

BVGer C-2442/2009 vom 4. Juli 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2442_2009

FR: TAF C-2442/2009 du 4 juillet 2011

IT: TAF C-2442/2009 del 4 luglio 2011

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

E. 1.2

En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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 la présente 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. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 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.

E. 1.4

Conformément à l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours, étant précisé que la forme écrite est exigée (Kieser, op. cit., art. 61 n° 43; voire aussi art. 52 al. 1 PA). Par ailleurs, selon l'art 86 al. 1 du Règlement (CEE) no 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; cf supra consid. 2), les demandes, déclarations ou recours qui auraient dû être introduits, en application de la législation d'un Etat membre, dans un délai déterminé auprès d'une autorité, d'une institution ou d'une juridiction de cet Etat sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès d'une autorité, d'une institution ou d'une juridiction correspondante d'un autre Etat membre; dans ce cas, l'autorité, l'institution ou la juridiction

ainsi saisie transmet sans délai ces demandes, déclarations ou recours à l'autorité, à l'institution ou à la juridiction compétente du premier Etat, soit directement, soit par l'intermédiaire des autorités compétentes des Etats membres concernés; la date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une autorité, d'une institution ou d'une juridiction du second Etat est considérée comme la date d'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître. En l'espèce, la décision entreprise a été notifiée à la recourante le 5 décembre 2008 (pce 51 [recherche postale de la Poste suisse]). En tenant compte des fêtes judiciaires courant du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le délai de recours est arrivé à échéance le 20 janvier 2009. Or, en procédure de recours devant la présente instance, l'assurée prétend avoir déposé en temps utile un recours auprès des institutions de sécurité sociales portugaises (pce TAF 19 p. 1). Ainsi, elle verse à la cause un mémoire daté du 5 janvier 2005 (pce TAF 14 p. 5 [version manuscrite]; TAF 16 [traduction]; TAF 19 p. 3 [version dactylographiée]) dans lequel elle fait part de sa volonté de contester la décision du 20 novembre 2008. Selon elle, ce document aurait été remis en mains propres aux autorités portugaises le 6 janvier 2009. Elle produit également une attestation des autorités portugaises selon laquelle elle aurait déposé auprès d'elles une lettre demandant recours le 6 janvier 2009 (pce TAF 19 p. 2). Par la suite, le Tribunal administratif fédéral a transmis ces documents à l'autorité inférieure pour connaissance en l'invitant à déposer son préavis et en précisant que le recours semblait avoir été déposé dans les temps en conformité avec l'art. 86 al. 1 du Règlement (CEE) no 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (ordonnance du 12 mars 2010 [pce TAF 21]). Etant donné que l'autorité inférieure n'a formé aucune objection quant à ce point de vue (cf. pce TAF 22 p. 1 2ème paragraphe [préavis du 19 avril 2010]) et compte tenu des moyens de preuve produits par la recourante, il y a donc lieu de conclure que le recours a été déposé en temps utile. Au demeurant, les mémoires des 5 janvier et 30 mars 2009 (pces TAF 14 p. 5 [recours auprès des autorités portugaises] et TAF 1 p. 1 [nouveau mémoire de recours auprès des autorités suisses]) manifestaient clairement la volonté de recourir de l'assurée et leur motivation permettait de déterminer pour quelles raisons la décision du 20 novembre 2008 était contestée. Ils remplissaient donc également les exigences de formes au sens de l'art. 52 PA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2008 du 6 juillet 2009 consid. 3). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi, le recours est par conséquent recevable.

E. 2

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 1er 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 14 juin 1971 susmentionné, s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er 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. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'une ressortissante 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 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du

10 mai 2010 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]). 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, 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° 574/72 précité). 3.1. La recourante a déposé sa demande de prestations le 22 mars 2007. Dans ce contexte, il sied de rappeler que 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). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier au 25 juillet 2008, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable à la recourante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. 3.2. 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. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 22 mars 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 20 novembre 2008, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part 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 (cf. supra let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

E. 5

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 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 réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI 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% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou

dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). 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, 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). Au vu des atteintes dont est victime la recourante, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

6.1. 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. 28a al. 1 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. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

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

6.3. 6.3.1. 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 le 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). 6.3.2. 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-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5). 7.1. 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). 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 certaines 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, 2ème édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées). 7.2. 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 (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).

