

BVGer C-7727/2015 vom 16. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7727_2015

FR: TAF C-7727/2015 du 16 août 2018

IT: TAF C-7727/2015 del 16 agosto 2018

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE. Les exceptions prévues à l'art. 32 LTAF ne sont pas réalisées en l'espèce.

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF, art. 3 let. dbis PA, art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

E. 1.3

La recourante a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA, art. 48 al. 1 PA).

E. 1.4

En outre, le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA, art. 50 al. 1 et 52 PA). De plus, la recourante qui agit sans représentation bénéficie de l'assistance judiciaire partielle (TAF pce 19). Dès lors, le recours est recevable et le Tribunal entre en matière sur le fond.

E. 2.1

Devant le Tribunal de céans les parties peuvent invoquer au sens de l'art. 49 PA la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

E. 2.2

Le TAF définit les faits d'office (cf. art. 12 PA) - l'on parle de la maxime inquisitoire - et il apprécie les preuves librement (cf. ci-dessus). De plus, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par le recourant (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'administration dans la décision entreprise (Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e édition 2011, p. 300 s.; Jérôme Candrian, op. cit., n° 176, p. 105). Cependant, 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, 121 V 204 consid. 6c; Moser/Beusch/Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2ème édition 2013, p. 25 n. 1.55).

E. 3.1

S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (à titre d'exemple : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'espèce, les dispositions en vigueur jusqu'au 14 octobre 2015, soit au 16 décembre 2014 sont déterminantes. Par ailleurs, le moment où la décision attaquée a été rendue marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (notamment : 132 V 215 consid. 3.1.1).

E. 3.2

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante portugaise a été assurée 35 mois en Suisse (AI pce 155) et vit en Espagne où elle a cotisé plusieurs années (AI pce 165). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entrée en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa). Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 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]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

E. 4

En l'espèce, l'OAIE a prononcé le 14 octobre 2015 une décision de non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 30 janvier 2015. Il prétend que sa décision du 16 décembre 2014 par laquelle il a rejeté la première demande est entrée en force de chose décidée et fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurée aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même (cf. art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Pour

les raisons ci-après, le TAF ne peut suivre l'OAIE.

E. 4.1

L'entrée en force de chose décidée de la décision du 16 décembre 2014 suppose que l'assurée n'ait pas formé recours contre cette décision.

E. 4.2

En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA (cf. également art. 50 al. 1 PA), le recours contre la décision de l'OAIE doit être déposé devant le TAF (cf. consid. 1.1 ci-dessus) dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En vertu de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, auquel l'art. 60 al. 2 LPGA renvoie, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (cf. aussi art. 22a al. 1 let. c PA). Selon l'art. 39 LPGA, auquel l'art. 60 al. 2 LPGA renvoie également, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à la Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (al. 1). Le délai est réputé observé lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent (al. 2; cf. aussi art. 21 al. 1 et 2 PA). Aux termes de l'art. 81 du règlement (CE) n° 883/2004 les demandes, déclarations ou recours qui auraient dû être introduits, en application de la législation d'un Etat membre, dans un délai déterminé auprès d'une autorité, d'une institution ou d'une juridiction de cet Etat membre sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès d'une autorité, d'une institution ou la juridiction correspondante d'un autre Etat membre. Dans ce cas, l'autorité, l'institution ou la juridiction ainsi saisie transmet sans délai ces demandes, déclarations ou recours à l'autorité, à l'institution ou à la juridiction compétente du premier Etat membre, soit directement, soit par l'intermédiaire des autorités compétentes des Etats membres concernés. La date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits auprès d'une autorité, d'une institution ou d'une juridiction du second Etat membre est considérée comme la date d'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître.

E. 4.3

Selon l'art. 52 al. 1 PA, le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire. Selon les al. 2 et 3 de cette disposition, si les conclusions, les motifs et la signature manquent, l'autorité de recours impartit à la recourante un court délai supplémentaire pour régulariser le recours, l'avisant que si le délai n'est pas utilisé, elle déclarera le recours irrecevable.

