

BVGer C-7190/2013 vom 6. Januar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7190_2013

FR: TAF C-7190/2013 du 6 janvier 2016

IT: TAF C-7190/2013 del 6 gennaio 2016

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF, 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 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

Conformément à 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à 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 s'agissant de A._____, destinataire de la décision dont est recours.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi et l'avance de frais ayant été versée dans les délais, il est entré en matière sur le fond du recours (TAF pces 6 à 8).

E. 2

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, p. 25 n°155, Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi,

Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3e éd., 2013, n°154 ss).

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 n°987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 (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 d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

E. 3.5

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 129 V 4 consid. 1.2). Sont ainsi applicables au niveau interne suisse, les dispositions de la 6ème révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4.1

A._____, salariée à temps partiel en Espagne depuis le mois de novembre 2004 (pce 9), a travaillé en dernier lieu du 7 août 2009 au 21 juillet 2012 dans un hypermarché espagnol à raison de 26 heures par semaine jusqu'à la fermeture de celui-ci le 21 juillet 2012. Suite à un

accident de voiture survenu le 14 janvier 2011, les troubles cervicaux et lombaires de l'intéressée présents depuis 2008 se sont aggravés et une fibromyalgie est alors évoquée pour la première fois. En outre, selon son dernier employeur, A._____ a subi durant les dernières années d'assez longues périodes d'incapacité, soit de juillet 2010 à octobre 2010, puis de janvier 2011 à mai 2012 (cf. le questionnaire pour l'employeur ; pce 25 pp. 6 s.). Peu après la fermeture du site où elle travaillait, l'intéressée dépose le 5 septembre 2012 une demande de prestations d'invalidité en Suisse (pce 6).

E. 4.2

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; articles 6 et 45 du règlement n°883/2004]). Or, en l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (cf. supra let. A) 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. 4.3

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 5 mars 2013 (six mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 13 septembre 2013, 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. 5.1

Aux termes de l'art. 28 al. 2 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. Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

E. 5.2

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit qu' un assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas 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 finalement, si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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).

E. 6.2

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.

E. 6.3

Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 27 RAI précise que par travaux habituels des assurés 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.

E. 6.4

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). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident et non la maladie en tant que telle.

E. 7.1

S'agissant des troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgiques, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ces troubles sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

E. 7.2

Depuis 2004 - respectivement 2006 concernant la fibromyalgie - la jurisprudence du Tribunal fédéral a posé la présomption selon laquelle ces troubles ainsi que d'autres troubles psychosomatiques similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible et n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de la capacité de travail de longue durée pouvant conduire à une invalidité. Ce n'était que dans des cas exceptionnels, lorsque la personne assurée présentait une comorbidité psychiatrique importante et si, de surcroît, elle remplissait certains critères définis (appelés critères de

Foerster), qu'il était admis que l'assuré était incapable de fournir cet effort de volonté nécessaire à surmonter sa maladie et qu'elle pouvait être considérée comme invalide (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 et 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 7.3

Récemment, le Tribunal fédéral, dans un arrêt de principe publié aux ATF 141 V 281, a modifié sa pratique, tenant compte des expériences accumulées depuis plus de onze ans ainsi que des critiques formulées à l'encontre de cette jurisprudence. Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt). La Haute Cour a entre autres considéré que cette présomption soutient la conception selon laquelle celle-ci était indivisible et que seule une incapacité de travail totale pouvait en résulter (consid. 3.4.2.2). Le Tribunal a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant (consid. 4.1.1 et 4.3.1.1). Dorénavant, la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une atteinte psychosomatique semblable (cf. consid. 4.2 de l'arrêt) doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement de faits structurée et normative, permettant de mettre en lumière les facteurs incapacitants d'une part et les ressources de la personne d'autre part (consid. 3.5 et 3.6 de l'arrêt).

