

BVGer C-2955/2016 vom 18. Oktober 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2955_2016

FR: TAF C-2955/2016 du 18 octobre 2018

IT: TAF C-2955/2016 del 18 ottobre 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

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

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant ledit Tribunal est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurance sociale n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI déroge expressément à la LPGA.

E. 1.4

En l'occurrence, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA), dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGA), le recours du 11 mai 2016 est recevable quant à la forme.

E. 2.1

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 pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait

postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2, 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 355 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 2.2

Au niveau du droit international, 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. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 (i) au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au (ii) règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêts du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2.1 et 8C_870/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2009, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. En outre, dans la mesure où l'ALCP et son annexe II ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 8 ALCP ; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.3

En l'occurrence, la recourante est une ressortissante italienne résidant en Italie, soit un Etat membre de l'Union européenne (annexe 2 TAF pce 1 ; AI pces 1, 57 et 60). La décision attaquée ayant été rendue le 11 avril 2016, les dispositions légales de droit suisse en vigueur à cette date sont applicables. La date de la décision attaquée marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et 121 V 366 consid. 1b). Le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision (11 avril 2016).

E. 2.4

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003 ; arrêt du TAF C-1948/2014 du 6 juin 2017 consid. 3.5 et 14.3). Même après 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. Les instances des assurances sociales suisses, dont l'OAIE et les tribunaux, ne sont donc pas liées par les décisions des autorités étrangères en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il 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, 2013, no 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. 6 ; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème éd., 2013, no 1.55).

E. 3.2

En l'occurrence, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 11 avril 2016 ayant rejeté la demande de prestations de l'intéressée (annexe 1 pce TAF 1 = AI pce 142). Le litige porte en particulier sur le point de savoir si les affections dont est victime la recourante ont pu entraîner une incapacité de travail pendant une durée suffisamment longue avec l'intensité requise pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 4.1

La recourante se plaint dans le cadre de l'instruction de sa demande de la violation du droit d'être entendu. Elle fait en particulier valoir le défaut de motivation de la décision litigieuse (TAF pce 1 p. 5-6) et a maintenu son grief malgré la réponse de l'OAIE proposant l'admission partielle du recours et le renvoi de la cause à son office (TAF pce 15 p. 1-2).

E. 4.2

De nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'instance inférieure sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Auer/Malinverni/Hottelier, *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, Les droits fondamentaux, 3e éd., 2013, no 1358 ; Béatrice Despland, *L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé*, in : CERT - Band/Nr. 4, édit. : Dunand/Mahon, 2012, p. 152 ; cf. également ATF 134 V 97, 125 I 113 consid. 3). Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101), comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et le droit de se faire représenter ou assister (ATF 137 IV 33 consid. 9.2, ATF 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit. ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). En vertu de l'art. 32 al. 1 PA, l'autorité apprécie tous les allégués importants qu'une partie a avancés en temps utile avant de prendre sa décision. La motivation doit être d'autant plus détaillée que les parties ont fait valoir leur point de vue de manière circonstanciée (arrêt du TAF A-2787/2017 du 6 novembre 2017 consid. 3.1 et réf. cit.). Le droit d'être entendu et en particulier le droit d'obtenir une décision motivée est consacré, en procédure administrative fédérale, par l'art. 35 PA ainsi qu'en matière d'assurances sociales par l'art. 52 al. 2 LPGA. Pour répondre aux exigences du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci, l'attaquer en connaissance de cause et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1, 133 III 439 consid. 3.3, 135 III 670 consid. 3.3.1, 134 I 83 consid. 4.1, 133 III 439 consid. 3.3). Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuves et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus comme pertinents. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 I 184 consid. 2.2.1, 135 V 65 consid. 2.6 et les arrêts cités ; ATAF 2010/35 consid. 4.1.2). Lorsqu'il entend faire valoir un défaut de motivation de la décision rendue par l'assurance,

l'assuré doit démontrer que l'appréciation a été faite en violation du droit ou de manière manifestement erronée (arrêt du TF 9C_701/2009 du 1er mars 2010 consid. 2.3).