E. 4.4

Par décision du 16 décembre 2014, validée le 17 décembre 2014 (cf. AI pce 136 p. 2), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 7 octobre 2013. Il ne ressort pas du dossier quand cette décision a été notifiée à l'assurée, ni, du reste, quand le projet de décision du 15 octobre 2014, également envoyé par courrier recommandé, a été notifié. Il n'est toutefois pas nécessaire d'instruire ces questions mais il est rappelé que le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2; arrêt du TF 1C_634/2015 du 26 avril 2016 consid. 2.1). En effet, il appert en l'occurrence que compte tenu des fêtes judiciaires du 18 décembre 2014 au 2 janvier 2015 inclus (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA cité), le délai de recours de 30 jours pouvait échoir au plus tôt le lundi 2 février 2015 (cf. aussi art. 38 al. 3 LPGA). Or, le 30 janvier 2015, avant l'écoulement du délai, l'INSS a transmis à l'OAIE une demande de prestation déposée par l'assurée le 20 octobre 2014 par le biais du

formulaire E 204 (AI pce 137). Certes, il ne ressort pas dudit formulaire, intitulé « instruction d'une demande de pension d'invalidité », que l'assurée conteste la décision de l'OAIE, du reste, postérieure à la demande de l'assurée du 20 octobre 2014. Nonobstant, par l'envoi du 30 janvier 2015 et ainsi dans le délai de recours contre la décision du 16 décembre 2014, l'assurée demande clairement une rente de l'assurance-invalidité et elle a produit, à son appui, le rapport médical détaillé E 213 du 11 novembre 2014, signé de la Dresse C._____ qui atteste une incapacité permanente totale. L'assurée n'allègue pas la survenance d'une aggravation de son état depuis la décision du 16 décembre 2014 qui pourrait faire croire qu'elle avait la réelle intention de déposer une nouvelle demande de prestations. Bien plus, le courrier daté du 10 janvier 2015, envoyé le 11 février 2015, de la mère de l'assurée qui s'oppose à la « lettre » reçue ainsi que les envois des 23 et 25 février 2015 par lesquels l'assurée a versé en cause le rapport médical du 20 février 2015 du Dr D._____ qui ne fait pas non plus état de nouvelles atteintes à la santé tendent à démontrer l'intention de l'assurée de contester le rejet de prestations par l'OAIE plutôt que de présenter une nouvelle demande de prestations. Il sied en outre de considérer que l'assurée n'est pas représentée par un avocat et que, de surcroît, elle ne maîtrise pas bien le français, ayant demandé à plusieurs reprises à ce que les documents lui soient transmis en portugais ou en espagnol (cf. courrier reçu le 7 juillet 2014 [AI pce 119] et courriers des 22 décembre 2017 et 29 mai 2018 [TAF pces 3 et 26]). Enfin, le fait que l'assurée s'est adressée à l'INSS et qu'elle n'a pas saisi le TAF, contrairement aux moyens de droit indiqués dans la décision de l'OAIE (qui par ailleurs ne figurent pas non plus dans le dossier), ne lui porte pas préjudice au sens des art. 39 LPGA, 21 PA et 81 du règlement (CE) n° 883/2004 cités (consid. 4.2 ci-dessus). Le TAF constate donc que l'OAIE devait interpréter la demande de l'assurée transmise le 30 janvier 2015 comme un recours dirigé contre sa décision du 16 décembre 2014 et transmettre le dossier pour compétence au TAF, ou à tout le moins envoyer cette demande au TAF pour suite utile. Comme dans le cadre du recours adressé contre la décision du 14 octobre 2015 (cf. décision incidente du 15 décembre 2015 [TAF pce 2]), le Tribunal aurait alors invité l'assurée à régulariser son recours conformément à l'art. 52 al. 2 et 3 PA cité (consid. 4.3 ci-dessus) ce que l'assurée a fait par l'acte du 22 décembre 2015 pour son recours contre la décision du 14 octobre 2015 (TAF pce 3). Enfin, au vu de ce qui précède, le fait que l'assurée a demandé le 31 mars 2015 le remboursement de ses cotisations, pensant qu'elle n'avait pas droit à une rente (AI pce 158), n'y change rien d'autant plus que c'est à tort que l'OAIE n'a pas transmis la demande de l'assurée envoyée le 30 janvier 2015 au TAF.