E. 7.4

Le Tribunal fédéral décrit les indicateurs standards de l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques répartis en deux catégories, de la manière suivante (cf. consid. 4.1.3) : A. Catégorie "degré de gravité fonctionnel" a. Complexe "atteinte à la santé" i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe "personnalité" diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe "contexte social" B. Catégorie "cohérence" (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Par ailleurs, le Tribunal fédéral considère que la catégorie "degré de gravité fonctionnel" forme la base de l'examen. Ses conclusions devront ensuite résister à l'examen de la catégorie "cohérence" (consid. 4.3 de l'arrêt). Il rappelle qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret et que ce catalogue d'indicateurs n'a pas la fonction d'une simple check-list. Il considère aussi que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques (consid. 4.1.1 de l'arrêt).

E. 7.5

Le Tribunal fédéral explique qu'eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les tâches de sa vie quotidienne (répercussions fonctionnelles). La phase diagnostic, à la base de l'examen (consid. 2 et 6), devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré d'une certaine gravité (consid. 4.3.1.1 de l'arrêt). Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique (consid. 4.3.1.2). Il sied également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont

dispose la personne concernée, au vu en particulier de sa personnalité et du contexte social dans lequel elle évolue (consid. 4.3.2 et 4.3.3). Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (consid. 4.4 à 4.4.2 ; cf. communiqué aux médias du Tribunal fédéral du 17 juin 2015).

E. 7.6

La Haute Cour souligne que la nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA selon lequel il ne saurait avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De même, la nouvelle pratique n'influe pas sur la nécessité d'une preuve objective. Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes, sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi (consid. 3.7.1). Par conséquent, le Tribunal confirme qu'il faut partir du principe que la personne assurée souffrant d'une atteinte psychosomatique est valide (consid. 3.7.2). Dans une affaire ultérieure 9C_899/2014 du 29 juin 2015, le Tribunal fédéral spécifie que d'un point de vue médical, il sied de dûment motiver pour quelles raisons les limitations fonctionnelles constatées justifient une limitation de la capacité de travail tenant compte de l'effort de volonté objectivement exigible, déterminé au moyen des indicateurs standards définis (consid. 3.2 de cet arrêt). Enfin, afin qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, que les limitations fonctionnelles d'un substrat médical établi, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soient mises en évidence, d'une manière concluante et libre de contradiction, au moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Cas échéant, la personne assurée supporte les conséquences du défaut de la preuve (cf. ATF 141 V 281 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2014 consid. 3.2).

E. 8.1

Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus).

E. 8.2

S'agissant d'assurés n'exerçant pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans leur santé, l'invalidité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI), telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Dans un tel cas de figure, l'assuré a l'obligation de réduire le dommage et doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité, en aménageant judicieusement son temps de travail et en recourant à l'aide de ses proches dans une mesure raisonnable notamment pour les travaux les plus lourds (ATF 130 V 97 consid. 3.2; Michel Valterio, op cit., n° 2156 et les réf.).

E. 8.3

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il s'agit pour l'administration de déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels. Le taux d'invalidité est alors calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI méthode mixte).

E. 8.4

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il y a lieu ainsi d'examiner, en se plaçant au moment de l'examen du droit à la rente, si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (situation financière du ménage, éducation des enfants, âge, qualifications professionnelles, formation, affinités et talents personnels de l'assuré; art. 27bis RAI; ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du TF I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

E. 8.5

Ainsi, si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (méthodes générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte; art. 28a al. 3 RAI; sur la conformité au droit de cette méthode, arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011; ATF 125 V 146). Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF 133 V 504 consid. 4.2; Michel Valterio, op. cit., n° 2175).

E. 8.6

En l'espèce, s'agissant du statut de la recourante, on relève que l'administration a estimé que la méthode mixte devait être appliquée lors de la comparaison des revenus (pce 45). Le Tribunal de céans ne voit aucune raison pertinente de remettre en question ce choix, qui n'est au demeurant pas contesté par l'intéressée. En effet, il appert que celle-ci travaillait avant la survenance de ses atteintes à la santé comme employée dans un hypermarché à raison de 26 heures par semaine et tenait son propre ménage le reste du temps. Or, étant donné que l'assurée a travaillé à temps partiel en Espagne depuis l'année 2004 et que ses enfants sont encore adolescents, il apparaît au Tribunal que l'assurée aurait sans atteinte à la santé continué à travailler à temps partiel.

