

BVGer C-6050/2012 vom 9. Dezember 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6050_2012

FR: TAF C-6050/2012 du 9 décembre 2013

IT: TAF C-6050/2012 del 9 dicembre 2013

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), 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

Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, 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 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 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

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

E. 2

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit définir les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 130 V 503, 125 V 413).

E. 3.1

En l'espèce, A. _____ est citoyenne d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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 applicable.

E. 3.2

Selon l'art. 1er al. 1 ALCP, en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1er avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

E. 3.3

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique - tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) - bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

E. 3.4

Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.5

De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). 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 (art. 46 par. 3 du règlement (CEE) n° 883/2004).

E. 4

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (pro rata

temporis; cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les réf. cit.). Les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont dès lors applicables dans le cas d'espèce.

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse [FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71]). Or, en l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

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 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. La notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Selon une 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. 6.2

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al.1 LAI). Concrètement, le Tribunal peut ainsi se limiter à examiner si la recourante remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 8 mars 2012 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 18 octobre 2012, 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. 2.1 avec les réf).

E. 7.1

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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. 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 les références).

E. 7.2

En outre, afin que soient vérifiées les conditions médicales du droit aux prestations, l'Office AI soumet les pièces nécessaires au service médical régional compétent (art. 69 al. 4 et art. 49 al. 1 RAI), lequel remet à l'Office AI un rapport écrit. Un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. Il ne se fonde pas sur des examens médicaux effectués par le service médical régional lui-même, bien que l'art. 49 al. 2 RAI prévoie de tels examens au besoin, mais contient 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. Ce rapport a de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 7.3

Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié 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 réf. cit.).

E. 8.1

A titre préliminaire, le Tribunal relève que la recourante se plaint d'un défaut de motivation de la décision litigieuse, faisant valoir qu'il ne ressort aucunement de la décision litigieuse quelles activités sont encore exigibles de sa part et sur quelle base il ne lui est reconnu aucune invalidité. Ceci revient à invoquer une violation du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Or, en raison du caractère formel de ce droit - dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (Andreas Auer/ Giorgio Malinverni/ Michel Hottelier, *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n. 1346; ATF 134 V 97) -, il convient d'examiner ce grief en premier lieu.

E. 8.2

S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision (cf. les articles 35 PA, 42 LPGA et 52 al. 2 LPGA), le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que 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 (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 124 V 180 consid. 1a, ATF 123 I 31 consid. 2c). Elle n'a toutefois 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 (ATF 126 I 97 consid. 2b, ATF 121 I 54 consid. 2c).

E. 8.3

En l'espèce, le Tribunal remarque que l'autorité inférieure se limite effectivement, tant dans le projet de décision que dans la décision sujette à recours, à indiquer que l'assurée ne présente pas d'invalidité au sens du droit suisse, l'exercice d'une activité lucrative étant toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente, sans mentionner pour quelles raisons et quelles activités sont encore exigibles de la part de l'assurée. Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que l'assurée ait eu connaissance des prises de position du service médical de l'OAIE des 10 juillet et 11 octobre 2012 (pces 27 et 33). Cependant, selon la jurisprudence, une éventuelle violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, peut exceptionnellement être considérée comme réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (Arrêt du TF du 26 juillet 2011, 9C_971/2011 consid. 3.1; ATF 129 I 129 et les références citées; Ulrich Häfelin / Georg Müller / Felix Uhlmann, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 5e éd., Zurich/Bâle/Genève 2006, n. 1711; Andreas Auer / Giorgio Malinverni / Michel Hottelier, *Droit constitutionnel suisse*, vol. II, Les droits fondamentaux, 2e éd., Berne 2006, n 1347 ss).

E. 8.4

Or, durant la procédure de recours, l'OAIE a clairement fait état des raisons l'ayant conduit à rejeter la demande de prestations de l'assurée (cf. la réponse du 23 janvier 2013 et les observations de l'OAIE du 14 août 2013; TAF pces 3 et 23) et celle-ci a eu connaissance de la prise de position du 24 mai 2013 du service médical de l'OAIE (pce 37) et a eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet (cf. les observations du 16 juillet 2013 de la recourante; TAF pce 21). Enfin, il sied de noter au surplus qu'un renvoi de la cause à l'instance inférieure pour des motifs d'ordre formel peut être exclu, par économie de procédure, même en cas de

violation grave du droit d'être entendu, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est pas, notamment, dans l'intérêt de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6355/2009 consid. 4.3.1 du 4 mars 2010). Il y a lieu dès lors de considérer que le vice invoqué est réparé en l'espèce et de renoncer au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure en raison de ce vice.

