

BVGer C-1853/2009 vom 15. Juli 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-07-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1853_2009

FR: TAF C-1853/2009 du 15 juillet 2011

IT: TAF C-1853/2009 del 15 luglio 2011

Regeste

Révision de la rente

Erwägungen

E. 2

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du 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 à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72).

E. 3

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2007 (dont les dispositions sont citées ci-après) et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5ème révision de la LAI, étant précisé que pour le maintien du droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application du nouveau droit n'aurait aucune incidence sur l'issue de la cause dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_972/2009 du 27 mai 2010 selon lequel l'art. 31 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, ne trouve pas application dans des constellations comme en l'espèce où l'assurée, au moment déterminant, n'exerçait pas d'activité lucrative). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

E. 4.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2ter LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré. 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 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. 2ter LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

E. 4.2

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).

E. 4.3.1

Conformément à la jurisprudence, 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 en raison d'une atteinte à la santé. En rapport avec sa valeur probante, il est essentiel que le rapport d'enquête ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références citées). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant aussi valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses

activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans un cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux et du rapport d'enquête économique sur le ménage, puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1 et les références citées, 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2).

E. 4.3.2

Si on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-2442/2009 du 4 juillet 2011 consid. 6.3.2; C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

E. 5

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions.

Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

E. 6

Dans un arrêt rendu en mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral a précisé dans quelle mesure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut être considéré comme une atteinte à la santé psychique avec caractère invalidant. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Dans l'ATF 132 V 65 (I 336/04 du 8 février 2006), le Tribunal fédéral a précisé que, d'une part, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie et, d'autre part, qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques de la fibromyalgie apparaît la mesure d'instruction adéquate pour juger de la capacité de travail d'un assuré. Finalement, à l'ATF 135 V 201, il a jugé que la nouvelle pratique introduite par les arrêts précités ne constituait pas en soi un motif de révision au sens de l'art. 17 LPG.

E. 7

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'administration a agi conformément au droit en remplaçant la rente entière d'invalidité de l'intéressée par un quart de rente à partir du 1er avril 2009 par la voie de la révision.

E. 8

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement notable de l'état des faits apte à influencer le taux d'invalidité et ainsi le droit aux prestations constitue un motif de révision, notamment un changement significatif de l'état de santé (BGE 125 V 368 E. 2). En présence d'une telle constellation, il convient de réexaminer le droit à la rente sous tous ses aspects aussi bien en ce qui concerne le droit que les faits, sans être lié par la décision d'octroi de rente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_72/2010 du 17 juin 2010 consid. 2).

E. 9

Lors de l'octroi initial de la rente en 2000, le Dr D._____, du service médical de l'OAI VS, a posé les diagnostics d'hémisindrome sensitivo-moteur gauche frustré sur conversion ou d'hémi-fibromyalgie gauche, de cervicalgies, de péri-arthrite scapulo-humérale gauche sur tendinite calcifiante du sus-épineux, de migraines, d'hypothyroïde substituée, d'hystérectomie pour anémie en mai 1998, d'état dépressif majeur sévère avec éléments mélancoliques (rapport du 27 avril 2000 [pce 14]). Par ailleurs, il ressort du dossier que le corps médical ne trouvait pas d'éléments objectifs suffisants pour comprendre les plaintes subjectives de l'assurée en rapport avec ses atteintes physiques. Le tableau clinique y relatif était par conséquent peu clair comme le relève de façon convaincante le service médical de l'OAIE dans sa prise de position du 15 octobre 2008 (pce 97). Ainsi, le Dr F._____, neurologue, parlait d'une assurée très algique ayant pleuré pendant tout l'examen et envisageait de conseiller à sa patiente de consulter un rhumatologue ou un psychiatre en cas d'échec du traitement mis en place (rapport du 1er février 1999 [pce 3 p. 8]). Le Dr G._____, rhumatologue, signalait que la fibromyalgie dominait le tableau clinique en avril 1999 et préconisait la mise en oeuvre d'un examen spécialisé pour le cas où sa patiente n'aurait pas repris son activité lucrative depuis lors comme il l'avait conseillé précédemment (rapport du 23 février 2000 établi à la demande de l'OAI VS dix mois après la dernière consultation avec l'assurée [pce 11 p. 3]). Les spécialistes consultés à l'Hôpital E._____ pour investigations neurologiques de l'intéressée (dans le cadre d'une hospitalisation de cette dernière du 7 au 14 octobre 1999) émettaient pour leur part une suspicion de névrose de conversion et indiquaient espérer que l'état douloureux allait s'améliorer avec la psychothérapie en cours et la prise d'un antidépresseur (rapport du 14 octobre 1999 [pce 7 p. 4-5]). Quant au Dr H._____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, il a indiqué, dans un rapport du 21 décembre 1999 (pces 5-6), avoir traité l'assurée avec succès du 31 octobre au 22 février 1999 pour hypothyroïdisme primaire avec mixoedème et a souligné que cette affection, qui rendait nécessaire la prise de médicaments à vie, n'était pas incapacitante. Finalement, le Dr I._____, médecin généraliste, reprenait les diagnostics posés par ses confrères en soulignant, dans son rapport du 5 octobre 1999 (pce 7 p. 8), que le tableau clinique était fortement coloré par une décompensation dépressive récente. En ce qui concerne l'avis des psychiatres s'étant prononcés en son temps, on relève que la Dresse J._____ dont l'avis avait été requis dans le cadre de l'hospitalisation de l'assurée à l'hôpital E._____ en octobre 1999, retenait un état anxieux-dépressif de forte intensité (rapport du 11 octobre 1999 [pce 7 p. 6]). Par la suite, la Dresse K._____ (psychiatre traitant de l'intéressée), dans un certificat du 28 février 2000 (pce 10), a précisé le diagnostic