E. 8

En l'espèce, la recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité et semble implicitement contester le statut de ménagère retenu par l'administration dès lors qu'elle signale avoir dû cesser son activité lucrative en 1999 pour cause de maladie (pces 11 p. 3 n° 7a; TAF 25 p. 1). L'objet du litige porte donc sur le statut de la recourante, ainsi que sur la méthode d'évaluation de l'invalidité, et la question de savoir si l'assurée présente un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

E. 9

En ce qui concerne le statut de l'assurée, il est admis que cette dernière a cessé d'exercer une activité lucrative depuis 1999. La recourante fait valoir que, dès cette date, des problèmes de santé l'auraient empêchée d'accomplir toute profession (pce TAF 25 p. 1). Il ressort aussi de ses allégations qu'elle aurait continué à travailler en l'absence d'une atteinte à la santé. Comme moyen de preuve, elle verse au dossier un "historique des paiements" (pce 25 p. 9 ss) en précisant que cette documentation démontre le versement de prestations de la part des institutions de sécurité sociale portugaises de juin à novembre 1999 pour cause de maladie et cite un rapport du Dr C. _____ mentionnant qu'il a suivi pendant longtemps l'assurée avant de la mettre en contact avec un psychiatre en 2003 (cf. à ce sujet supra consid. 10.1 et 10.2). Contrairement à ce que prétend l'administration, ces documents permettent de douter que l'assurée a volontairement mis fin à son activité lucrative pour s'adonner à la conduite du ménage. Quoiqu'il en soit, même si l'on devait retenir que la recourante a choisi d'exercer une activité ménagère dès 1999, rien ne permettrait sans autre de conclure que ce statut serait toujours actuel en novembre 2009 lors du prononcé de la décision entreprise. En effet, il ressort du dossier que l'assurée a travaillé pendant de nombreuses années dans le passé (pce TAF 20). Dans ce contexte, il apparaît tout à fait probable, en l'état du dossier, qu'elle ait opté pour la reprise d'une activité lucrative en 2009 dès lors qu'elle n'était âgée que de 51 ans au moment déterminant, que son enfant, né le 23 mai 1979, ne vit plus au domicile conjugal (cf. pces 1 p. 6 n° 12.1; 9 p. 1 n° 1) et que son mari est au chômage, ce qui manifestement pèse sur les finances du couple (pce 6 p. 3 ss). Au vu de l'ensemble de ces éléments, il appert que l'autorité inférieure a enfreint le principe inquisitoire en se prononçant en l'état du dossier sur le statut de l'assurée ainsi que sur l'application en l'espèce de la méthode spécifique pour l'évaluation de l'invalidité (cf. supra consid. 6.2). Bien plutôt, et compte tenu des indices sérieux ressortant du dossier, elle était tenue de procéder à des investigations complémentaires et à motiver de façon circonstanciée pour quelles raisons elle s'écartait des allégations de l'assurée et retenait le statut de ménagère. Par ailleurs, dans

le cas d'espèce, la détermination précise du statut de la recourante est un point déterminant, du moment que son incapacité au travail ou dans les travaux habituels n'apparaît pas nécessairement être la même au vu de l'ensemble des actes de la cause à leur état actuel (cf. consid. 10 ss ci-après).

E. 10

En ce qui concerne l'état de santé respectivement la capacité de travail de la recourante, il sied de mettre en évidence la documentation médicale qui suit.

E. 10.1

Dans un rapport du 29 janvier 2008 (pces 44-45; pce TAF 25 p. 5 [rapport dactylographié]), le Dr C._____ indique que la patiente souffre de longue date d'un trouble du système nerveux central avec crises dépressives réactionnelles mixtes de traitement difficile. Après avoir longtemps suivi l'assurée, il lui a finalement conseillé de prendre consultation auprès d'un psychiatre au vu des récives. Il précise que, depuis quelque temps, l'assurée présente des insomnies, phobies et difficultés dans ses relations avec les gens qui l'entourent. En outre, il relève des troubles ostéoarticulaires au niveau de la colonne vertébrale qui entravent l'assurée dans l'accomplissement de petits et moyens efforts et qui ne sont pas toujours atténués par les traitements prescrits. Il indique également que l'assurée souffre d'une tendinite de Quervain. Une opération ayant été réalisée sans grand succès pour cette raison, elle continue d'être handicapée de la main droite avec difficulté à saisir les ustensiles de cuisine, ce qui la gêne considérablement dans la vie domestique. Dans un rapport du 18 mai 2009 (pce TAF 7 p. 3; cf. aussi pce TAF 7 p. 2 [traduction]), il informe que, en sus des affections précitées, l'assurée a subi une opération pour cause de cancer au poumon et qu'elle a également suivi un traitement de 9 mois en raison d'une tuberculose pulmonaire. Selon lui, la patiente présente par conséquent une incapacité de travail totale pour toute profession.