E. 4.3

En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'autorité inférieure a motivé succinctement sa décision du 11 avril 2016 en se limitant à indiquer que, sur la base des documents en sa possession, y compris la nouvelle documentation versée au dossier, la recourante ne présentait pas une incapacité de travail suffisante lui donnant droit à une rente d'invalidité conformément au droit suisse. De plus, l'OAIE a mentionné que malgré les atteintes à la santé, celles-ci n'empêchaient pas l'intéressée d'effectuer son activité habituelle ou de travailler à temps partiel. Force est de constater que l'autorité inférieure n'a pas fait référence spécifiquement ni n'a annexé la position du SMR des 14 janvier et 5 avril 2016, alors qu'elle se fondait sur ces documents pour rendre sa décision. Néanmoins, il sied de souligner que, durant le délai de recours, l'OAIE a transmis à la recourante par l'entremise de son Conseil - qui venait de se constituer - une copie du dossier AI. Un recours a été déposé dans le délai comprenant des griefs circonstanciés par rapport au cas d'espèce (cf. supra let. I.b). Le défaut de motivation n'a ainsi pas empêché la recourante d'être en mesure d'apprécier la portée de la décision querellée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause. De surcroît, suite au recours, l'instance inférieure a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier à son office, tendant à démontrer que la recourante a fait valoir avec pertinence ses griefs en réponse à la décision de l'OAIE. Le grief d'une violation du droit d'être entendu peut ainsi pour ces motifs être écarté.

E. 4.4

Cela étant, si vice il devait il y avoir, celui-ci devrait être considéré comme guéri devant le Tribunal de céans. Tel est en effet le cas, conformément à une jurisprudence constante, lorsque l'administré a eu la possibilité de s'expliquer librement devant une autorité de recours, dont la cognition est aussi étendue que celle de l'autorité inférieure (ATF 133 I 201 consid. 2.3, 126 V 130 consid. 2b, 124 V 180 consid. 4). Or, les possibilités offertes à la recourante dans le cadre de son recours administratif remplissent entièrement ces conditions. Le Tribunal dispose en effet d'une pleine cognition et peut revoir aussi bien les questions de droit que les constatations de fait établies par l'autorité inférieure ou encore l'opportunité de sa décision (arrêt du TF 9C_701/2009 du 1er mars 2010 consid. 2.3 ; cf. supra consid. 3). La recourante a eu tout loisir de s'exprimer et de présenter tous ses moyens au cours de la présente procédure.

E. 5.1

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG, art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant trois années au moins (art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 5.2

En l'occurrence, il ressort de l'extrait de compte individuel de la recourante qu'elle a travaillé en Suisse d'octobre 1985 jusqu'en juin 2001, soit durant un total de 189 mois (AI pce 4). Par conséquent, la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie. Il reste à examiner si la recourante est invalide au sens de la loi.

E. 6.1

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). Aux termes de l'art. 28 al. 2 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. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

E. 6.2

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, 114 V 310 consid. 3c ; RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

E. 7.1

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. 7.2

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. 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 réf. cit.).

E. 7.3

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 enclin, 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 réf. cit.). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (dans ce sens relativement aux expertises de parties : arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). 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 TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 7.4

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920 ss). De plus, pour avoir valeur probante, dits rapports 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 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 réf. cit.). 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 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 des rapports et expertises 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 ; Valterio, op. cit. n° 2920). Le Tribunal fédéral 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 permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait 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. 8.1