en attestant que la patiente souffrait d'un épisode dépressif sévère avec éléments de mélancolie (CIM-10 F 32.2). Dans ce contexte, il appert que l'administration a octroyé une rente entière à l'assurée sans procéder à des investigations complémentaires sur le plan rhumatologique en rapport avec la fibromyalgie mentionnée par le Drs G. _____ et après que le le Dr D. _____ ait souligné le caractère grave des troubles psychiatriques de l'assurée. Il y a donc lieu de considérer que le diagnostic d'épisode dépressif majeur sévère qui était expressément repris par le Dr D. _____ dans son rapport du 27 avril 2004 susmentionné a joué un rôle déterminant lors de l'octroi initial de la rente, d'autant que, selon les ouvrages médicaux, il est très peu vraisemblable qu'un patient souffrant d'une telle affection puisse accomplir ses activités sociales, ménagères et professionnelles ou alors d'une manière très limitée (H. Dilling/W. Mombour/M.H. Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störung, ICD-10 Kapitel F, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7ème éd., 2010 Berne, p. 153).

E. 10

Au cours de la procédure de révision entamée en mars 2007, l'OAIE a recueilli différents renseignements médicaux et économiques.

E. 10.1

Dans ce cadre, il convient notamment de mettre en évidence les documents suivants. Dans des rapports médicaux détaillés E 213 des 27 avril 2007 (pce 66) et 23 novembre 2007 (pce 86), le Dr L. _____ pose le diagnostic de syndrome dépressif sans relever d'atteintes fonctionnelles au niveau de l'appareil locomoteur de l'assurée (pce 86 p. 5 et p. 8 n° 8). Selon lui, cette dernière ne peut plus exercer son activité habituelle d'employée de restaurant mais est en mesure d'accomplir une activité de substitution adaptée à raison de 4 heures par jour, par exemple comme agricultrice. Dans un rapport psychiatrique du 23 décembre 2007 (pce 87), le Dr M. _____ fait état d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) et d'une dysthymie (F34.1) qui selon lui sont totalement incapacitantes. Pour sa part, le Dr N. _____, rhumatologue, retient le diagnostic de fibromyalgie accompagnée d'un rhumatisme articulaire sans prendre position sur la capacité de travail de l'intéressée (rapport du 13 mars 2008 [pce 88]). Finalement, un rapport médical du 7 mars 2008 (pce 92 p. 5-6) signale l'absence de signes d'un AVC allégué par patiente et émet l'hypothèse d'une éventuelle simulation. Appelée à se déterminer sur la documentation médicale versée au dossier, la Dresse C. _____, du service médical de l'OAIE, retient les diagnostics d'état dépressif prolongé, de dysthymie, de fibromyalgie (hémi-poly-insertionite gauche), de périarthrite de la hanche, d'obésité, de haute tension artérielle, de dyslipidémie, d'hypothyroïde substituée sur thyroïde de Hashimoto et de divers status après interventions chirurgicales. Constatant que l'assurée ne présente plus l'état dépressif important qui avait motivé l'incapacité de travail de longue durée, elle conclut à une amélioration notable de l'état de santé avec incidence sur l'incapacité de travail qu'elle fixe nouvellement comme suit: 70% dans l'activité habituelle; 50% dans une activité de substitution; 12% dans les travaux ménagers (rapport du 15 octobre 2008 [pce 97-97.1]).