E. 9.1

La recourante invoque être en incapacité totale de travail depuis l'année 2011 en raison d'une dépression nerveuse majeure et d'une incontinence fécale existant depuis 1999 des suites d'un cancer du rectum. A. _____ présente des rapports médicaux de ses médecins traitant faisant état d'une aggravation de ses symptômes somatiques et psychiques entraînant une incapacité de travail depuis l'année 2011 (TAF pces 1 et 13). Sont également mentionnées des douleurs au niveau de la colonne lombaire et cervicale, ainsi qu'une tendinite calcifiante de l'épaule droite (cf. les résultats radiologiques du 9 juin 2011; pces 19 et 20).

E. 9.2

Reconnue comme invalide au Portugal depuis le 9 août 2011 (pce 18), la recourante invoque implicitement avoir pu, malgré sa dépression et son incontinence fécale, continuer son activité de femme de ménage auprès de son employeur de par l'allègement de ses tâches en accord avec celui-ci depuis l'année 2000 (cf. le questionnaire pour l'employeur du 10 mai 2012; pce 17). Toutefois, en raison de l'aggravation de son état clinique, l'assurée, sous antidépresseurs et anxiolytiques, argue ne plus pouvoir effectuer aucune activité professionnelle, indiquant devoir se rendre plus de 10 fois par jour aux toilettes en raison de diarrhées incontrôlables. Elle verse en cause plusieurs rapports médicaux de son médecin traitant, la Dresse C. _____ (cf. les rapports médicaux des 10 mai 2011, 13 juillet 2011 et 13 janvier 2012; pces 21, 22 et 24). Dans le cadre de la procédure de recours, la recourante produit encore à l'appui de ses allégations un rapport médical du 12 février 2013 du Dr G. _____ faisant état d'une aggravation de son état clinique depuis 2011 et un rapport du 12 mars 2013 du Dr H. _____ faisant état d'une hospitalisation d'une dizaine de jours pour épisode dépressif avec intoxication médicamenteuse (TAF pce 13).

E. 9.3

Quant à l'OAIE, se référant aux prises de position de son service médical (pces 27, 33 et 37) et au formulaire E 213 du 26 janvier 2012 (pce 23), il retient que l'assurée n'a pas rendu plausible une incapacité de travail quelconque, considérant d'une part que son incontinence fécale, intervenue en 1999, ne l'a pas empêché de travailler durant de nombreuses années et, d'autre part, que son état dépressif n'a pas été diagnostiqué par un spécialiste et n'a jamais été traité. L'aggravation invoquée n'étant pas documentée et la tendinite de l'épaule droite diagnostiquée en juillet 2011 n'étant pas mentionnée dans le formulaire E 213, l'OAIE retient que l'assurée est toujours apte à exercer son activité habituelle de femme de ménage excluant toute invalidité ou incapacité.

E. 10

En l'espèce, il est admis que A. _____ souffre d'incontinence fécale des suites d'une néoplasie opérée en 1999, de symptômes anxio-dépressifs et d'une tendinite de l'épaule droite (cf. les pces 19 à 24). S'agissant de la gravité des symptômes et de l'évolution des atteintes somatiques et psychiques de la recourante, ainsi que de l'influence de celles-ci sur

sa capacité de travail, le Dr F. _____ du service médical de l'OAIE s'écarte toutefois de l'appréciation des médecins traitants de l'assurée, considérant que celle-ci peut encore travailler sans limitations dans son activité habituelle, alors que les médecins traitant livrent une appréciation diamétralement opposée. S'agissant de la reconnaissance d'une invalidité, le médecin de l'OAIE écarte une à une les atteintes à la santé de l'intéressée, au motif qu'elles ne sont pas documentées, ne ressortent pas du formulaire E 213 ou ne sont pas plausibles car émanant de médecins non spécialisés.

E. 11.1

A cet égard, le Tribunal rappelle que, conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). En effet, la procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

E. 11.2

Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). L'art. 69 RAI prescrit à cet égard que l'Office AI 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 (cf. supra consid. 7).

E. 11.3

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office AI estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en oeuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas. 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 certains 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, 2e éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

E. 11.4

D'autre part, les parties, particulièrement dans le domaine des assurances sociales, ont le devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire, ce qui les oblige à apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Ainsi, s'il appartient à l'autorité d'établir elle-même les faits

pertinents dans la mesure où l'exige la correcte application de la loi, c'est avec le concours des parties intéressées qu'elle s'y emploie, celles-ci ayant l'obligation d'apporter toute preuve utile ou du moins tout élément de preuve propre à fonder ses allégations (art. 13 et art. 19 PA en relation avec art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF, RS 273]; ATF 117 V 261, ATF 116 V 23, ATF 115 V 133 consid. 8a et les références citées, ATF 114 Ia 114 p. 127).