E. 4.5

Il appert de ce qui précède que l'assurée n'a pas déposé une nouvelle demande de prestations le 30 janvier 2015. L'OAIE ne devrait donc pas rendre la décision du 14 octobre 2015 par laquelle il n'est pas entré en matière sur cette « demande ». Cette décision, vidée de son objet, est par conséquent nulle (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 376). La nullité d'une décision implique qu'elle est censée avoir été inexistante dès son origine (ex tunc) et ne peut pas produire d'effet juridique. La nullité doit être constatée d'office et peut être invoquée en tout temps par tout le monde (Jacques Dubey/Jean-Baptiste Zufferey, Droit administratif général, 2014, ch. 1012 et 1014 p. 353; Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7ème édition 2016, ch. 1096 p. 240; Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 364). En outre, une décision nulle ne peut pas faire l'objet d'un recours et le Tribunal ne peut pas entrer en matière sur un recours formé à son encontre ; au surplus, il doit constater la nullité de la décision dans le dispositif de son arrêt (ATF 129 V 485 consid. 2.3, 127 II 32

consid. 3g; ATAF 2008/59 consid. 4.3; arrêt du TAF C-8224/2015 du 20 octobre 2017 consid. 3.4 et autres arrêts cités). En conséquence, le TAF constate que la décision du 14 octobre 2015 est nulle et il n'entre pas en matière sur le recours formé à son encontre.

E. 4.6

De surcroît, l'assurée ayant formé le 30 janvier 2015 recours contre la décision de l'OAIE du 16 décembre 2014 (AI pce 136) qui, partant, n'est pas entrée en force de chose décidée, la présente procédure porte dès lors sur le bien-fondé de ladite décision du 16 décembre 2014 par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée. L'OAIE propose dans sa réponse du 24 mai 2018 (TAF pce 24), l'admission partielle du recours contre cette décision et le renvoi de la cause afin qu'il procède au complément d'instruction requis. Il se fonde alors sur les prises de position des 20 avril et 23 mai 2018 de son service médical.

E. 5

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes : - être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG et art. 4 et 28 LAI) et - compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). En l'occurrence, l'assurée remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse 35 mois (AI pce 155) et présentant, de plus, plusieurs années de périodes d'assurances en Espagne (AI pce 165). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi suisse.

E. 6.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - 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), - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, 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 LPG. Dans le cas concret, compte tenu de la demande de prestations du 7 octobre 2013 (AI pce 91), l'assurée pourrait, cas échéant, avoir droit à une rente d'invalidité à compter du 1er avril 2014 au plus tôt.

E. 6.2

L'invalidité au sens de la LPG 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 (cf. art. 8 LPG et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al.1 LPG). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPG). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPG). La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid.

1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

E. 6.3

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a en outre estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) - aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) - doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Cette procédure tient compte des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part et les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Le Tribunal a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée, déterminante dans les assurances sociales (ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2). Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif tel que décrit par la jurisprudence lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

E. 6.4

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

E. 6.5

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. 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 (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité

inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

E. 6.6

À la teneur de l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre à une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants, qui au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance vieillesse et survivants. Il s'agit des enfants des père et mère, des enfants adoptés ou recueillis et des enfants trouvés (cf. art. 25 al. 1 à 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]) qui ont droit aux prestations jusqu'au 18e anniversaire, respectivement jusqu'à l'âge de 25 ans révolus dans le cas où ils suivent une formation (cf. art. 25 al. 4 et 5 LAVS).

E. 7.1

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 6 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler compte tenu de ses limitations. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au Tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

E. 7.2

Le Tribunal examine les preuves - aussi celles médicales - d'office et librement (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; arrêt du TF 8C_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4; cf. consid. 2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C_633/2017 cité consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 7.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

E. 7.3.1

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

E. 7.3.2

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées, voir également arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 7.3.3

S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.1 ci-dessus), il sied de rappeler qu'ils sont déterminants pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, 2011, ch. 3080 p. 836).

E. 7.4

Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

E. 8.1

Le 16 décembre 2014, lorsque l'OAIE a rendu sa décision litigieuse (AI pce 136), ils se trouvaient au dossier les documents médicaux suivants : - le rapport psychiatrique du 4 mars 2009 établi par la Dresse F. _____, psychiatre à l'institut psychiatrique Z. _____ qui informe notamment que l'assurée est suivie depuis le 21 mai 2008 pour une symptomatologie anxio-dépressive dans un contexte de problèmes familiaux (AI pce 64 p.

