021

IT: TAF C-1024/2018 del 16 marzo 2021

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 37 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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.

E. 1.2

Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions, au sens de l'art. 5 PA, prises par l'OAIE.

E. 1.3

En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 50 AL. 1 PA), dans les formes légales (art. 52 ss PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA), le recours du 19 février 2018 est recevable quant à la forme.

E. 2.1

Le Tribunal applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2ème éd., 2015, p. 243 ; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incite (ATF 122 V 157, consid. 1a ; ATF 121 V 204, consid. 6c ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd., 2013, p. 25, n. 1.55).

E. 3

In casu, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision du 17 janvier 2018 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de la recourante tendant à l'obtention de prestations de l'assurance-invalidité.

E. 3.1

Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant, en principe, pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24, consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2).

E. 3.2

L'accord entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen (notamment règlement (CE) n°883/2004 et règlement (CE) n°987/2009 ; RS 0.831.109.268.1 et 0.831.109.268.11). Dans la mesure où ces actes ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 257 consid. 2.4 ; à titre d'exemples : arrêts du Tribunal fédéral 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012, I 376/05 du 5 août 2005 consid. 1). En l'occurrence, la recourante est une ressortissante suisse résidant en France, soit dans un Etat membre de l'Union européenne (AI pces 4 et 25). Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au jour de la décision litigieuse, soit jusqu'au 17 janvier 2018, sont applicables.

E. 3.3

Par ailleurs, le Tribunal établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Il se fonde sur l'état de fait, y compris l'état de santé de l'intéressée, au jour de la décision, soit au 17 janvier 2018 (cf. ATF 130 V 445, consid. 1.2.1, voir notamment arrêt du Tribunal administratif fédéral C-31/2013 du 14 janvier 2014, consid. 3.1).

E. 4.1

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

E. 4.3

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit être invalide au sens de la LPGA/LAI et avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (cf. art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En l'occurrence, la recourante, ayant cotisé à l'AVS/AI suisse durant 11 ans et 10 mois (cf. AI pce 23, p. 2), remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations.

E. 4.4

Le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI), mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En l'occurrence, la demande de prestations d'invalidité a été déposée le 2 mars 2015 (cf. supra consid. B.a). Ainsi, en l'espèce, le droit à une rente d'invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du 1er septembre 2015, sous réserve que les autres conditions légales soient remplies.

E. 5.1

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la 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 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

E. 5.2

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 5.3

Dans le cadre d'un recours, 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.

E. 5.4

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier

les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1).

E. 5.5

Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352, consid. 3a et les références).

E. 5.6

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plaidoyer 2009 p. 72 ss).

E. 5.7

Les rapports SMR sur dossier (art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI), pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé et médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en de telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé de ces rapports médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, n° 2920). Ainsi, dans ce cadre, les médecins SMR ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles

des appréciations différentes ne sont pas suivies ou doivent dire s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, op. cit. n° 2920 ss). De plus, ils ne peuvent poser de nouvelles conclusions médicales (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Le Tribunal a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettent de confirmer que l'appréciation des preuves a été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2. in fine).