En l'espèce, l'intéressée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 3 juillet 2015 en Suisse et en Italie (cf. AI pce 7). L'Italie lui a reconnu une réduction permanente de sa capacité générale de travail à hauteur de 80% dès le 6 août 2013 (annexe 9 TAF pce 1) en se référant au rapport médical du Dr N._____ du 17 juin 2014 (AI pce 65). L'OAIE et le TAF ne sont pas liés par cette décision rendue en Italie en matière d'assurance-invalidité (cf. consid. 2.4). En Suisse, l'OAIE a rejeté la demande de prestations d'invalidité de l'intéressée par décision du 11 avril 2016 (AI pce 142), qui constitue la décision litigieuse dans la présente procédure. Cette décision se base sur les rapports SMR de la Dresse S._____, FMH en médecine interne, des 14 janvier 2016 (AI pce 131) et 5 avril 2016 (AI pce 141). La Dresse S._____ a retenu en substance que, même si l'assurée a présenté différentes atteintes à la santé, celles-ci ne génèrent pas d'incapacité de travail de longue durée et que la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle et le ménage (AI pce 131 p. 3). Néanmoins, l'autorité inférieure a revu sa position dans un second temps dans le cadre de sa réponse au recours et a conclu à l'admission partielle du recours et le renvoi de la cause à son office afin de procéder à un complément d'instruction (TAF pce 9). Dite autorité a fondé son avis sur la prise de position de son service médical, à savoir la Dresse V._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie (12 septembre 2016). Celle-ci a estimé ne pas pouvoir se prononcer au vu de l'état lacunaire du dossier sur le plan psychiatrique. Elle a relevé que les rapports médicaux des Dr N._____ du 17 juin 2014 et Dr U._____ du 23 février 2016 n'attestent certes pas de diagnostics causant une incapacité de travail au sens de l'AI, néanmoins il est nécessaire selon elle d'obtenir la documentation médicale liée au suivi de la recourante depuis 2008 auprès de spécialistes de troubles de l'humeur et depuis 2013 auprès du « W._____ » à (...). Le Tribunal constate que cette documentation médicale fait effectivement défaut. Seuls deux rapports médicaux de médecins psychiatres se trouvent au dossier, soit celui du Dr U._____ du 23 février 2016 (AI pce 135) et celui du Dr N._____ du 6 août 2013 (AI pce 65). La documentation médicale sur le plan psychiatrique est ainsi lacunaire. Par ailleurs, selon la jurisprudence récente, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques, y compris les troubles dépressifs légers à moyens, doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 p. 426 ss et les réf. cit.). Il ressort d'un rapport médical présent au dossier un syndrome fibromyalgique [primaire] (AI pce 135) ainsi que plusieurs rapports médicaux des diagnostics de troubles psychiques (trouble anxio-dépressif réactionnel [AI pce 65 p. 4], trouble anxio-dépressif de degré modéré à sévère réactionnel aux maladies organiques graves [AI pce 135] et trouble dépressif [AI pces 10 {p. 16}, 38 et 63 {p. 4}]). Dite documentation est succincte et ne permet pas sur la base de son contenu d'établir une appréciation conforme à la grille d'évaluation normative et structurée requise par la jurisprudence précitée. Partant, le Tribunal constate qu'une instruction complémentaire s'avère nécessaire sous la forme d'une expertise psychiatrique et rhumatologique (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5, 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt du TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.2 et 5.3.1).

E. 8.2

En sus de ses atteintes de l'ordre psychique, la recourante a fait valoir que l'addition de l'ensemble de ses atteintes à la santé tant physique que psychique la rend incapable de travailler. Ainsi, selon elle, l'instruction de son dossier médical a été faite de manière insuffisante, de sorte qu'elle conclut au renvoi du dossier à l'autorité inférieure qui devra procéder à une expertise médicale pluridisciplinaire. Sur le plan somatique, le Tribunal distingue de nombreuses atteintes à la santé dont l'intéressée souffre - respectivement a souffert. Il s'agit des atteintes suivantes : une hypoacousie résiduelle suite à une tympanoplastie en 2005 pour une otite moyenne chronique à gauche (cf. AI pces 13, 78 et 65), une splénomégalie ayant pour conséquence une opération de splénectomie totale (AI pces 9 [p. 7], 11, 12 et 65), une anémie sidéropénique causée par un léiomyome à l'utérus justifiant une opération d'hystérectomie abdominale totale et une annexectomie bilatérale pour les léiomyomes (AI pces 9 [p. 7], 10, 23, 25-34, 37, 72, 79-82, 84-86, 88, 90-91 et 93), une oesophagite peptique avec hernie hiatale, une gastropathie congestive diffuse et un ulcère bulbaire (AI pce 16 [=52 =76]), un traumatisme de distorsion au genou gauche (cf. AI pces 19, 20, 24 et 38) ainsi que différentes atteintes au niveau de la colonne vertébrale (AI pces 9, 18, 65, 136 et 137). L'intéressée a également subi différents examens isolé, notamment au niveau du coude droit en 2003 (AI pce 43), des seins en 2010 (AI pce 50) et de l'abdomen (inférieur et/ou supérieur) en 2006, 2011 et 2013 (AI pces 14 [=69], 17, 48 et 53). Le médecin SMR, la Dresse S._____, FMH en médecine interne, arrive à la conclusion que toutes les atteintes sur le plan somatique sont soit bénignes soit ont entraîné une incapacité de travail seulement limitée dans le temps ou encore ne causent pas de limitations fonctionnelles (AI pces 131 et 141). Néanmoins, le Tribunal constate des contradictions entre les rapports médicaux ne permettant pas d'adhérer aux conclusions du médecin SMR. Au niveau du rachis cervical et lombaire, le médecin SMR constate que l'IRM du rachis ne montre pas de sténose vertébrale, ni de compression de racines nerveuses mais uniquement des phénomènes bénins d'arthrose et qu'aucune hernie constituée n'est signalée (rapport du 5 avril 2016, AI pce 141). Néanmoins, l'examen clinique mené par le Dr T._____, spécialiste orthopédique, constate des limitations fonctionnelles au niveau de la colonne cervicale et lombosacrée ainsi qu'un signe Lasègue positif à 60° (AI pce 137). De plus, il ressort du formulaire E213 du 10 septembre 2015 le diagnostic de spondylose et troubles associés (ICS 10 : 721) ; le médecin est ainsi d'avis que la capacité de travail de l'intéressée est limitée à hauteur de 55% dans son dernier travail ainsi que dans toutes autres activités adaptées (AI pce 9 [p. 7, 9 et 12]). Par ailleurs, conformément à la jurisprudence, la personne assurée doit être évaluée sur une base interdisciplinaire et non isolément si elle est atteinte de troubles physiques et psychiques ; il faut tenir compte des interactions entre les différents diagnostics posés et leurs conséquences sur les limitations fonctionnelles (ATF 139 V 349 consid. 3.2 ; arrêt du TAF C-302/2016 du 4 juin 2018 consid. 8.4). Au vu des contradictions constatées et des interactions entre les aspects somatique et psychique, il est opportun que l'état de santé de l'intéressé soit examiné de manière globale et approfondie. Eu égard à la nature des différentes atteintes de la recourante, il appartiendra à l'OAIE de mettre en oeuvre une expertise sur le plan psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne. Le Tribunal s'écarte ainsi pour les motifs précités de la proposition du médecin du service médical de l'OAIE de limiter le renvoi de la cause à l'OAIE en complétant l'instruction par le biais de seuls rapports médicaux psychiatriques.