8), - le rapport du 10 septembre 2010 du Dr D. _____, neurologue que l'assurée a consulté au motif de pertes de connaissances de plusieurs minutes ; ce médecin a également noté que l'assuré souffre de dépression chronique (AI pce 64 p. 7), - le rapport du 28 janvier 2011 du suivi pour l'infirmier de l'hôpital psychiatrique universitaire et de l'institut Z. _____ duquel il appert notamment que l'assurée a été hospitalisée pour des idées suicidaires, son état dépressif s'étant péjoré depuis trois mois (AI pce 64 p. 6), - le rapport médical du 21 juin 2012 du Dr D. _____ qui pose le diagnostic de céphalées de tension, des syncopes autolimitées, d'hyperthyroïdie, d'insomnie et de trouble affectif anxio-dépressif (AI pce 64 p. 3), - le rapport du 19 juin 2012 de la Dresse F. _____ qui pose le diagnostic de dysthymie et fait état de l'évolution ainsi que du traitement pharmaceutique (AI pce 64 pp. 4 s.), - le rapport médical détaillé E 213 (AI pce 96), non daté mais transmis le 20 janvier 2014 (AI pce 97), établi par la Dresse G. _____ qui retient comme diagnostics une dysthymie, des céphalées de tension, une syncope et un collapsus ainsi qu'une hypothyroïdie et informe que l'assurée est au bénéfice d'une assistance sociale pour conflits familiaux et qu'une amélioration des conditions sociaux-familiales pourrait modifier favorablement l'état de santé actuel de l'assurée ; ce médecin estime que la capacité de travail de l'assurée est entière dans sa profession de cuisinière (AI pce 96), - le rapport du 10 février 2014 de la psychologue H. _____ qui fait état d'un trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7) et d'un épisode dépressif sévère (F32.2) et atteste une incapacité de travail permanente et absolue (AI pce 118), - le rapport du 11 février 2014, signé par la Dresse I. _____ de la sécurité sociale espagnole qui note comme diagnostics une hypothyroïdie, un trouble de l'adaptation réactionnel chronique d'évolution difficile avec plusieurs tentatives de suicides, des céphalées de tensions chroniques, des vertiges de caractère périphérique, d'insomnie chronique, des syncopes examinés mais sans cause mise en évidence, de trouble de la mémoire lié à la clinique psychiatrique, de hypercholestérolémie, d'anémie ferriprive. Elle énumère également les médicaments prescrits (AI pce 114), - un rapport du 24 février 2014 de la psychologue J. _____ de l'institut Z. _____ qui fait notamment état de dysthymie (F34.1) et d'épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques (F32.10) ainsi que de l'évolution de la pathologie (AI pce 116), - le rapport du 27 mars 2014, signé par la Dresse F. _____ qui retient comme diagnostic une dysthymie et un épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques et informe de la suite des examens et traitements (AI pce 117), - le rapport du 27 mars 2014 de la consultation d'urgence, signé de la Dresse K. _____ qui pose le diagnostic de migraine (AI pce 110), - le rapport médical du 5 mai 2014 de la clinique psychiatrique universitaire où l'assurée a été hospitalisée du 9 avril au 5 mai 2014 pour le diagnostic d'une dépression névrotique suite à une aggravation de son état dépressif avec idéation suicidaire (AI pce 115), - le rapport du suivi pour l'infirmier du 5 mai 2014, qui note notamment le risque que l'assurée se blesse (AI pce 111), - le rapport du 9 juin 2014 de la Dresse F. _____ qui pose les diagnostics retenus précédemment et note une évolution difficile tendant à la chronicité. Elle fait également état de diverses consultations d'urgence pour symptômes physiques différents suite à l'aggravation de l'état mental de l'assuré (AI pce 112).

E. 8.2

Après la décision du 16 décembre 2014 (AI pce 136), ont encore été versées en cause, les nouvelles pièces médicales ci-après : - le rapport de la consultation d'urgence du 30 octobre 2014 au motif de céphalées, de névrose, de vertiges périphériques et d'un trouble mental non spécifique (AI pce 144), - le rapport médical détaillé E213 du 11 novembre 2014, établi par la Dresse C. _____ qui pose comme diagnostic un épisode dépressif modéré avec