E. 10.2

Dans des rapports médicaux des 7 mars 2007 (pce 32 [voire version dactylographiée à la pce TAF 25 p. 8], 29 janvier 2008 (pce 18 [voire version dactylographiée à la pce TAF 25 p. 6]), 2 octobre 2008 (pce 43) et 23 mai 2010 (pce TAF 25 p. 3), le Dr B._____, psychiatre traitant de l'assurée, se prononce comme suit sur l'état de santé de sa patiente qu'il mentionne suivre depuis juin 2003. Ayant initialement retenu le diagnostic de névrose dépressive très iatrogénique (rapport du 7 mars 2007 [pce 32]), il fait ensuite part d'une dépression majeure récurrente (rapport du 29 janvier 2008 [pce 18]). Le rapport du 2 octobre 2008 (pce 43) indique par ailleurs que l'état de santé tend à s'aggraver suite à l'apparition de nouvelles pathologies organiques. Mettant en évidence une humeur dépressive, une anxiété marquée, une anhédonie, une asthénie, une auto-image de soi dévalorisée, une sensation subjective d'incapacité et des insomnies, il est d'avis que l'assurée est inapte à exercer toute profession.

E. 10.3

Un rapport médical détaillé E 213 du 28 février 2008 (pce 16 faisant suite à un examen personnel de l'assurée le 21 février 2008), pose les diagnostics de dépression majeure récurrente, de tuberculose pulmonaire en traitement et de pathologie ostéoarticulaire dégénérative avec douleurs lors de la mobilisation de la colonne vertébrale et des membres supérieurs (pce 16 p. 5 et 8). Le médecin mandaté se limite à indiquer que l'assurée présente une incapacité de travail totale au Portugal sans prendre position sur la capacité de travail de

cette dernière dans une activité adaptée (pce 16 p. 8-10 n° 9-11.6 laissés vides).

E. 10.4

Plusieurs rapports médicaux font part d'un traitement de l'assurée de 9 mois en 2008/début 2009 pour cause de tuberculose et d'une opération réalisée le 30 juillet 2008 suite à la découverte d'un cancer au poumon sans signe de métastases (certificats des 22 janvier 2008 [pce 17], 31 janvier 2008 [pce 19], 31 juillet 2008 [pce 25], 21 mars 2009 [pce TAF 1 p. 5], 28 mai 2010 [pce TAF 25 p. 2]).

E. 10.5

Finalement, un rapport du 4 février 2008 signé par le Dr D. _____ (pce TAF 1 p. 10) et un rapport du 8 septembre 2008 rédigé par le Dr E. _____ (pce 42) font part de la présence de kystes biliaires hépatiques chez l'assurée.

E. 10.6

Selon le service médical de l'OAIE, la documentation médicale précitée n'est pas de nature à rendre vraisemblable une maladie incapacitante de l'assurée au sens de la LAI. Ainsi, selon le Dr F. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, le traitement de la tuberculose pulmonaire serait habituellement bien supporté et resterait compatible avec une activité professionnelle ou ménagère, d'autant qu'aucune baisse significative de l'état général n'est rapportée. L'atteinte ostéoarticulaire montrerait à l'examen clinique qu'une légère limitation de la mobilité et n'aurait ainsi pas de caractère incapacitant. Il en va de même de la tendinite de Quervain qui ne serait en soi pas handicapante. Finalement, les rapports succincts du psychiatre traitant ne rendraient pas plausible la présence d'une maladie psychiatrique grave avec influence significative sur la capacité de travail (rapports des 17 juillet 2008 [pce 23] et 14 novembre 2008 [pce 48]). Dans des rapports des 10 avril 2010 (pce 53) et 28 juillet 2010 (pce 55), le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne, souligne que la découverte d'un cancer du poumon ne modifie pas les prises de position antérieures de son confrère, dès lors que les cellules cancéreuses ont été extraites par opération en juillet 2008, qu'une opération subséquente n'a pas été nécessaire et qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur particulièrement agressive. Finalement, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie, relève que la symptomatologie mise en évidence par le Dr B. _____ lui fait retenir un trouble dépressif récurrent de sévérité légère à moyenne, d'autant que l'assurée n'a jamais été soumise à une hospitalisation pour des raisons psychiatriques et qu'elle ne présente pas des idées d'indignité et de ruine. Ces constats ne permettraient donc pas de conclure à une incapacité de travail dans les travaux ménagers.