E. 10.2

Sur la base de cette documentation, l'administration a jugé que le dossier était suffisamment instruit pour réduire les prestations versées à l'assurée à un quart de rente. La recourante conteste cette évaluation en faisant valoir que son état de santé s'est détérioré depuis l'octroi de la rente.

E. 11

Cela étant, force est de constater que, en l'état du dossier, le Tribunal de céans ne peut en aucun cas faire siennes les conclusions de l'OAIE.

E. 11.1

En effet, il appert que les actes de la cause ne permettent pas de se prononcer valablement sur le taux d'invalidité de la recourante dans les travaux ménagers. En particulier, et quand bien même l'intéressée s'estimait incapable d'accomplir les activités ménagères (cf. questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 27 août 2008 rempli par la recourante [pce 95]), l'administration n'a pas procédé à une enquête ménagère et s'est contentée de verser à la cause une prise de position succincte de son service médical du 15 octobre 2008 (pce 97.1) dans laquelle la Dresse C._____ ne se détermine pas de façon circonstanciée sur les limitations alléguées par la recourante et rend son appréciation sans avoir eu un entretien avec l'assurée. De plus, la motivation de la décision ne permet pas de reconnaître les raisons justifiant les conclusions retenues par l'autorité inférieure sur ce point. Une telle manière de procéder ne saurait manifestement satisfaire aux exigences jurisprudentielles y relatives (cf. à ce sujet consid. 4.3 ci-dessous; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2442/2009 du 4 juillet 2011 consid. 11.2).

E. 11.2

Pour ces motifs déjà - violation du droit d'être entendu de la recourante et constatation manifestement insuffisante des faits décisifs pour l'issue de la cause - la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction.

E. 12

De plus, on relève que la documentation médicale versée au dossier est manifestement insuffisante pour se déterminer sur l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail le 16 février 2009 (date de la décision querellée). En effet, il appert que la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne du service médical de l'OAIE, conclut que l'assurée souffre de fibromyalgie (rapport du 15 octobre 2008 [pce 97]), ce qui est par ailleurs confirmé par le Dr N._____, rhumatologue (rapport du 13 mars 2008 [pce 88]). On constate cependant qu'aucune expertise pluridisciplinaire rhumatologique/psychiatrique n'a été mise en oeuvre comme le requiert en principe la jurisprudence dans de tels cas (cf. consid. 6 in fine ci-dessous). Or, cette mesure s'avérait en l'espèce indispensable étant donné que le médecin de l'OAIE ne disposait pas des qualifications requises pour se prononcer quant au caractère incapacitant de cette maladie et qu'apparemment la seule prise de position récente émanant d'un psychiatre concluait à une incapacité de travail totale de l'assurée (rapport psychiatrique du 23 décembre 2007 [pce 87]). Quand aux rapports médicaux E 213 des 24 avril et 23 novembre 2007 établis par le Dr L._____ (pces 66 et 86), force est de constater qu'ils sont succincts et peu concluants. Par ailleurs, la spécialisation de leur auteur demeure inconnue ce qui est de nature à affaiblir la valeur probante de ces documents. Dans ces conditions et conformément aux lignes directrices du Tribunal fédéral quant à l'appréciation des certificats médicaux (cf. consid. 5 ci-dessous), il subsiste de sérieux doutes quant au bien-fondé des conclusions du service médical de l'OAIE retenant une incapacité de travail de l'assurée de 50%. Il y a donc lieu de retenir que, outre le caractère succinct de l'instruction quant à l'aptitude de la recourante à exercer les activités ménagères, la documentation versée au dossier ne permet également pas de se prononcer valablement sur sa capacité de travail.

