

BVGer C-7893/2009 vom 23. September 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7893_2009

FR: TAF C-7893/2009 du 23 septembre 2011

IT: TAF C-7893/2009 del 23 settembre 2011

Regeste

Assurance-invalidité (AI)

Erwägungen

E. 2

La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80a, de la Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71 précité; ATF 130 V 257 consid. 2.4), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72). 3.1. La requérante a déposé sa demande de prestations le 29 décembre 2006 (pces 29; 91). Dans ce contexte, il sied de rappeler que 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 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, étant précisé que, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse objet du présent litige, l'application des nouvelles dispositions de la 5ème révision de la LAI pour la période du 1er janvier 2008 au 12 novembre 2009, date de la décision attaquée, ne serait pas plus favorable à la requérante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Par conséquent, sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. 3.2. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI (dont la teneur n'a pas été modifiée lors de l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI le 1er janvier 2004) prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après

la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 29 décembre 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 12 novembre 2009, 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. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

E. 4

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1er janvier 2008). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 52) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

E. 5

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Au vu des atteintes dont est victime la recourante, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce. 6.1. 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). 6.2. 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. 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). 6.3.1. Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé. En rapport avec sa valeur probante, il est essentiel que le rapport d'enquête ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les références citées). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant aussi valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux et du rapport d'enquête économique sur le ménage, puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêts du Tribunal fédéral 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1 et les références citées, 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2). 6.3.2. Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger d'un assuré, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les

limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

E. 7

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, 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 importants 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. 3a et les références). Le Tribunal fédéral a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des preuves. En particulier, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par le patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (ATF 125 V 351 consid. 3c). Il n'en va différemment que si les médecins mandatés par l'assuré font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2; 9C_101/2010 du 5 août 2010 consid. 3.3.3).

E. 8

En l'espèce, le litige porte sur les répercussions de l'atteinte à la santé de l'assurée sur sa capacité de travail, singulièrement sur le point de savoir si celle-ci présente un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité selon le droit des assurances sociales suisse. En revanche, la décision attaquée ne traite pas de la question des frais de déplacement à rembourser à la recourante suite à l'examen médical s'étant déroulé à la Clinique E._____. Il suit de cela que les écrits de l'assurée des 29 mars et 25 août 2011 (cf. let. G ci-dessus), dans lesquels cette dernière soulève des prétentions y afférentes, doivent être considérés comme une demande adressée à l'administration de rendre une décision sujette à recours en la matière.

E. 9

Cela étant, il convient à titre liminaire d'apporter les précisions qui suivent.

E. 9.1

Tout d'abord, contrairement à ce que semble croire la recourante, l'administration n'a pas enfreint le droit en estimant que la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire en Suisse était indispensable en l'espèce. Bien plutôt, dès lors que le SMR avait retenu de façon convaincante que la documentation médicale versée à la cause par l'assurée n'était pas concluante (cf. supra consid. 10.1-10.6), l'autorité inférieure se devait de procéder à des mesures d'instruction complémentaires avant de se prononcer sur le droit à la rente (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_215/2011 du 30 mai 2011 consid. 3; 8C_148/2011 du 5 juillet 2011 consid. 3). Par ailleurs, quoiqu'en dise la recourante, la prise de position du 19 juin 2008 établie par le SMR (pce 57 signée par les Drs I. _____, neurologue, et J. _____, psychiatre) permettait de conclure qu'un déplacement en Suisse était exigible de la part de l'intéressée et d'écarter l'avis contraire du Dr F. _____ (certificat du 20 mai 2008 [pce 54]).

E. 9.2

Ensuite, il sied de souligner que, 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; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1; cf. consid. 2 ci-dessus). Or, aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi, contrairement à la législation portugaise (cf. pce 31 p. 2 [lettre de la recourante du 24 janvier 2007]), pour l'évaluation de l'invalidité en droit suisse, ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais les seules répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. ATF 114 V 310 consid. 3c). Dans ce contexte, peu importe que l'assuré mette ou non en valeur sa capacité résiduelle de travail. Ainsi ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, en particulier un marché de l'emploi local restreint, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ces circonstances, bien que pouvant compromettre la reprise d'une activité, ne peuvent être prises en considération dans l'évaluation de l'invalidité (cf. parmi d'autres arrêts du Tribunal fédéral 8C_418/2011 du 27 juillet 2011 consid. 3.2; 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 consid. 3.4 et U 414/99 du 5 juin 2001 consid. 4).