E. 8.3

Il sied de préciser que la coordination des spécialisations est selon la pratique constante une part centrale de l'interdisciplinarité. Les experts mandatés sont en dernier lieu responsables de la qualité et complétude des rapports établis dans un cadre interdisciplinaire et des conclusions interdisciplinaires retenues mais aussi d'examens effectués selon le principe d'économicité. Lorsque les instructions données par un Tribunal quant à l'établissement d'une expertise ne semblent pas opportunes, les experts restent libres de discuter des disciplines retenues par le Tribunal avec l'OAIE, mandataire de l'expertise (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3).

E. 9.1

La recourante conteste par ailleurs qu'aucune enquête ménagère n'a été menée sur place. De manière contraire à la loi et la jurisprudence, l'autorité inférieure a ainsi rendu sa décision sans connaissance des conditions locales, spatiales et familiales de la recourante (cf. TAF pce 1 [p. 8]).

E. 9.2

Selon la jurisprudence, afin d'évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode dite générale de comparaison des revenus, la méthode dite spécifique et la méthode dite mixte -, dont l'application dépend 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1 et réf. cit.).

E. 9.2.1

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide ; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

E. 9.2.2

Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels ; l'on parle de la méthode spécifique. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28a al. 2 LAI, art. 27 RAI et art. 8 al. 3 LPGA).

E. 9.2.3

Enfin, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte de comparaison des revenus ; cf. notamment l'arrêt du TF 8C_912/2015 consid. 4 du 18 avril 2016). La méthode mixte a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH), notamment dans un jugement du 2 février 2016 (arrêt CourEDH n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Selon le Tribunal fédéral, en dehors de la constellation décrite dans l'arrêt de la CourEDH, la méthode mixte continuait à s'appliquer (cf. arrêt du TF

9F_8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4). Dite méthode vient toutefois d'être repensée et s'effectue depuis le 1er janvier 2018 selon de nouvelles modalités (cf. art. 27 et 27bis RAI modifiés au 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>] ; arrêt du TAF C-1128/2015 du 8 février 2018 consid. 11.3). 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 l'assuré s'il n'était pas invalide. Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, le calcul est, comme aujourd'hui, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI, excepté qu'il est dorénavant effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps et ensuite pondéré par la différence entre le taux d'occupation de l'assuré sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps (arrêt du TAF C-1128/2015 du 8 février 2018 consid. 11.3).

E. 9.3

Concrètement, concernant la méthode spécifique et mixte, la détermination du taux d'invalidité résulte généralement d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 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). L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (Valterio, op. cit., n°2165). L'appréciation de l'incapacité de l'assuré résidant à l'étranger dans l'accomplissement des travaux habituels doit se fonder dans la mesure du possible sur des principes analogues. Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, 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 TAF C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5 et C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1). Si l'évaluation des incapacités dans les tâches ménagères a été effectuée par l'assuré seul et que l'appréciation du service médical de l'OAIE ne concorde pas avec les déclarations de l'assuré, l'appréciation n'a qu'une valeur probatoire relative du fait même que l'assuré n'a pas été examiné personnellement par le médecin de l'OAIE (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 21 mars 2007 consid. 4.2).