E. 9.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, 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., 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que celui-ci définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; Pierre Moor, *op. cit.*, vol. II, ch. 2.2.6.5).

E. 9.2

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). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

E. 9.3

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 importants 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 351 consid. 3a et les réf.).

E. 9.4

La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête ménagère menée sur place (art. 69 RAI) par une personne qualifiée laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). 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 (Valtério, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)*, 2011, n°2165). Bien qu'une telle enquête ne soit en principe pas réalisée auprès des assurés résidant à l'étranger, l'appréciation de l'incapacité de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels doit néanmoins se fonder, dans la mesure du possible, sur des principes analogues.

E. 9.5

En raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels peut être effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié. Encore faut-il que celui-ci se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'assuré. Son résultat aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à

la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagère (VALTÉRIO, op. cit., n°2159 et 2160 et les réf. citées). 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. 10.1

La recourante argue présenter des limitations fonctionnelles limitant sa capacité de travail et sa capacité à tenir le ménage familial (cf. notamment le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 10 octobre 2012 [pce 25 pp. 8 à 11]. Elle invoque souffrir de troubles lombaires et cervicaux depuis 2008 (arthrose et discopathies), qui se sont aggravés après un accident de voiture en janvier 2011. Elle se plaint de douleurs résiduelles généralisées de type fibromyalgique accompagnées d'un trouble anxieux réactionnel. La recourante estime avoir droit à l'octroi d'une rente entière ou au moins d'un quart de rente d'invalidité, considérant que certains jours elle arrive à peine à se lever et qu'elle présente un trouble dépressif nécessitant un suivi médicamenteux (pces 6, 10 et 53 ; TAF pce 1 et 8). Elle se base principalement sur un rapport du 16 avril 2013 établi par la Dresse H. _____ (pce 48), lequel évoque un trouble anxieux réactionnel traité par antidépresseurs depuis une année.

E. 10.2

Après examen des pièces médicales au dossier, le service médical de l'OAIE, par le biais du Dr G. _____ (médecin généraliste) et du Dr I. _____ (psychiatre), estime toutefois que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail dans son activité habituelle, les limitations fonctionnelles décrites par le médecin de l'INSS étant compatibles avec des activités moyennement lourdes exigées dans la profession exercée jusqu'ici à temps partiel (pces 46, 55 et 57). Les médecins de l'administration décrivent en outre le trouble anxieux réactionnel comme non cristallisé et comme ne remplissant pas les conditions permettant de retenir une comorbidité psychiatrique nécessaire à la reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux. Ainsi, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité déposée par A. _____.

E. 11.1

En l'occurrence, il est admis par les différents médecins ayant examiné A. _____ qu'elle présente une fibromyalgie et un syndrome anxio-dépressif avec trouble anxieux réactionnel (cf. les rapports rhumatologiques des 21 février 2011 et 8 mars 2012 du Dr C. _____ [pces 15 et 17]). Celle-ci souffre également de cervicalgies et lombalgies chroniques ayant débutées en 2001 (pce 36 à 40). Il est notamment attesté par examens radiologiques et IRM effectués en 2008 et 2009 que celle-ci présente une ostéo-arthrose débutante de L2-L3 à L5-S1 et des hernies discales en C5-C6 et C6-C7 (pces 12 et 28), lesquelles, en janvier 2011, sont décrites comme des altérations spondylotiques d'intensité sévère en C5-C6 et C6-C7 et des discopathies en L5-S1 (pces 14, 15, 16, 17 et 26).