symptômes somatiques, une dysthymie ainsi qu'un possible trouble de conversion ; ce médecin note que l'assurée présente en Espagne une incapacité permanente absolue (AI pce 140), - le rapport médical du 20 février 2015 du Dr D. _____ qui fait état d'hyperthyroïdie, d'un syndrome dépressif névrotique traité au Z. _____ (tentative de suicide en 2011), de céphalées de tension chroniques depuis 2008, de vertiges périphériques et d'insomnie chronique ; il conclut qu'il n'y a pas de pathologie dégénérative démentielle et propose un nouvel examen dans une année (AI pce 147), - le rapport médical du 6 novembre 2015 de la Dresse I. _____ qui énumère comme diagnostics une hyperthyroïdie depuis 17 ans, un syndrome dépressif avec somatisation et tentatives de suicide, une lipothymie, des vertiges, des troubles de la mémoire liés au syndrome dépressif, une insomnie chronique, une hernie hiatale, une cholelithiase, une hernie épigastrique, une stéatose hépatique et une hypercholestérolémie. Elle énumère, de plus, les médicaments prescrits (TAF pce 1 annexe 2), - le plan des médicaments du 6 novembre 2015 (TAF pce 1 annexe 4), - le rapport médical du 19 novembre 2015 de la Dresse F. _____ qui pose comme diagnostic principal un épisode dépressif modéré avec symptômes somatiques E32.11 et comme autre diagnostic une dysthymie et un épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques. Elle décrit une aggravation de la symptomatologie (TAF pce 1 annexe 3).

E. 8.2.1

L'OAIE a invité ses médecins à plusieurs reprises à prendre position sur les rapports médicaux produits (AI pces 129, 170, 191 et TAF pce 24 annexes 1 et 4). Il a fondé sa décision du 16 décembre 2014, rejetant la demande de prestations AI de l'assurée notamment sur la prise de position médicale du 6 octobre 2014 du Dr B. _____, médecin généraliste travaillant pour l'OAIE qui a retenu comme diagnostic un syndrome de stress psychosociale familiale qui n'est pas prise en charge par l'assurance-invalidité suisse. Ce médecin a alors conclu qu'il n'y a aucune incapacité de travail (AI pce 129). Le 24 janvier 2016, le Dr E. _____, médecin généraliste travaillant pour l'OAIE s'est déterminé sur le rapport de la consultation d'urgence du 30 octobre 2014, le rapport médical détaillé E 213 du 11 novembre 2014, le rapport médical du 20 février 2015 du Dr D. _____, le rapport médical du 5 novembre 2015 de la Dresse I. _____ et le rapport médical du 19 novembre 2015 de la Dresse F. _____, versés en cause après la décision litigieuse du 16 décembre 2014. Le Dr E. _____ a notamment remarqué que les problèmes somatiques évoqués (vertiges, troubles de visions etc.) ne sont pas expliqués par des examens objectifs et que du point de vue psychiatrique, l'assurée souffre d'une pathologie réactive aux problèmes psychiques et de comportement de son fils, et qu'une dysthymie ou un épisode dépressif modéré ne peuvent pas fonder une pathologie psychiatrique invalidante (AI pce 191). Dans sa prise de position du 20 avril 2018, le Dr E. _____ confirme son appréciation précédente, remarquant en outre que les documents récents manquent (TAF pce 24 annexe 3). Le Dr L. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, dans son avis du 23 mai 2018, retient une symptomatologie anxieuse et dépressive qui évolue progressivement de la dysthymie vers un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique mais que la description des symptômes est lacunaire et que la plupart des documents ont été rédigés par la psychiatre traitante. De plus, le rapport psychiatrique le plus récent est daté du 19 novembre 2015 ce qui ne permet pas de se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail actuels. Au vu des documents psychiatriques anciens et lacunaires, il propose de poursuivre l'instruction en demandant à l'organisme de liaison un rapport psychiatrique détaillé (TAF pce 24 annexe 1).