E. 9.3

Enfin, en ce qui concerne le statut de l'assurée, l'administration a retenu qu'il convenait d'appliquer la méthode mixte in casu (cf. let. C.b et consid. 6.2 ci-dessus; sur la conformité au droit de cette méthode cf. arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011). Le Tribunal de céans ne voit aucune raison pertinente de remettre en question ce choix qui n'est au demeurant pas contesté par la recourante. En particulier, on relève que, avant l'atteinte à la santé, l'assurée avait travaillé de façon constante pendant plusieurs années au rythme de 15 heures (de 1991 à 1999) respectivement de 13 heures trois quarts par semaine (de 2000 à 2006) étant précisé que le temps de travail usuel chez le dernier employeur était de 44 heures par semaine [pce 16 p. 1 n° 3.1], sans que, en son temps, la naissance du premier enfant le 23 août 1994 n'ait entraîné une modification du taux de travail. Dans ces conditions, et nonobstant la naissance d'un second enfant le 21 novembre 2006, il y a donc lieu de considérer, au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales, que, sans l'atteinte à la santé, l'assurée aurait continué de consacrer 31.25% de son temps à une activité lucrative ([825 min. x 100] :

2'640) et 68.75% à des travaux ménagers.

E. 10

Sur le plan médical, il appert que le dossier est principalement constitué des pièces suivantes.

E. 10.1

Dans un rapport du 30 octobre 2006, la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie, relève que, selon les dires de l'assurée, celle-ci a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral à la suite d'un accident de travail en 1992 (avec perte de connaissance de quelques minutes et mise en observation dans un établissement hospitalier), et que, depuis lors, elle aurait connu une détérioration progressive de son état de santé avec notamment apparition de céphalées intenses, nausées, vertiges, sensation constante de lipothymie, asthénie généralisée, fluctuation de l'humeur avec grande labilité et irritabilité, appauvrissement affectif, altérations et perturbation du sommeil, déséquilibre occasionnel à la marche, manque de dynamisme; en 2006 ces affections auraient pris une telle ampleur que l'intéressée se serait sentie incapable de poursuivre son activité lucrative, raison pour laquelle elle serait retournée vivre au Portugal avec son enfant (pce 1 p. 1). La Dresse D._____ indique que le médecin traitant de l'assurée au Portugal a mis celle-ci sous traitement psychotrope, ce qui a apporté une amélioration de l'humeur et une stabilisation du comportement devenu moins impulsif. Au niveau de l'examen neurologique, elle relève une atteinte significative des fonctions cérébrales supérieures (perturbation mnésique, sens critique partiel et oscillant, capacité pragmatique oscillante, manque de concentration etc...) ainsi que principalement une altération marquée de la personnalité, la patiente étant fréquemment irritable, incapable de contrôler ses impulsions ou déprimée sans raison apparente. Selon cette praticienne, il y a un possible lien causal entre le traumatisme et la psychopathologie observée. Sur la base de ces constats, elle pose les diagnostics de "réaction à une situation stressante grave et trouble de l'adaptation: syndrome post-commotionnel (F07.2 CIM-10) et trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25 CIM-10)" et estime que l'assurée présente une incapacité de travail de 66% dans l'exercice de toute activité (pce 1 p. 2.).

E. 10.2

Pour sa part, le Dr K._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie faciale, relève que la recourante souffre d'hypoacousie neuro-sensorielle bilatérale avec une pathologie vestibulaire périphérique. Il propose de retenir à ce titre une invalidité de 18% respectivement de 25% (rapport du 2 novembre 2006 [pce 3]).

E. 10.3

Dans un rapport du 1er décembre 2006 (pce 4), le Dr L._____, spécialiste en anesthésie et soins intensifs, atteste que, suite aux diagnostics posés par les Drs D._____ et K._____, il convient de reconnaître à la patiente un taux d'invalidité partiel permanent de 70%.

E. 10.4

Le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, fait quant à lui part d'un examen physique sans altération appréciable. Constatant toutefois que la patiente présente une symptomatologie habituellement observée dans le cadre d'un syndrome post-traumatique et mentionnant les rapports précités de ses confrères des 30 octobre et 2 novembre 2006, il

retient qu'il existe un lien de causalité entre l'accident intervenu en 1992 et les troubles relatés par l'assurée, de sorte qu'il convient de retenir une incapacité partielle de travail de 0.83 selon les tables en vigueur (rapport du 6 janvier 2008 [pce 39]; cf. aussi rapport du 20 mai 2008 [pce 54]).