E. 11.2

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le seul médecin ayant pris position après un examen de l'intéressée et prise de connaissance des différents examens déjà réalisés est le médecin de l'INSS, la Dresse F. _____, dont on ignore la spécialité. Dans un

formulaire E 213 du 25 septembre 2012 (pce 10), la doctoresse après avoir entendu les plaintes de A._____ et effectué une anamnèse, décrit un état psychique euthymique, des points fibromyalgiques douloureux 18/18 et une mobilité conservée au niveau de la colonne lombaire et cervicale. Elle constate que l'intéressée souffre de douleurs articulaires avec fonctionnalité conservée au niveau axial et périphérique et diagnostique une arthrose cervicale et lombaire avec discopathies dégénératives, une fibromyalgie, un trouble de l'adaptation, ainsi qu'une ostéite iliaque et pubienne. La doctoresse considère ainsi que la recourante est apte à exercer son ancienne activité ou toute activité ne nécessitant pas d'efforts intenses mentaux et physiques, n'impliquant pas de surcharge du tronc axial.

E. 11.3

Le Tribunal constate au vu des pièces que l'OAIE n'a pas procédé à une expertise rhumatologique qui est pourtant à la base du diagnostic de fibromyalgie retenu en l'occurrence (cf. jurisprudence citée sous consid. 7.1 ci-dessus). L'examen par le médecin de l'INSS, dont la spécialité médicale est d'ailleurs inconnue, ne contient pas un tel examen, ce médecin note simplement que l'assurée dit souffrir des 18 points de fibromyalgie (pce 10 p. 5). Le seul rapport rhumatologique au dossier est succinct et le spécialiste ne prend pas position sur les limitations fonctionnelles de la recourante ou sur sa capacité de travail (cf. le rapport médical du 8 mars 2012 établi par le Dr C._____ [pce15]). Ainsi, les rapports médicaux étant insuffisants dans la présente affaire, on ne saurait leur accorder la valeur probante requise par la jurisprudence fédérale en matière de preuve s'agissant d'un cas de fibromyalgie. Ils ne permettent pas non plus une appréciation convaincante de la situation de la recourante selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 7).

E. 12.1

Afin de déterminer le degré d'invalidité de la recourante, l'administration devait en l'espèce appliquer la méthode mixte comme évoqué plus haut sous consid. 8. A cet égard, le Tribunal souligne que l'autorité inférieure n'a pas instruit suffisamment la cause, afin d'appliquer correctement la méthode mixte d'évaluation du degré d'invalidité.

E. 12.2

Dans le cadre de la méthode mixte, s'agissant du calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente, il sied de se fonder, selon la jurisprudence fédérale, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97; cf. la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], au 1er janvier 2013, chiffre marginal n°2019.1). En effet, le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4).

E. 12.3

La recourante et son ancien employeur indiquent qu'elle a effectué 26 heures par semaines durant plusieurs années un travail salarié consistant à gérer les rayons d'un hypermarché espagnol. Suite à son accident le 14 janvier 2011, celle-ci était en incapacité de travail jusqu'au 4 mai 2012 et peu après la fermeture définitive de l'hypermarché le 21 juillet 2012, la recourante a déposé une demande de rente d'invalidité en Suisse. Vraisemblablement, sans atteinte à la santé, la recourante aurait repris une activité à temps partiel au même taux (cf. supra consid. 8.6).

E. 12.4

La part, sur l'ensemble des tâches, de l'activité lucrative s'obtient en comparant la durée de travail que la personne handicapée accomplirait sans invalidité avec la durée de travail totale usuelle dans la profession concernée. La différence constitue la part du travail ménager. On ne peut pas tenir compte de la durée effective du travail ménager et professionnel (CIIAI, n°3100 et les réf. citées). Le taux d'invalidité peut être établi seulement une fois que la part des activités et le handicap dans les deux domaines ont été déterminés.