E. 8.3

Le TAF constate, au vu du dossier médical constitué, que l'assurée présente des problèmes de santé divers et qu'elle est suivie sur le plan psychiatrique et neurologique (cf. les rapports du Dr D._____, neurologue). En outre, sur le volet psychiatrique, des diagnostics différents ont été posés, aussi de la part des psychiatres ou psychologues - symptomatologie anxio-dépressive (AI pce 64 p. 8), dysthymie (AI pce 64 pp. 4 s.), trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7) et épisode dépressif sévère (F32.2; AI pce 118), état de dysthymie (F34.1; AI pce 116) et état d'épisode dépressif modéré sans symptômes somatiques (F32.10; AI pces 112, 116 et 117) et avec symptômes somatiques (F32.11; TAF pce 1 annexe 3) - et le Dr L._____ de l'OAIE a remarqué que les descriptions des symptômes sont lacunaires (TAF pce 24 annexe 1). De surcroît, il appert que l'assurée est suivie depuis le 21 mai 2008 au Z._____, institut psychiatrique (AI pce 64 p. 8), et qu'elle a dû être hospitalisée en janvier 2011 et mai 2014 en raison de péjorations de son état de santé et des idées suicidaires (AI pce 64 p. 6 et pces 111, 115). Plus encore, le 9 juin 2014, la Dresse F._____ a noté une évolution difficile tendant à la chronicité (AI pce 112). Ainsi, le TAF ne peut pas confirmer en l'état que l'assurée présente au niveau psychique un simple syndrome de stress psychosocial familial qui n'est pas pris en charge par l'assurance-invalidité, tel que retenu dans un premier temps par les médecins de l'OAIE et l'Office lui-même, bien qu'il ressorte certes également des rapports médicaux que l'assurée a des problèmes familiaux, qu'elle est au bénéfice d'une aide familiale (AI pce 107 p. 5) et que la Dresse G._____, dans le rapport médical détaillé E 213 a attesté une capacité de travail entière (AI pce 96). Le TAF peut alors faire sienne l'appréciation du 23 mai 2018 du Dr L._____ (TAF pce 24 annexe 1) selon laquelle l'instruction du dossier médical est lacunaire et qu'il convient de la compléter. Compte tenu des exigences jurisprudentielles (cf. consid. 6.3 et 7.3), une expertise médicale en Suisse peut être justifiée. Le TAF laisse cependant à l'OAIE le soin de décider comment il entend compléter son instruction. Le dossier médical doit également être actualisé au niveau somatique, l'examen de l'état de santé de l'assurée devant s'étendre jusqu'à la notification de la nouvelle décision (cf. arrêt du TF 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4, confirmé par l'arrêt 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1).

E. 8.4

A toutes fins utiles, il sied de rappeler que l'assurée ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait que la sécurité sociale espagnole lui a reconnu des degrés d'incapacités à compter du 17 octobre 2011 (AI pce 64 p. 2; cf. aussi AI pces 122, 172, TAF pce 17 annexe 8, TAF pce 26 annexes 2 et 3). Le droit de la recourante à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus). Ainsi, au vu du dossier médical lacunaire (cf. ci-dessus), le TAF ne saurait en l'état allouer à l'assurée une rente d'invalidité.

E. 8.5

Enfin, selon l'art. 33a al. 1 PA, la procédure devant le Tribunal de céans est conduite dans l'une des quatre langues officielles de la Suisse - l'allemand, le français, l'italien ou le romanche (cf. art. 70 al. 1 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]). En principe, la langue de la procédure de recours est celle de la décision attaquée (cf. art. 33a al. 2 PA). En conséquence, en l'occurrence, la procédure est conduite en français, la décision du 16 décembre 2014 (AI pce 136) - tout comme celle du 14 octobre 2015 - ayant été rédigée en français. L'ALCP et ses règlements (cf. art. 76 al. 7 du règlement n° 883/2004) ainsi que les

accords bilatéraux avec l'Espagne et le Portugal (cf. art. 25 de la Convention hispano-suisse [RS 0.831.109.332.2] et art. 33 al. 1 de la Convention avec le Portugal [RS 0.831.109.654.1]) ne contiennent pas non plus de norme conférant à l'assurée le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue, voire dans la langue d'un des Etats membres, des pièces du dossier rédigées dans l'une des langues d'un Etat membre (cf. également ATF 131 V 35 consid. 3). Le Tribunal ne peut donc pas donner suite aux requêtes de l'assurée tendant à la transmission des documents en espagnol ou portugais.

E. 9

En conclusion, le Tribunal constate que l'état de santé de la recourante ainsi que les répercussions de celui-ci sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.4). Il sied donc d'admettre le recours et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin que l'office procède à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé dans sa jurisprudence que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI a omis d'instruire sur les problèmes psychiatriques de l'assurée. Il lui appartiendra de compléter l'instruction sur ce point compte tenu des exigences jurisprudentielles en la matière et d'actualiser le dossier aussi sur le plan somatique. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 10.1

Il n'est pas prélevé des frais de procédure, la recourante ayant été dispensée du paiement des frais de procédure par décision incidente du 16 mai 2016 (TAF pce 19) et l'OAIE ne devant pas y participer (cf. art. 63 al. 2 PA).

E. 10.2

Il n'est pas alloué de dépens, la recourante ayant agi sans représentation professionnelle et n'ayant pas dû supporter des frais élevés, et l'OAIE, n'y ayant pas droit en tant qu'autorité (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Le dispositif se trouve à la page suivante.