E. 9.4

En l'espèce, l'assurée a rempli le 16 novembre 2015 un questionnaire pour les assurés employés dans l'économie domestique (AI pce 63 [p. 6-9]). L'OAIE a appliqué la méthode mixte en prenant en considération notamment l'activité de collaboratrice familiale du 1er juillet 2007 au 31 décembre 2009 exercée une heure par jour pendant six jours (AI pce 130). Dans le rapport du SMR du 14 janvier 2016, la Dresse S. _____ a conclu que les atteintes

à la santé de la recourante n'avaient pas de conséquences sur la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans le ménage (AI pce 131 [p. 3]). Le Tribunal constate que cette évaluation n'est toutefois aucunement motivée et n'est pas rédigée de façon détaillée et précise. De surcroît, l'évaluation actuelle ne permet pas d'estimer de manière claire et précise le degré d'invalidité de la recourante dans l'exécution de ses tâches ménagères quotidiennes, dès lors que n'ont pas été pris en compte les atteintes à la santé de l'assurée d'un point de vue psychiatrie. Par conséquent, l'évaluation de l'invalidité de la recourante ne remplit pas les critères légaux et jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante. Pour ces motifs également, le dossier devra être renvoyé à l'autorité inférieure.

E. 10.1

Le recours doit être partiellement admis, la décision du 11 avril 2016 doit être annulée et le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaire 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 Cst. ; 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 lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. 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'occurrence, le renvoi se justifie en raison de l'absence d'instruction suffisante sur les aspects psychiatriques, rhumatologiques et de médecine interne.

E. 10.2

Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressée à une rente, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision et suivra notamment les recommandations de son service médical du 12 septembre 2016. De plus, l'autorité inférieure ordonnera en Suisse une expertise pluridisciplinaire comportant les volets psychiatriques, rhumatologiques et de médecine interne, permettant d'établir (i) l'état de santé de l'intéressée, (ii) ses limitations fonctionnelles et (iii) sa capacité de travail dans le ménage, dans l'activité habituelle et dans des activités de substitution (iv) avec si besoin une chronologie quant à l'évolution des éventuelles incapacités. Dite expertise tiendra compte de l'interaction des atteintes dans une appréciation globale (consid. 8.2) et dans le cadre de l'examen psychiatrique, les experts détermineront la capacité résiduelle de travail sur la base des indicateurs standards selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 8.1). Sur la base de cette nouvelle documentation médicale, l'OAIE devra déterminer le degré d'invalidité (application de la méthode mixte conformément aux nouveaux critères légaux et jurisprudentiels) et rendre une nouvelle décision.

E. 11

Au vu de l'issue de la cause, la question de l'arbitraire soulevée par la recourante (cf. TAF pce 1 [p. 10]) peut être laissée ouverte.

E. 12

Les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1ère phr. PA). 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) ; n'a ainsi pas d'influence sur la répartition des frais la question de savoir si le renvoi de la cause à l'administration est une admission totale ou partielle des conclusions du recourant (ATF 137 V 57 consid. 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. Il sied de préciser que la recourante avait été dispensée de payer des frais de procédure, dès lors qu'elle avait été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire (TAF pce 13). Dès lors qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 2e phr. PA), l'OAIE ne devra également pas les prendre en charge.

E. 13.1

En cas d'assistance judiciaire, les frais et honoraires d'avocat sont supportés conformément à l'art. 64 al. 2 à 4 PA (art. 65 al. 3 PA). Les art. 7 à 15 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) sont en règle générale également déterminants (cf. art. 65 al. 5 PA et art. 16 let. a LTAF). Selon l'art. 14 FITAF les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir avant le prononcé un décompte de leurs prestations au tribunal (al. 1) ; à défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (al. 2, 2e phr.). Ainsi, les dépens sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail 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. 13.2

En l'espèce, Me Tania de Luca a été nommée avocat d'office (TAF pce 13) puis remplacée - à sa demande - par Me Florent Beuret dès le 19 octobre 2017 (TAF pce 20). En l'occurrence, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens de Fr. 2'800.-. L'indemnité prend également en considération le travail du premier mandataire professionnel de la recourante, à savoir la consultation de la documentation médicale, la rédaction d'un mémoire de recours concis et de qualité comprenant une requête d'assistance judiciaire totale (TAF pce 1) et une réplique de 3 pages (TAF pce 15). Cette indemnité prend également en considération le travail fourni par le second conseil depuis le 19 octobre 2017, à savoir un courrier pour connaître l'avancée de la cause.

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