E. 12.5

Selon le chiffre marginal 3101 CIIAI, le taux d'invalidité, en cas d'application de la méthode mixte, se détermine à l'aide de la formule suivante: " $([E \times IE] + [(EZ - E) \times H]) : EZ =$ taux d'invalidité". Dans cette formule, l'abréviation "E" correspond au travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine; "IE" se rapporte au handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative en pourcent; "EZ" vaut pour la durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine, et "H" concerne le handicap rencontré dans le ménage en pourcent.

E. 12.6

En l'espèce, l'OAIE n'a, d'une part, pas établi la part des activités de la recourante dédiée au travail et celle dédiée au ménage, en se basant sur la durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée. D'autre part, elle n'a pas effectué le calcul du degré d'invalidité de la recourante selon la méthode mixte. En effet, les médecins de l'administration ne prennent à aucun moment position sur la capacité de la recourante à effectuer les tâches ménagères, ni se réfèrent au questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage rempli le 10 décembre 2012 (pce 25 pp. 8 à 11), indiquant pourtant des limitations pour de nombreuses tâches.

E. 12.7

L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement qu'ils rencontrent à accomplir leurs travaux habituels. L'OFAS a publié à cet égard des instructions détaillées dans la CIIAI (s'agissant des assurés qui s'occupent du ménage: chiffres marginaux 3084 à 3089), jugées conformes à la loi par le Tribunal fédéral (RCC 1986 p. 244). Ainsi, les activités des assurés qui s'occupent du ménage ont été réparties en sept domaines, chacun représentant une part inégale de l'ensemble des travaux liés au ménage, dont l'importance devra être déterminée, selon les circonstances du cas particulier, en attribuant à chaque domaine un pourcentage compris dans une fourchette prédéterminée (CIIAI chiffre marginal 3086 s.), le total de ces pourcentages devant toujours se monter à 100% (Pratique VSI 6/1997 p. 298). Une fois établie l'importance de chaque domaine, on déterminera la limitation conditionnée par l'état de santé dans les différents domaines partiels et on en tirera finalement le degré d'invalidité.

E. 12.8

Or, le Tribunal ne saurait se substituer au médecin pour établir l'incapacité dans le ménage d'un assuré selon ses limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 9.5). Le médecin doit se déterminer de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par l'assuré, puis l'administration (et en cas de recours le juge) doivent se déterminer à la lumière des

conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (VALTÉRIO, op. cit., n°2159 et 2160 et les réf. citées). 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). Par ailleurs, le fait que la recourante soit reconnue apte à travailler dans un hypermarché malgré ses limitations fonctionnelles ne signifie pas automatiquement que cela sera de même dans la tenue de son ménage.

E. 13.1

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. 13.2

Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il est dans le cas concret justifié, en raison de la particularité 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'il entreprenne une expertise pluridisciplinaire contenant au minimum un volet orthopédique, psychiatrique et rhumatologique. En effet, le dossier ne contenant aucune expertise répondant aux exigences jurisprudentielles, l'OAIE devra reprendre l'instruction médicale ; il lui appartiendra de décider de l'opportunité de demander préalablement des rapports complémentaires. L'autorité inférieure devra également établir la part des activités de la recourante dédiée au travail et celle dédiée au ménage et procéder à une évaluation du degré d'invalidité de la recourante selon la méthode décrite supra sous consid. 12. Finalement, l'OAIE prendra une nouvelle décision basée sur le taux d'invalidité obtenu selon la méthode mixte.

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). Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA et art. 3 ss FITAF [RS 173.320.2]). L'avance de frais versée par la recourante (TAF pces 4 à 7), d'un montant de Fr. 400.--, lui sera ainsi restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 14.2

Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 FITAF permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant entièrement obtenu gain de cause 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. En l'espèce, compte tenu du travail accompli par le représentant de la recourante, à savoir la rédaction d'un recours de quatre pages, accompagné de cinq documents déjà au dossier (TAF pce 1) et une réplique de quatre pages, superposable au mémoire de recours, accompagnée de cinq pièces déjà au dossier, il se justifie de lui allouer une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'000.-- (sans TVA) à la charge de l'OAIE.

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