E. 13

Etant donné que l'autorité inférieure a établi les faits de manière manifestement insuffisante dans la présente affaire, il se justifie, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment une analyse détaillée des capacités de la recourante à exécuter ses activités ménagères correspondant aux exigences jurisprudentielles en la matière ainsi que la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 14

Par surabondance, et contrairement à ce que semble faire implicitement valoir la recourante dans son mémoire du 30 avril 2009 (pce TAF 1 p. 4), le Tribunal de céans considère que la communication du 10 mars 2003 (pce 59), dans laquelle l'administration a informé l'assurée que son taux d'invalidité demeurerait inchangé suite à un examen de son droit aux prestations (cf. supra let. C), ne saurait être considérée comme une décision déterminante pour le point de départ de la comparaison des faits (sur la jurisprudence y relative cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 3), dès lors qu'elle n'a pas été éditée sur la base d'une instruction effectuée de manière conforme au droit. A ce titre, il y a lieu d'apporter les précisions qui suivent. Ainsi, on constate que la communication du 10 mars 2003 se fondait sur trois rapports médicaux produits par l'office de liaison portugais et une prise de position du service médical de l'administration. Dans un rapport psychiatrique du 1er octobre 2002 (pce 54), le Dr M._____ posait le diagnostic de réaction dépressive prolongée (CIM-10 F43.21) et faisait part d'une patiente modérément dépressive sans signe d'anxiété anormale et suivant un traitement avec médication. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis son retour au Portugal et il convenait de conclure à une incapacité de travail totale pour toute profession comme cela avait été retenu précédemment. Un rapport rhumatologique du 13 novembre 2002 établi par le Dr O._____ (pce 55) relevait que l'assurée présentait des douleurs chroniques et généralisées de longue évolution et précisait que la patiente répondait à de nombreux points de fibromyalgie, ce qui incitait à poser le diagnostic de fibromyalgie. Finalement, un rapport médical E 213 dont la date n'est pas visible (pce 56 remise à l'OAIE le 25 novembre 2002 [pce 49]) signalait que l'assurée présentait un état psychique normal sous traitement médicamenteux (pce 56 p. 2 n° 3.3 et p. 3 n° 4.1) et que les douleurs signalées par la patiente au dos, aux mains (avec présence d'oedèmes), aux genoux et aux hanches ne l'empêchaient pas d'exercer à plein temps sa profession habituelle (pce 56 p. 5 et 8). Appelée à se prononcer sur la documentation médicale au dossier, la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne, oncologie et hématologie du service médical de l'OAIE, a retenu que, comme précédemment, la requérante souffrait d'un état anxio-dépressif réactionnel et d'un hémisyndrome gauche de type algique, avec déficit sensitivo-moteur du membre gauche. Elle en a déduit qu'il n'existait aucune amélioration de l'état de santé de la requérante, de sorte que cette dernière devait toujours être considérée comme complètement invalide (prise de position du 4 mars 2003 [pce 58]). Sur le vu de cette documentation médicale, force est de constater que la prise de position de la Dresse P._____ n'était en

aucun cas concluante dès lors qu'elle retenait un état de santé de l'intéressée resté inchangé malgré la présence d'avis fortement contradictoires sur ce point (incapacité de travail totale selon le Dr M. _____; aucune incapacité dans l'activité habituelle selon le médecin mandaté par l'office de liaison portugais) et nonobstant le fait que le Dr M. _____ faisait part d'une dépression modérée de l'assurée alors que le diagnostic de dépression sévère avait été déterminant lors de l'octroi initial de la rente (cf. consid. 9 ci-dessous). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure que, en 2003, l'administration a manifestement enfreint le principe inquisitoire en se prononçant en l'état du dossier sur le taux d'invalidité de l'assurée, alors que des investigations complémentaires s'avéraient indispensables eu égard aux informations divergentes et non convaincantes qui avaient été recueillies. Il s'ensuit que la communication du 10 mars 2003 ne peut être retenue comme point de départ pour la comparaison des faits déterminants (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 in fine; 8C_920/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.3; 9C_928/2010 du 7 février 2011 consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1749/2009 du 1er juillet 2011 consid. 9).

E. 15

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé par la recourante à titre d'avance de frais par lui est restitué.

E. 16

La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 2'500.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail qu'elle nécessite et du temps que le mandataire pouvait y consacrer (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens, et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

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