

BVGer C-7220/2010 vom 16. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7220_2010

FR: TAF C-7220/2010 du 16 mars 2012

IT: TAF C-7220/2010 del 16 marzo 2012

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal, 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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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.

E. 1.4

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (TAF pce 1), il est entré en matière sur le fond (art. 60 LPGA et 52 PA).

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, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.5, p. 265). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF 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*, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55; Alfred Kölz/ Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zurich 1998 n. 677).

E. 3.1

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1er juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 3.2

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. 3.3

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. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

E. 3.4

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 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

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 (ATF 136 V

24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont donc applicables à la présente cause, la demande de rente ayant été déposée en décembre 2009. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6e révision de la LAI (premier volet) en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée, soit jusqu'au 25 août 2010.

E. 5

Selon les normes applicables, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse: - être invalide au sens de la LPGA/LAI et - avoir versé des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total (art. 36 LAI), dont au moins une en Suisse, auprès d'une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (FF 2005 p. 4291; art. 45 du règlement 1408/71). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations AVS/AI de 1991 à 1999 (supra let. A), ainsi qu'en 2002 (cf. OAIE pce 6) et partant, remplit la condition liée à la durée minimale de cotisation. Il reste dès lors à examiner si elle peut être qualifiée d'invalide au sens de la LAI.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de travail équilibré, 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. 6.2

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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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. 6.3

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

E. 6.4

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).

E. 6.5

Concrètement, le Tribunal de céans peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 3 juin 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 25 août 2010, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

E. 7.1

La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé, en application de la méthode dite générale, avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché de travail équilibré. L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

E. 7.2

Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

E. 7.3

Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour

déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse; pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006, ATF 129 V 150 consid. 2.1 et les références citées).

E. 7.4

En l'espèce, l'autorité inférieure a retenu que l'éventuelle invalidité de l'assurée devait être déterminée selon la méthode spécifique. Elle peut être suivie sur ce point. Le Tribunal de céans constate en effet que la recourante a pu exercer son activité d'ouvrière en Suisse pendant presque 10 ans et a cessé dès le mois de janvier 2000 toute activité lucrative. Par la suite, elle s'est exclusivement consacrée à la tenue de son ménage et l'éducation de ses enfants. Bien que la recourante mentionne dans le questionnaire à l'assuré (OAIE pce 10) avoir cessé son activité professionnelle au début de l'année 2000 en raison de maladie, il ne ressort aucunement des rapports médicaux au dossier que celle-ci ait été déclarée en incapacité de travail à cette époque, ni qu'elle ait eu l'intention de reprendre une activité lucrative. Dès lors, l'autorité de céans considère que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi son activité ménagère et n'aurait pas repris d'activité lucrative, de sorte que son invalidité doit être évaluée dans le cadre de l'accomplissement des tâches domestiques, au moyen de la méthode spécifique.

E. 8.1

L'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité nécessite que l'on compare les activités qu'une personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exerçait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspondra alors à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

E. 8.2

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 (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Berne 2011, n°2165). Malgré 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, dans la mesure du possible, se fonder sur des principes analogues.

E. 8.3

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 (Valério, op. cit., n°2159 et 2160). 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. 8.4

Il convient de relever que selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.2 avec les références, ATF 117 V394 consid. 4b p. 400, ATF 115 V 38 consid. 3d, ATF 114 V 281 consid. 3, ATF 111 V 235 consid. 2a). Le fait que l'assuré ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'assurance-invalidité n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Ainsi, afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré qui s'occupe du ménage, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés; l'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches. Il sied de préciser à cet égard qu'une incapacité relevante ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé. Le fait que le devoir d'assistance mutuelle entre conjoints et entre parents et enfants ne soit pas réalisable ou exécutoire directement, pour autant qu'il soit fondé sur la bonne volonté et librement consenti, n'influe pas sur l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré travaillant dans le ménage. En effet, il faut considérer, dans le domaine du travail domestique, ce qui, dans une réalité sociale, est usuel et exigible, indépendamment du fait que l'assistance soit effectivement réalisable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). A noter que la jurisprudence rendue sur l'application de la méthode spécifique n'a pas été modifiée du fait de l'entrée en vigueur de la LPGA.

