

BVGer C-5871/2018 vom 21. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5871_2018

FR: TAF C-5871/2018 du 21 septembre 2020

IT: TAF C-5871/2018 del 21 settembre 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). Aussi est-il compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Pour le surplus, déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 1.3

Compte tenu du fait que la recourante a son domicile en France voisine et a travaillé en Suisse, elle doit être qualifiée de frontalière si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité a été menée par l'office AI vaudois et la décision litigieuse notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI).

E. 2.1

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

E. 2.2

Sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire, le droit applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 117 V 93 consid. 6b). Le juge des assurances sociales apprécie par ailleurs la légalité des décisions d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Au cas d'espèce, la décision attaquée ayant été rendue le 11 septembre 2018, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à cette date. Cela étant, il sera fait abstraction ici de la documentation médicale relative à la nouvelle incapacité de travail attestée dès mars 2019 en relation avec une épicondylite du coude (TAF pces 15 et 16).

E. 3

Au plan formel, la recourante reproche à l'autorité inférieure d'avoir violé son droit d'être entendue en ne motivant pas suffisamment la décision attaquée sur les raisons de santé et autres circonstances prises en considération pour évaluer son degré d'invalidité.

E. 3.1

Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu implique pour l'autorité l'obligation de motiver sa décision. La motivation d'une décision est suffisante, au regard du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., lorsque l'autorité 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 et l'attaquer en connaissance de cause, l'essentiel étant que la décision indique clairement les faits qui sont établis et les déductions juridiques qui en sont tirées (ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; 141 IV 244 consid. 1.2.1 ; 139 IV 179 consid. 2.2 ; 138 I 232 consid. 5.1 ; 135 II 145 consid. 8.2).

E. 3.2

Tel est le cas en l'occurrence. La décision de l'OAIE du 11 septembre 2018 énonce en effet sans équivoque les circonstances retenues pour refuser le droit aux prestations litigieuses, à savoir essentiellement celles permettant d'évaluer le degré d'invalidité. Certes, se contentant de renvoyer aux « éléments médicaux en [sa] possession », l'autorité n'énumère pas expressément les rapports médicaux admis à la base du profil d'exigibilité médico-théorique pris en considération pour évaluer le revenu d'invalidé. Il n'en demeure pas moins qu'en disposant du dossier constitué en la cause - qui est consultable en tout temps, comme l'exprime l'autorité inférieure dans sa réponse au recours - la recourante pouvait aisément attaquer en toute connaissance de cause la décision de l'autorité inférieure (cf. toutefois : ATAF 2010/35 et TAF C-5892/2013 du 6 mars 2017).

E. 3.3

Sous l'angle de l'obligation de motivation, on ne voit dès lors pas que l'assurée aie subi une violation de ses droits d'être entendue. Son grief apparaît ainsi mal fondé.

E. 4

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée

dans la mesure où, d'après les conclusions du recours, il est remis en question par la partie recourante. L'objet de la contestation (Anfechtungsgegenstand) et l'objet du litige (Streitgegenstand) sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige (cf. ATF 125 V 413 consid. 1b; TF 2C_53/2017 du 21 juillet 2017 consid. 5.1). L'objet du litige peut donc être réduit par rapport à l'objet de la contestation. Il ne peut en revanche, sauf exceptions (consid. 4.4.1 infra), s'étendre au-delà de celui-ci (cf. ATF 136 II 457 consid. 4.2 ; 136 II 165 consid. 5).