E. 11.1

Cela étant, il appert que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée rendue par le service médical de l'OAIE n'est nullement corroborée par les avis des spécialistes portugais s'étant exprimés en la matière. Quoiqu'en disent les Drs F. _____, G. _____ et H. _____, le Tribunal de céans ne saurait sans autre méconnaître toute valeur probante à l'avis des Drs B. _____ et C. _____. Certes, le Dr B. _____, psychiatre traitant de l'assurée, n'est pas très précis en ce sens qu'il se limite à retenir le diagnostic de dépression majeure sans indiquer la sévérité du trouble selon une classification reconnue des maladies. Il fait néanmoins part d'un traitement n'apparaissant pas être léger au vu de la quantité des antidépresseurs prescrits à la recourante et de leur dosage (cf. pce 18) et du fait qu'il a été administré de longue date sans amélioration notable. Par ailleurs, le Dr B. _____ signale une péjoration de l'état de santé suite à l'apparition de la tuberculose et du cancer du

poumon (pce 43), ce qui semble plausible compte tenu de la situation concrète de la recourante au moment déterminant. Dans ces circonstances et compte tenu de la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 7.2), on ne saurait sans autre donner la préférence à la prise de position du Dr H. _____ du 30 août 2010 (pce 57), dès lors que ce praticien n'a pas examiné lui-même l'assurée, qu'il se base sur les constats du Dr B. _____ - que le Dr F. _____ qualifie d'insuffisants (pce 48) - et qu'il prend position uniquement sur l'exigibilité de l'activité de ménagère, ce qui, en l'état du dossier, n'apparaît pas suffisant, un complément d'instruction quant au statut de la recourante s'avérant nécessaire en l'espèce, comme cela a été exposé au considérant 9 du présent arrêt. Par ailleurs, en ce qui concerne les atteintes somatiques, on note que l'affirmation succincte du Dr F. _____ selon laquelle les troubles dégénératifs au rachis n'entraîneraient que des limitations fonctionnelles légères n'est nullement confirmée par les constats du rapport E 213 du 28 février 2008 et les rapports du Dr C. _____. Ici également, une prise de position d'un médecin neutre s'avère donc indispensable pour faire toute la lumière sur l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail.

E. 11.2

Au demeurant, dans la mesure où l'administration a déterminé l'invalidité de l'assurée en se basant sur la méthode spécifique valable pour les personnes travaillant dans le ménage (point qui devra encore faire l'objet d'un examen complémentaire vu l'issue de la cause [cf. supra consid. 9]), on note que les données versées au dossier n'étaient pas suffisantes pour se prononcer valablement sur le taux d'invalidité de la recourante. En effet, quand bien même l'assurée s'estimait incapable d'accomplir les activités ménagères (cf. questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 26 juin 2008 rempli par la recourante [pce 9]), 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 17 juillet 2008 (pce 23.1) dans lequel le Dr F. _____ ne se détermine pas de façon circonstanciée sur les limitations alléguées par l'assurée et rend son appréciation sans avoir eu contact avec l'assurée ou s'être confronté d'une manière suffisamment détaillée avec ses allégations, sans que les prises de positions ultérieurement versées au dossier au stade du recours par les Dr G. _____ et H. _____ puissent combler cette lacune, notamment parce que ces praticiens se fondent aussi sur un état de faits incomplet et sans entretien avec l'assurée (cf. pour le surplus le consid. 11.1 du présent arrêt).

E. 12

Eu égard à tout ce qui précède, il appert que la documentation versée au dossier ne permet pas de se prononcer valablement sur le statut de la recourante, son état de santé et sa capacité de travail respectivement sa capacité d'exercer les travaux habituels. Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la détermination du statut de la recourante (laquelle devra être invitée à se prononcer sur la question et à produire la documentation qui pourrait éventuellement se révéler indispensable) ainsi que la réalisation d'une expertise médicale 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 la recourante 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 (cf. notamment supra consid. 10.4 relatif à un suivi médical pour cancer et tuberculose; voire aussi consid. 11.2). L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical

de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 13

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). Par conséquent, la demande implicite d'assistance judiciaire partielle est sans objet.

E. 14

La recourante ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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]).

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