E. 6.1

En l'espèce, pour rendre sa décision du 17 janvier 2018 de refus de rente AI, l'autorité inférieure s'est fondée sur le rapport médical du 8 mai 2017 de la médecin SMR (AI pce 91) lequel complète les avis SMR des 7 janvier 2015 et 5 décembre 2017 (AI pces 57 et 117) qui se fondent sur l'ensemble des pièces médicales au dossier. En particulier, ladite médecin s'est elle-même référée au rapport médical du 18 avril 2014 (AI pce 40) et au certificat médical du 13 janvier 2015 (AI pce 15, p. 3), tous deux émis par la Dre E._____, ainsi qu'au rapport E213 émis par le Dre K._____ le 12 avril 2016 (AI pce 63, p. 3 ss). Tout d'abord, il sied de relever que la médecin SMR a retenu comme (i) diagnostic principal avec répercussion sur la capacité de travail un lupus érythémateux disséminé avec polyneuropathie à prédominance axonale et motrice, respectivement comme (ii) diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail un état d'anxiété et de dépression, un status post embolie pulmonaire bilatérale, une thrombopénie d'origine immune ainsi que de l'obésité (AI pces 57, 91 et 117). Ensuite, la médecin SMR - dans le cadre de son rapport final SMR (AI pce 91, p. 2 s) et de ses avis SMR (AI pce 57, p. 2 et pce 117) - a retenu les limitations fonctionnelles suivantes, à savoir : (i) éviter toute activité impliquant une position statique prolongée, (ii) exclure tous travaux lourds, sous réserve d'un port occasionnel d'une charge limitée à 15 kg, et (iii) éviter les déplacements longs, en particulier le gravissement ou la descente d'escaliers. La médecin SMR en a conclu que le taux d'incapacité de travail de la recourante était de 100% dans l'activité habituelle de thérapeute en MTC/Shiatsu à partir du 18 avril 2014, respectivement de 0% dans une activité adaptée à compter du 13 janvier 2015 (AI pce 91, p. 2 ss). Quant au taux d'incapacité dans les travaux ménagers, celui-ci a été établi à 20% à compter du 18 avril 2014 au regard des empêchements rencontrés en présence de travaux lourds (AI pce 91, p. 4). Il en résulte que l'autorité inférieure a retenu un taux d'invalidité totale de 60% dès le 18 avril 2014 et de 20% dès le 13 janvier 2015 (AI pce 119, p. 3).

E. 6.2

Il sied de constater que tant la médecin SMR (cf. supra ch. 6.1) que les médecins étrangers retiennent en substance comme diagnostic principal, dans leurs avis et rapports médicaux respectifs, un lupus érythémateux disséminé avec polyneuropathie à prédominance axonale et motrice (AI pce 5, p. 1, pce 29, p. 1, pce 42, p. 8, pce 47, p. 1, pce 63, p. 1, pce 83, p. 1, pce 86, p.1, et pce 113, p. 3), diagnostic qui ne fait par ailleurs l'objet d'aucune contestation. S'agissant de l'anxiété et de l'épisode dépressif diagnostiqués en 2010 (AI pces 3, 4, 9, 27, 28) - et dont la médecin SMR a relevé la pathologie dans ses avis médicaux des 7 janvier

2015 (AI pce 57, p. 4) et 5 décembre 2017 (AI pce 117, p. 2) - il appert qu'ils n'ont pas fait l'objet d'investigations complémentaires. A cet égard, la recourante a indiqué le 10 août 2015 dans le « questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage » (AI pce 25, p. 4) éprouver une souffrance morale en raison de sa diminution physique et a de nouveau exprimé par courrier spontané du 8 septembre 2016 (AI pce 71) souffrir de crises d'angoisse suivies de malaises notamment pour toute activité requérant un engagement et une responsabilité. Toutefois, la recourante n'a produit aucun certificat et/ou rapport médical faisant état d'un suivi psychiatrique depuis son épisode dépressif en 2010. Partant, concernant l'épisode dépressif, c'est à bon droit que la médecin SMR n'a pas déduit de cet épisode dépressif une diminution de la capacité de travail, car en effet, celui-ci a été passager puisqu'il n'a eu lieu qu'en 2010 et n'a nécessité la prise d'un traitement antidépresseur que durant trois mois (AI pce 3, p. 1), qu'il fait donc partie de l'anamnèse et qu'aucune réminiscence n'est relevée dans les rapports médicaux au dossier (AI pces 3, 4, 9, 27, 28, 33, 117). Quant au diagnostic d'anxiété indiqué par la médecin SMR à la rubrique « diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail » de son rapport, il ne repose que sur les dires de la recourante rapportés dans le « questionnaire à l'assuré (UE) » (AI pce 25, p. 4), lesquels ne sont pas étayés par pièces. En effet, aucun rapport médical au dossier n'en fait mention. Dès lors, c'est à tort que la médecin SMR a retenu ledit diagnostic dans son rapport final SMR et ses avis SMR qui ne trouve aucun fondement dans le dossier médical de l'OAIE (AI pce 57, p. 2, pce 66, p. 2, pce 91, p. 2 et pce 117, p. 1).

E. 6.3

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles de la recourante, la médecin SMR les a déterminées sans qu'aucun des rapports figurant au dossier médical ne se prononce à leur sujet avec précision. A cet égard, il sied de relever que même le rapport médical détaillé E213 ne mentionne pas les limitations fonctionnelles de la recourante (AI pce 63, p 6 s.). En conséquence, force est de constater que la médecin SMR ne pouvait pas en l'état se prononcer sur les limitations fonctionnelles affectant la recourante.