E. 10.5

Il convient également de relever que, en annexe à ses mémoires de recours des 6 décembre 2006 et 10 décembre 2007, la recourante a également retranscrit tel quel le texte de deux rapports médicaux de dates et d'auteurs inconnus. Le premier document (pce 29 p. 6-12) explique de manière détaillée la manière de procéder pour évaluer l'incapacité de travail d'un assuré souffrant d'une maladie psychique puis prend position quand à la situation concrète de l'intéressée en posant le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1 CIM-10). En substance, il est retenu qu'il existe un lien de causalité évident entre la situation de stress faisant suite à l'accident professionnel de l'intéressée et les symptômes observés chez cette dernière, ce qui justifie de retenir une perte de gain de 83% (pce 29 p. 10-12). Le deuxième document reproduit par la recourante (pce 35 p. 4) pose les diagnostics de psychose post-traumatique, de syndrome cervico-céphalique, de syndrome de vertige ainsi que de déséquilibre à la marche et d'hypoacousie. Il estime le taux d'incapacité de la patiente à 0.90 pour toute profession pour cause des troubles liés à l'accidents et des autres atteintes sans rapport de causalité avec cet événement.

E. 10.6

Appelé à se déterminer sur cette documentation, le Dr J. _____, psychiatre et psychothérapeute du SMR, estime que les rapports médicaux mis à sa disposition sont contradictoires, les uns posant le diagnostic de syndrome psycho-organique post-traumatique, les autres celui d'état de stress post-traumatique, si bien qu'il existe une incertitude importante quand à l'affection dont souffre l'assurée. Il constate également que ses confrères portugais se sont prononcés sur l'invalidité en se référant à une liste de diagnostics valable dans ce pays qui aide les praticiens portugais à composer, par une simple addition de pourcentages, le degré d'incapacité de gain d'un assuré. Or, cette manière de procéder ne saurait être pertinente puisqu'elle ne correspond pas à la législation suisse. Il conclut donc à la nécessité de réaliser une expertise psychiatrique et neurologique en Suisse (prise de position du 10 mars 2008 [pce 44]).

E. 10.7

Donnant suite à cette proposition, l'administration met sur pied une expertise pluridisciplinaire neuropsychologique, neurologique et psychiatrique à la Clinique E. _____ (pces 45; 63; 69; 72). L'assurée séjourne ainsi du 27 au 29 avril 2009 dans cet établissement et les experts mandatés produisent les documents suivants. Dans un rapport du 27 avril 2009 (pce 74), les Drs M. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et N. _____, neuropsychologue, relèvent que les difficultés cognitives observées sont légères et en majeure partie imputables à l'état thymique de la patiente. Un rapport d'évaluation en ateliers professionnels du 28 avril 2009 (pce 73) retient que l'intéressée est capable d'adhérer à un programme d'activités simples. Pour sa part, la Dresse S. _____, psychiatre et psychothérapeute, atteste dans un rapport du 29 avril 2009 (pce 75) que le tableau clinique actuel ainsi que les éléments anamnésiques ressortant du dossier orientent vers une dépression chronique de l'humeur évoluant depuis plusieurs années et exacerbée après la naissance du fils cadet en 2006, ayant provoqué l'arrêt du travail et le

départ définitif pour le Portugal. Elle pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée suite à une situation stressante (F43.21) chez une personnalité à traits dépendant, les facteurs de stress étant la naissance imprévue du deuxième bébé, les crises migraineuses, les difficultés à assumer le ménage, la séparation du couple et le retour au Portugal. Par ailleurs, elle relève que l'assurée, après sa chute en 1992, a pu reprendre du travail pendant plusieurs années dans un service de nettoyage malgré ses maux de tête et qu'il n'y a pas eu de conduite d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller des souvenirs du traumatisme, si bien que les critères permettant de retenir le diagnostic d'un état de stress post-traumatique ne sont pas remplis. Estimant que l'intensité de la psychopathologie observée (trouble de l'adaptation) est de degré modéré avec stabilisation suite à la psychothérapie et le traitement psychotrope en cours, elle conclut que, sur le plan psychiatrique, l'intéressée présente une incapacité de travail de l'ordre de 40% au maximum en raison des difficultés à supporter les contraintes et le stress au travail, ainsi qu'en raison des éléments dépressifs (absence de prise d'initiative, passivité, baisse de motivation). Dans un rapport de synthèse du 25 mai 2009 (pce 76), comprenant également les constats du Dr G._____, neurologue, il est mentionné qu'aucun signe de souffrance neurologique ou neuropsychologique séquellaire au traumatisme cranio-cérébral léger dont fut victime la patiente en 1992 n'a été mis en évidence, de sorte que les limitations alléguées ne trouvent leur explication que d'un point de vue psychiatrique. Reprenant par conséquent le diagnostic posé par la Dresse S._____, les experts attestent d'une incapacité de travail de l'intéressée de 40% au maximum dans son activité habituelle de nettoyeuse depuis la reconnaissance de l'état dépressif et du trouble psychiatrique.