E. 9.1

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. 9.2

L'art. 69 RAI prévoit 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.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est notamment tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaire et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282).

E. 9.3

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.).

E. 10.1

En l'espèce, il est établi que la recourante souffre principalement de polyarthralgies sur troubles dégénératifs simples allant en s'aggravant depuis 1999, notamment de lombalgies, de discopathie dégénérative au niveau L4/L5, d'ostéochondrose en L4/L5, de spondylose vertébrale avec hernie discale en L2/L3 et en L4/L5. Par ailleurs, les différents médecins s'accordent également pour reconnaître à la recourante une arthrose modérée au niveau du coude gauche, des altérations dégénératives modérées des articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques, ainsi qu'une ténosynovite active de l'épaule droite, une tendinite au niveau de l'épaule gauche et une épicondylite du coude droit (OAIE pces 22a, 21, 24, 26, 30, 33, 34, 39, 44 et TAF pces 1). Par ailleurs, la recourante souffre de manière non invalidante d'un status après opération de syndrome du tunnel carpien à droite en 2000, d'un status après cholécystectomie en 2002 et après opération de varices en 2006 (OAIE pces 11, 17 et 20). Il ressort également que l'intéressée a été suivie pour dépression depuis 2003 par le Dr L._____ (OAIE pces 16 et 20) et traitée par antidépresseurs et somnifères. Au moment de la demande de rente, il n'est plus fait mention d'un suivi psychiatrique, toutefois, il ressort du rapport E 213 (OAIE pce 22a) que celle-ci présente une anxiété marquée traitée par voie médicamenteuse et une mauvaise orientation dans le temps et l'espace.

E. 10.2

Le Tribunal relève également qu'à plusieurs reprises, les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de fibromyalgie ont été évoqués, à savoir par le Dr F._____, rhumatologue, dans son rapport médical du 10 octobre 2001 (OAIE pce 13) et le Dr

H. _____, neurochirurgien, dans son rapport médical du 20 septembre 2002 (OAIE pce 16). Néanmoins, ce diagnostic n'a plus été mentionné depuis par les médecins consultés.

E. 11.1

S'agissant de l'influence de ces pathologies sur la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels, il ressort notamment du questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 19 février 2010 qu'elle reste capable de conduire, de préparer les repas et de faire la vaisselle (avec à disposition un lave-vaisselle). L'assurée réfère qu'elle recourt, pour l'entretien du ménage ou pour d'autres tâches, à l'aide des membres de sa famille à hauteur de 16 heures par semaine et qu'elle est incapable d'effectuer des travaux de nettoyage, ni de faire les courses, la lessive, ou encore de suspendre, de repasser et de raccommoder le linge. L'autorité de céans constate que les informations fournies par la recourante dans le questionnaire du 19 février 2010 sont crédibles au vu des pathologies dont elle souffre, de sorte qu'il convient d'en tenir compte. Toutefois, attendu qu'elles proviennent de l'assurée elle-même et non pas d'une personne extérieure chargée d'une enquête ménagère, il y a lieu d'examiner également sur la base de la documentation médicale versée au dossier dans quelle mesure l'assurée subit une diminution de sa capacité de travail dans l'accomplissement des tâches domestiques.

E. 11.2

Selon le rapport E 213 du 7 octobre 2009 (OAIE pce 22a), la recourante est capable d'exercer à temps complet des activités légères de substitution, bien qu'elle soit totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'ouvrière d'usine. Le médecin de l'INSS constate à l'examen clinique uniquement une limitation de la flexion antérieure du tronc et des palpations douloureuses, ainsi qu'une mobilité douloureuse du coude gauche, sans pour autant relever de difficulté à la marche ou aucunes autres limitations fonctionnelles. Eu égard à la capacité de travail résiduelle de la recourante, le Tribunal remarque que l'OAIE, ne retenant aucunes limitations fonctionnelles, considère l'intéressée totalement capable de tenir son ménage (OAIE pce 26), estimant que les limitations mentionnées par la recourante ne correspondent pas aux constatations cliniques ressortant du dossier, notamment du rapport E 213. Un rapport médical du 12 décembre 2006 de l'ancien médecin traitant de l'assurée, le Dr K. _____, est également cité par le médecin de l'OAIE (OAIE pce 20), toutefois, il sied de mentionner à ce propos qu'il n'est pas relevant, car par trop ancien et lacunaire.