E. 6.4.1

S'agissant du taux d'incapacité de travail, il s'avère que le rapport médical de la Dre E._____ du 18 avril 2014 ne fait que constater que la recourante souffre de paresthésies des 4 membres associées à un certain degré d'hypoesthésie au niveau des extrémités ainsi que de faiblesse des membres inférieurs du type dérochement brutal conduisant à des chutes à répétition, sans qu'il ne soit fait mention d'une incapacité de travail (AI pce 40). Par ailleurs, bien qu'il soit mentionné dans le certificat médical de la Dre E._____ du 13 janvier 2015 que la recourante ne peut plus continuer d'exercer sa profession ou toute profession nécessitant des déplacements physiques, il n'est nullement fait mention de son taux d'incapacité de travail tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée (AI pce 15, p. 3). Pour le surplus, comme relevé précédemment (cf. supra ch. 6.2), le rapport E213 n'aborde pas la question des limitations fonctionnelles, et ce, indépendamment du fait que la Dre H._____ ait conclu qu'une activité adaptée à concurrence de 50% puisse être exercée par la recourante (AI pce 63, p 6 s.). Ainsi, la médecin SMR ne pouvait fixer dans ce dossier lesdits taux d'incapacité de travail pour la recourante car elle ne dispose pas de la spécialisation médicale requise pour se prononcer sur ce point en l'absence d'indications de médecins spécialistes.

E. 6.4.2

Il en va de même s'agissant du taux d'incapacité à effectuer les travaux ménagers fixé à 20% car la médecin SMR n'a pas motivé la fixation dudit taux, étant rappelé que si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger de la requérante, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière, en se fondant dans la mesure du possible sur des principes analogues à ceux régissant l'enquête ménagère (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2 ; arrêts du TAF C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5 et C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1 ; ATF 128 V 93 ; arrêts du TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1).

E. 6.5

Au vu de ce qui précède, la médecin SMR, qui n'a pas examiné la requérante, ne pouvait pas se fonder valablement sur le rapport médical du 18 avril 2014 (AI pce 40) ainsi que sur le certificat médical du 13 janvier 2015 de la Dre E. _____ (AI pce 15) ainsi que sur le reste de la documentation médicale au dossier pour rendre son rapport final du 8 mai 2018 concluant à une incapacité de travail de la requérante (i) de 100% dès avril 2014 dans une activité habituelle, (ii) de 0% à compter de 2015 dans une activité adaptée, respectivement d'un taux d'empêchement de 20% relatif aux travaux lourds dans l'exercice des tâches ménagères (AI pce 91, p. 4).

E. 6.6

En conséquence, aucune des pièces médicales figurant au dossier, tant prises séparément que dans leur ensemble, ne permet de déterminer à la vraisemblance prépondérante les limitations fonctionnelles ainsi que le taux d'incapacité de travail de la requérante dans une activité habituelle, adaptée et ménagère. Ainsi l'ensemble des pièces de nature médicale au dossier de l'autorité inférieure ne remplissent pas les exigences posées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante. Le Tribunal de céans ne peut donc pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents au dossier n'ont pas une valeur probante suffisante.

E. 7

Pour le surplus, la requérante conteste l'application de la méthode mixte au motif que la CourEDH l'aurait jugé discriminatoire (TAF pces 1 et 9). Le Tribunal relève à cet égard que depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, ce n'est que lorsqu'une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d'une révision, et dans la mesure où la suppression, respectivement la diminution de la rente, intervient à la suite d'un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » qui trouve sa cause dans des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle), ainsi que dans les variantes de cette constellation selon l'ATF 144 I 28, consid. 4.2 ss, que l'application de l'ancienne méthode mixte se révèle contraire à la CEDH (TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3 et références). Or, en l'espèce, on ne se trouve pas dans l'éventualité visée par l'arrêt de la CourEDH mais dans le cadre d'une décision initiale de rente et ainsi l'application de la méthode mixte n'est pas discriminatoire. Au demeurant, c'est à bon droit que l'OAIE a appliqué la méthode mixte dans ce cas car il sied