E. 10.8

Invité à se déterminer sur l'expertise de la Clinique E._____, le Dr J._____, du SMR, estime que cette documentation médicale est claire et convaincante (prise de position du 31 juillet 2009 [pce 84]). Reprenant le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée F43.21, il estime que, dès le 1er avril 2006, l'assurée présente une incapacité de travail de 40% dans l'activité habituelle et toute activité adaptée. Il retient par ailleurs les limitations suivantes: diminution du rendement de 25%; pas de travaux lourds; autonomie faible dans l'exécution du travail; travail avec responsabilité à éviter; résistance au stress diminuée (pce 84 p. 2). Dans un rapport du 30 septembre 2009 (pce 86), il prend position sur l'incapacité de travail de l'assurée dans les activités ménagère qu'il évalue à 22%.

E. 10.9

Se fondant notamment sur l'expertise de la Clinique E._____ et les rapports du Dr J._____ précités, l'administration a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 12 novembre 2009. L'assurée conteste cette appréciation en faisant valoir des affections totalement incapacitantes. 11.1. Cela étant, il appert que lors de son séjour de trois jours à la Clinique E._____, l'assurée a été soumise à différents examens auprès de deux neuropsychologues, d'un neurologue et d'un psychiatre. Compte tenu des atteintes à la santé mentionnées par le corps médical en rapport avec la recourante (notamment réaction à une situation stressante grave et trouble de l'adaptation; syndrome post-commotionnel; trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites; état de stress post-traumatique; hypoacousie neuro-sensorielle bilatérale avec une pathologie vestibulaire périphérique), il y a donc lieu de conclure que, dans leur ensemble, les experts de la Clinique E._____ disposaient de toutes les qualifications requises pour juger valablement

de l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique et psychique respectivement de sa capacité de travail. En outre, l'instruction ordonnée par l'administration a revêtu un caractère interdisciplinaire dès lors que les spécialistes mandatés ont discuté ensemble du cas avant de se prononcer sur l'état de santé de l'assurée (pce 75 p. 1). Cette circonstance qui au demeurant s'avérait indispensable eu égard aux particularités de la présente affaire (cf. pces 29 p. 10 in fine; 45; 57) est donc de nature à renforcer considérablement la valeur probante de l'expertise. Au demeurant, les experts de la Clinique E._____ se basent sur une anamnèse complète (avec résumés détaillés des actes au dossier) et des examens circonstanciés dans tous les domaines concernés, complètent leur analyse par une évaluation des capacités fonctionnelles, prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante, dressent un tableau global cohérent et contiennent des conclusions dûment motivées, notamment en indiquant en détails pour quelles raisons ils ne reprennent pas les diagnostics de syndrome post-commotionnel et d'état de stress post-traumatique retenus et jugés déterminants par leurs confrères portugais et en attestant de façon concluante que l'examen neurologique permet d'exclure la présence d'hypoacousie. Dans ce contexte, on observe que la recourante n'a produit aucun rapport médical postérieur à l'expertise de la Clinique E._____ qui permettrait de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Par ailleurs, on ne saurait attacher une importance déterminante au fait que le Dr J._____, dans un rapport du 31 juillet 2009, se rallie certes à l'évaluation des experts de la Clinique E._____ (qu'il décrit comme claire et convaincante) mais estime toutefois que l'assurée présente de surcroît une diminution de rendement de 25%. En effet, cette appréciation divergente du SMR, qui n'est aucunement motivée et qui a été rendue sans examen personnel de la recourante, n'est pas de nature à infirmer la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire qui répond à tous les exigences jurisprudentielles en la matière et retient de façon claire et univoque l'absence d'une diminution de rendement en sus de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle évaluée à 40% au maximum (pce 76 p. 6 n° 2.4; voire à ce sujet arrêt du Tribunal fédéral 9C_1054/2010 du 25 février 2011 consid. 3.2 et la référence citée; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2911/2009 du 18 avril 2011 consid. 9.3.4). Dans ces conditions et conformément à la jurisprudence y afférente (cf. supra consid. 7), le Tribunal de céans ne peut que donner la préférence aux conclusions des experts de la Clinique E._____. Il y a donc lieu de conclure que l'assurée présente une incapacité de travail de 40% au maximum dans son ancienne activité de nettoyeuse dès son retour au Portugal en avril 2006 (voire aussi consid. 12). 11.2. En ce qui concerne l'incapacité de travail dans les travaux ménagers, l'assurée indique, dans un formulaire du 25 juin 2009 pour assurés travaillant dans le ménage (pce 78), qu'elle est dans l'incapacité d'accomplir une grande partie des tâches domestiques y compris en ce qui concerne la garde de son fils de 2 ans (pce 78 p. 3 let. D). Elle signale néanmoins pouvoir parfois effectuer quelques tâches comme par exemple éplucher les fruits, préparer les repas, laver la vaisselle et repasser. Par ailleurs, elle serait en mesure de garder son fils avec l'aide de sa mère (pce 78 p. 2). Appelé à prendre position sur ces allégations, le Dr J._____ a estimé la part des différentes activités accomplies par l'intéressée dans le ménage selon le ch. 3098 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (dans sa teneur en vigueur dès le 1er février 2010; ci-après: CIIAI) et retenu un taux d'invalidité respectif (conduite du ménage: 2% avec invalidité de 50%; alimentation: 40% avec une invalidité de 10%; entretien du logement: 8% avec une invalidité de 50%; achat: 10% avec une invalidité de 50%; lessive et entretien des vêtements: 5% avec une invalidité de 40%; soins aux enfants: 30% avec une invalidité de 20%; divers: 5% avec une invalidité de 0%).