E. 12.1

Dans la présente cause, il apparaît au Tribunal que les pièces au dossier sont peu nombreuses et manquent de précisions quant à l'évolution des atteintes de l'assurée s'agissant de l'aggravation décrite depuis 2011 et ayant conduit les autorités portugaises à lui octroyer une pension d'invalidité. Premièrement, les rapports des médecins traitants ne sont pas suffisamment détaillés et documentés s'agissant de l'aggravation de l'état clinique de l'assurée et ne permettent pas de comprendre les raisons médicales ayant poussé les médecins à la déclarer incapable de travailler en tant que femme de ménage, alors que ses principales atteintes à la santé existaient déjà depuis 1999. Deuxièmement, le formulaire E 213 est incomplet et imprécis. En effet, d'une part, le Dr E. _____ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ou la capacité de travail de l'assurée et, d'autre part, il ne précise aucunement l'intensité du trouble anxio-dépressif de l'assurée ou de l'incontinence fécale de l'intéressée.

E. 12.2

Dès lors, le Dr F. _____ de l'OAIE n'ayant pas examiné lui-même l'assurée et n'ayant à sa disposition que des rapports médicaux incomplets auxquels on ne saurait accorder la valeur probante nécessaire au sens de la jurisprudence (cf. supra consid. 7), le Tribunal constate que l'état de fait n'est pas suffisamment instruit dans la présente cause et qu'une appréciation globale de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle ou dans des activités adaptées apparaît nécessaire dans la présente occurrence. En effet, le Tribunal souligne que le fait que les atteintes principales de l'assurée - dépression et incontinence fécale - existent apparemment depuis 1999 sans avoir empêché celle-ci de travailler en tant que femme de ménage grâce à un allègement des ses tâches en accord avec son employeur, n'exclut pas qu'une aggravation de ses symptômes ait pu entraîner une incapacité de travail dès l'année 2011.

E. 12.3

Par ailleurs, les documents versés en procédure de recours par A. _____ (TAF pce 13), malgré qu'ils relatent des faits postérieurs à la décision entreprise, tendent à confirmer l'avis de la Dresse C. _____, médecin traitant, laquelle décrit une dépression nerveuse majeure chez l'assurée (pces 21, 22 et 24), considérant qu'en mars 2013, soit 5 mois après la décision entreprise, l'assurée a été hospitalisée durant 10 jours pour un épisode dépressif avec faible surdose de médicaments. Par ailleurs, si celle-ci n'est pas suivie par un spécialiste en psychiatrie, le médecin en charge constate à sa sortie qu'un tel suivi serait bénéfique à l'assurée, au demeurant déjà sous traitement antidépresseur et anxiolytique.

E. 13.1

Ainsi, au vu des divergences qui subsistent quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée et des imprécisions quant à la gravité/intensité des atteintes somatiques et psychiques de l'assurée, le Tribunal ne saurait privilégier l'une ou l'autre de ces appréciations. Dès lors, il convient d'admettre partiellement le recours du 20 novembre

2012, d'annuler la décision du 18 octobre 2012 et de renvoyer la cause l'autorité inférieure, afin qu'elle complète l'instruction.

E. 13.2

Les rapports médicaux au dossier peu précis et incomplets ne présentant pas la valeur probante nécessaire pour permettre en l'état au service médical de l'OAIE d'établir clairement l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de A._____ dans son activité habituelle ou dans des activités de substitution, l'autorité intimée devra notamment, avant de se prononcer à nouveau, actualiser les rapports médicaux des médecins traitant, requérir un formulaire E 213 complet et ordonner une expertise multidisciplinaire en Suisse contenant un volet psychiatrique et somatique.

E. 13.3

Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, en raison de l'importance des lacunes constatées, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'OAIE, afin qu'elle procède aux mesures d'instruction précitée ou à tout autre examen nécessaire à la clarification de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée.

E. 14.1

Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). La recourante, au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (cf. la décision incidente du 26 mars 2013 du Tribunal; TAF pce 10) et ayant eu partiellement gain de cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 2 PA, applicable par le renvoi de l'art. 37 LTAF). Par ailleurs, conformément au chiffre 2 de la décision incidente précitée, l'avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-- versée malgré tout par la recourante (TAF pce 8), lui a été remboursée le 15 mai 2013.

E. 14.2

Selon les art. 64 al.1 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) - applicable en l'espèce en vertu de l'art. 53 al. 2 in fine LTAF - la partie ayant obtenu gain de cause obtient une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. 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. La recourante ayant agi en étant représenté par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens fixée à Fr. 2'800.-- (TVA comprise), à charge de l'OAIE, eu égard au travail accompli par son représentant en instance de recours.

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