de retenir le statut d'assuré/e exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1 et références) puisque après la fin de ses rapports de travail au 31 décembre 2011 (AI pces 25, p. 3, et 51, p. 1), la recourante a toujours manifesté sa volonté de reprendre une activité lucrative à temps partiel à partir du 1er janvier 2012 (AI pce 56, p. 2) et indiqué dans le « questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré/e » vouloir exercer une activité lucrative de thérapeute en médecine chinoise et shiatsu, à hauteur de 50%, en plus de la tenue de son ménage si elle était en bonne santé (AI pce 54, p. 1). Par ailleurs, le Tribunal rappelle que le Conseil fédéral a de son côté élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1er janvier 2018. Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPGA, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait la personne concernée si elle n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels, par rapport à la situation dans laquelle serait la personne concernée si elle n'était pas invalide, et on pondère ce pourcentage par la différence entre le taux d'occupation de la personne concernée sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2018 [RO 2017 7581] ; la lettre circulaire AI n°372 du 9 janvier 2018 ; le commentaire sur la modification publié par l'OFAS [<https://www.bsvlive.admin.ch>]).

E. 8.1

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 17 janvier 2018 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante, en particulier ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que la situation médicale de la recourante et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

E. 8.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de la recourante à une rente, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée, en particulier de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail. Ainsi, elle sollicitera une expertise bidisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne et de la neurologie, voire pluridisciplinaire si les experts jugent

nécessaire d'ajouter des disciplines médicales à l'expertise (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). L'expertise devra notamment (i) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (ii) établir ses limitations fonctionnelles et (iii) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'animatrice parascolaire et de thérapeute en médecine chinoise et shiatsu, et dans des activités adaptées ainsi que dans son activité ménagère, en indiquant l'évolution de ceux-ci dans le temps. Les experts procéderont à cette évaluation en considération de l'état de santé présenté par la recourante et son évolution jusqu'au jour de l'expertise (arrêt du TAF C-2039/2017 du 6 mars 2019 consid. 10.4). Cette nouvelle expertise sera effectuée en Suisse, dans la mesure où la pandémie de la COVID-19 le permet, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3). Sous réserve des restrictions de déplacement liées à la COVID-19, la recourante étant domiciliée en France, l'on ne voit pas, de surcroît, les motifs de santé pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler être une mesure disproportionnée. Sur la base de cette nouvelle documentation médicale, l'autorité inférieure devra déterminer le degré d'invalidité (application de la méthode mixte conformément aux critères légaux et jurisprudentiels précités) et rendre une nouvelle décision.

E. 9.1

En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

E. 9.2

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE, respectivement qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Vu l'issue de la cause, l'assistance judiciaire gratuite ne s'applique pas en raison de son caractère subsidiaire (TAF pce 5).

E. 9.3

Il convient dès lors d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens, à la charge de l'autorité inférieure, pour les frais « indispensables et relativement élevés » qui lui ont été occasionnés par la présente procédure de recours (cf. art. 64 al. 1 et 2 PA, en relation avec l'art. 7 al. 1 et al. 4 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), étant précisé que les frais « non nécessaires » ne sont pas indemnisés (cf. art. 8 al. 2 FITAF; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2013, p. 271 n. 4.84; arrêt du TAF F-3709/2014 du 1^{er} juillet 2016 consid. 13.3).

E. 9.4

Les dépens comprennent les honoraires d'avocat et les débours (art. 7 à 11 FITAF). Etant entendu que les art. 8 à 11 FITAF sont applicables par analogie aux avocats commis d'office (art. 12 FITAF), l'art. 10 al. 2 FITAF prévoit que le tarif horaire des avocats est de 200 francs au moins et de 400 francs au plus (hors TVA). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige,

ainsi que d'après le tribunal et le temps que le représentant a dû y consacrer. Le Tribunal rappelle qu'il s'agit d'une procédure ordinaire en assurance invalidité laquelle est gouvernée par la maxime inquisitoire et la maxime d'office, ce qui est de nature à faciliter la tâche de l'avocat (ATF 119 V 48 consid. 4a).

E. 9.5

En l'occurrence, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens de CHF 2'800.- à charge de l'autorité inférieure.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.