E. 11.3

En outre, l'évaluation de la capacité de l'assurée à exercer ses tâches ménagères effectuée par le service médical de l'OAIE n'est nullement corroborée par les avis des médecins portugais s'étant exprimés en la matière. En effet, la recourante, avance être incapable d'effectuer ses tâches ménagères ou de travailler à plus de 66%. Elle mentionne devoir se déplacer avec des béquilles et produit plusieurs rapports médicaux attestant ses dires. Il ressort tout d'abord d'un rapport médical du 24 mai 2010 du Dr M. _____, médecin traitant généraliste, que l'état de santé de la recourante s'est aggravé au niveau ostéo-articulaire l'obligeant à se déplacer à l'aide de béquilles et l'empêchant de reprendre des activités domestiques (OAIE pce 39). Ensuite, selon un rapport médical du 22 février 2010 (OAIE pce 21), établi par ce même médecin, il apparaît que les multiples pathologies ostéo-articulaires dégénératives dont souffre la recourante se sont aggravées depuis environ trois ans et que la présence de lombalgies chroniques avec irradiation des membres

inférieurs provoque une difficulté à la marche aggravée par des coxalgies et des gonalgies bilatérales (cf. également les résultats de scintigraphie du 9 février 2009; TAF pce 1).

E. 11.4

Force est ainsi au Tribunal de constater des divergences significatives entre l'appréciation des médecins de l'OAIE, reprenant les conclusions du formulaire E 213 (OAIE pces 26, 44 et 47) et celle du médecin traitant de la recourante concernant ses limitations fonctionnelles et sa capacité à exercer ses tâches ménagères. Certes, selon la jurisprudence, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et la réf. cit.; Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). Toutefois, le Tribunal ne saurait sans autre méconnaître toute valeur probante aux rapports du Dr M. _____, indiquant une aggravation de l'état de santé de la recourante par rapport aux constatations antérieures du médecin de l'INSS dans son rapport E 213. Eu égard au fait que les constatations du médecin traitant rejoignent non seulement les déclarations de l'assurée révélant de graves difficultés à la marche (déplacement uniquement à l'aide de béquilles), mais sont également corroborées par les résultats de la scintigraphie effectuée le 9 février 2009.

E. 11.5

De plus, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie en grande partie, voire exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6 ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

E. 11.6

Dès lors, il apparaît que l'appréciation Drs N. _____ et D. _____, médecins non spécialisés, consistant à ne retenir aucunes limitations de la recourante dans l'exécution de ses tâches ménagères ne saurait sans autre être suivie par le Tribunal de céans (cf. supra consid. 8.3).

E. 12

Eu égard à tout ce qui précède, le Tribunal estime qu'une expertise rhumatologique et neurologique est nécessaire dans le cas d'espèce, afin de déterminer quelles sont les limitations fonctionnelles exactes de la recourante et dans quelle mesure celle-ci reste capable d'effectuer ses tâches ménagères. Par ailleurs au vu des diagnostics posés par les Drs F. _____ et H. _____ (cf. supra consid. 10), il sied également de clarifier si les troubles de la recourante peuvent être qualifiés de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie par une expertise psychiatrique. Dès lors, l'autorité inférieure ayant établi les faits de manière insuffisante dans la présente affaire, il se justifie, en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 219, consid. 4.4.1.4), de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire, afin qu'une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique soit effectuée, comportant entre autre une analyse détaillée des limitations fonctionnelles de la recourante, afin de déterminer sa capacité à exécuter ses activités ménagères conformément aux exigences jurisprudentielles.

E. 13

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 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). L'avance de frais de Fr. 400.--, versée le 24 février 2011, sera remboursée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt. L'art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permet cependant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'espèce, la recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas fait valoir de frais indispensables et relativement élevés, de sorte qu'il ne lui est pas attribué de dépens.

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