E. 4.1

En l'occurrence, l'objet de contestation est au premier abord ambigu : intitulée « refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité », la décision du 11 septembre 2018 rejette, dans son dispositif, la demande de l'assurée du 17 août 2016 tout en prévoyant à son terme qu'« une aide au placement peut [...] être octroyée » et en adressant par annexe une communication de l'office AI cantonal excluant le droit à une telle mesure. Il n'est ainsi pas évident d'identifier précisément les rapports juridiques tranchés par le prononcé attaqué, respectivement de dire si, comme cela peut ressortir de son dispositif, ils comprennent toutes les prestations relevant de l'assurance invalidité ou s'ils concernent uniquement le droit de l'assurée à une rente et aux mesures professionnelles, tel que cela peut s'entendre au regard de son intitulé. Cela étant, on comprend à la lecture des motifs à la décision du 11 septembre 2018 que l'autorité inférieure entendait trancher uniquement le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles de reclassement. En effet, seules ces prestations font l'objet d'une subsumption, l'autorité les refusant en raison de ce que l'assurée présente une invalidité inférieure au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente et de 20 % fondant le droit au reclassement (sur ce dernier point, cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3 et réf. cit.). Aussi s'agit-il d'interpréter le dispositif attaqué à la lumière de ces motifs et d'admettre que la contestation concerne le droit à ces prestations exclusivement (sur l'interprétation du dispositif, cf. entre autres : TF 9C_602/2009 du 21 décembre 2009 consid. 2.3 ; cf. également TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 2 et 3, 9C_944/2009 du 22 mars 2010 consid. 2 et 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2). Quant aux droits de l'assurée à d'autres prestations en matière d'invalidité, ils n'intègrent pas l'objet de la contestation, faute d'avoir été concrètement tranchés dans la décision attaquée. En particulier, le droit à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, même s'il est évoqué au terme de la décision entreprise, ne saurait être discuté dans la présente procédure judiciaire dès lors qu'il n'a pas donné lieu à une décision formelle sujette à recours, mais à une simple communication au sens de l'art. 51 LPGA (OAIE pce 7).

E. 4.2

En procédure judiciaire, le litige a par conséquent pour objet le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement, les conclusions de l'assurée devant être déclarées irrecevables en tant qu'elles dépassent cet objet. Singulièrement, il s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et porte sur le point de savoir si, eu égard à l'art. 17 LPGA (concernant la révision des rentes d'invalidité et autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations), l'état de santé de la recourante s'est détérioré entre le 11 novembre 2014 (décision initiale) et le 11 septembre 2018 (décision litigieuse) de manière à justifier l'octroi des prestations litigieuses.

E. 5

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, ressortissante portugaise domiciliée en France, prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse pour y avoir cotisé. Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Ce nonobstant, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en sus, l'assuré doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 5.1.1

Si la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que dans la mesure où l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier, par analogie avec l'art. 17 LPGA, que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

E. 5.1.2

En vertu de 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. Pour autant qu'il ressorte clairement du dossier, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (notamment : TF 9C_195/2017 du 27 novembre 2017, consid. 4.3.2 ; I 111/07 du 17 décembre 2007, consid. 3 et réf.cit.). En revanche, une simple appréciation différente d'un

état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

E. 5.2

Par ailleurs, selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2).

E. 5.3

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Aussi, on entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et 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 réadaptions exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 5.4

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Cela étant, pour fixer le taux d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

E. 5.5

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 et la référence), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. Néanmoins, la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical. Aussi lorsqu'il se prononce sur la valeur probante du rapport d'un médecin traitant, le Tribunal ne saurait faire abstraction du fait que ceux-ci doivent en première ligne se concentrer sur le traitement de leurs patients. Ainsi, selon la jurisprudence, leurs rapports ne fournissent que rarement une appréciation objective de l'état de santé et ne permettent par conséquent presque jamais de trancher le droit aux prestations d'assurance, faute de respecter les réquisits jurisprudentiels en la matière (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5 ; TF 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2). En outre, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute et en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, à prendre parti pour celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc ; TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 4.2.1 ; 9C_121/2014 du 3 septembre 2014, consid. 3.3.3)

E. 5.6

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

E. 6

Il est en l'espèce établi et non contesté que l'assurée remplit les conditions de cotisation, en ce sens qu'elle a cotisé plus de trois ans à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité suisse. Par ailleurs, dans le contexte des art. 87 RAI et 17 LPGA, il faut admettre que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée et que l'état de santé de celle-ci s'est modifié depuis la décision de novembre 2014, qui ne tient pas compte des atteintes aux genoux dont l'apparition a précisément justifiée le dépôt de la nouvelle demande (OAIE pce 73). Cela étant, demeurent essentiellement litigieuses les circonstances retenues par l'autorité inférieure pour évaluer le degré d'invalidité de l'assurée.

E. 6.1

Par un premier grief, la recourante reproche à l'OAIE d'avoir constaté les faits de façon inexacte en évaluant sa capacité de travail sans prendre en compte la globalité de ses symptômes et sans se référer à des analyses quelconques.

E. 6.1.1

On doit donner raison à la recourante. En effet, comme l'explique l'autorité inférieure dans sa réponse au recours, la décision attaquée, lorsqu'elle reconnaît à l'assurée une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se fonde principalement sur la prise de position du Dr J. _____ du 23 décembre 2017 (OAIE pce 24). Or, plutôt que de fournir une appréciation circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée, le médecin-traitant se borne dans ce rapport à répondre de façon brève et sommaire à quelques questions formulées par l'office AI cantonale. A aucun moment en particulier le Dr J. _____ n'énumère les plaintes de sa patiente, ne dresse son anamnèse ou ne motive les observations qu'il formule. Retenant comme diagnostic uniquement une chondropathie rotulienne bilatérale et s'interrogeant expressément quant à l'existence d'autres pathologies, notamment au niveau du rachis lombaire, le spécialiste en orthopédie a par ailleurs manifestement concentré son analyse sur les atteintes que présente l'assurée au niveau de ses genoux, pour lesquelles seulement il semble avoir été mandaté (OAIE pces 40, 48 et 73). En cela, le rapport du Dr J. _____ du 23 décembre 2017 ne restitue pas une pleine connaissance du dossier et ne prend effectivement pas en compte tout le tableau clinique de l'assurée. Faute de remplir les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents (consid. 5.5 ci-avant), ce rapport ne saurait dès lors suffire à établir le profil d'exigibilité médico-théorique de l'assurée, quoiqu'en pense l'autorité inférieure.

E. 6.1.2

Il y a d'autant moins de raisons de se fonder sur les conclusions du Dr J. _____ qu'elles se mettent en porte-à-faux avec celles du Dr C. _____, qui reconnaît à l'assurée uniquement une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (OAIE pces 26 et 29). Vu les atteintes documentées au moyen des examens diagnostics réalisés - dont les résultats évoquent semble-t-il une discrépance entre les plaintes de l'assurée et ses atteintes organiques (OAIE pce 26 p. 95 et 96) -, l'évaluation de ce dernier médecin peine certes à convaincre. On ne saurait pour autant en faire abstraction, surtout qu'un trouble somatoforme susceptible d'avoir évolué a été diagnostiqué chez l'assurée en 2014 (expertise du Dr E. _____, OAIE pce 116 ; s'agissant de la jurisprudence en la matière, cf. ATF 141 V 281). Quoiqu'il en soit, tant le Dr J. _____ que le Dr C. _____ - à savoir les seuls médecins consultés sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée - ont assumé envers celle-ci un mandat thérapeutique. Or, à s'en tenir à la casuistique en matière d'assurances sociales, la constatation d'une incapacité de travail doit se fonder sur une appréciation médicale spécialisée, un rapport succinct du médecin traitant ne suffisant en général pas (consid. 5.5 ci-dessus).

E. 6.2

En définitive, faute de disposer d'un rapport médical probant sur les circonstances médicales pertinentes pour l'examen du degré d'invalidité, il n'est à ce stade pas possible de se prononcer sur le droit aux prestations ligueuses.

E. 6.3

Par conséquent, le dossier doit être complété par la mise en oeuvre d'une instruction visant à établir la capacité résiduelle de travail de l'assurée eu égard à l'ensemble de ses atteintes à la

santé. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente. Pour déterminer les circonstances médicales pertinentes, celle-ci s'est en effet contentée de renvoyer à une prise de position succincte du médecin traitant de l'assurée, sans même soumettre le cas à ses médecins-conseils. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4.). Cela étant, il s'agira pour l'autorité inférieure - cas échéant moyennant le concours de l'office AI cantonal (art. 40 ss RAI) - d'établir derechef la capacité médico-théorique de l'assurée en mettant en oeuvre, en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004, une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant les volets de médecine interne, de rhumatologie, d'orthopédie et de tout autre discipline jugée nécessaire par les experts (ATF 139 V 349 consid. 3.2).

E. 7

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 28 août 2018 est fondé et doit être admis sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner les autres griefs de la recourante. Aussi la cause est-elle renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 8.1

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versée sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt (TAF pces 3 et 4).

E. 8.2

Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, la recourante a interjeté recours par l'association d'appuis à la communauté portugaise, qui a rédigé deux écritures sommaires. A ce titre, il se justifie de lui accorder une indemnité de dépens ex aequo et bono de Fr. 800.- non soumise à la TVA (art. 1er et 8 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [RS 641.20 ; LTVA]) à charge de l'autorité inférieure. (le dispositif se trouve à la page suivante)

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