Il conclut à un taux d'invalidité global de 22% (rapport du 30 septembre 2009 [pce 86]). Bien que succincte, cette évaluation est de nature à convaincre le Tribunal de céans au niveau de la vraisemblance prépondérante, eu égard aux circonstances particulières du cas concret. En effet, il paraît en l'espèce déterminant que, selon les experts de la clinique E._____, l'assurée ne présente pas de troubles somatiques (pce 76 p. 7) et que la Dresse S._____ décrit l'intensité de la psychopathologie comme stabilisée et de degré modéré (pce 75 p. 5). Force est donc de constater que le médecin du SMR, dont la spécialité est la psychiatrie, disposait d'une qualification adéquate pour se prononcer en la matière et ses conclusions apparaissent tout à fait conciliable avec le tableau clinique mis en évidence de façon circonstanciée par les experts de la Clinique E._____, d'autant qu'il convient de tenir compte du fait que l'assurée peut mieux gérer son temps dans le ménage que dans une activité lucrative et que l'aide accrue que l'on peut raisonnablement attendre de son entourage à savoir en l'occurrence de ses parents doit également être prise en considération (arrêt du Tribunal administratif fédéral 8C_440/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2). Dans ces conditions, il n'apparaissait pas indispensable de procéder à une enquête économique respectivement à ce que le service médical de le SMR examine lui-même l'assurée pour écarter les affirmations contraires de cette dernière (cf. à ce sujet consid. 6.3 ci-dessus). En accord avec le service médical de l'OAIE, il convient donc de retenir que l'assurée présente une incapacité de travail de 22% dans les travaux ménagers dès avril 2006, étant rappelé que, en cas d'atteinte uniquement psychiatrique, il convient en principe de donner la préférence aux conclusions médicales par rapport à celles de l'enquête ménagère (cf. H. Seiler, Anforderungen an die Beweisführung zu Status und Invalidität in der IV-Haushaltabklärung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [éd.], Sozialversicherungsrechtstagung 2009, St. Gallen 2010, p. 18; voire aussi parmi d'autres: arrêt du Tribunal fédéral I 491/05 du 13 octobre 2005 consid. 4.2.1).

E. 12

Il reste à examiner si l'autorité inférieure a appliqué correctement la méthode mixte en l'espèce. Selon le chif. 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", étant relevé que l'abréviation "E" correspond au travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heure par semaine, soit en l'occurrence 13 heures trois quarts (cf. consid. 9.3 ci-dessus); que "IE" se rapport à l'handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative en pourcent, soit en l'espèce 40% (cf. supra consid. 11 in fine); que "EZ" vaut pour la durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heure par semaine, à savoir 44 heures dans la présente affaire (cf. consid. 9.3 ci-dessus) et que "H" concerne le handicap rencontré dans le ménage en pourcent soit ici 22% (cf. consid. 11.2 in fine). L'application de cette formule fait ainsi apparaître un taux d'invalidité de 27.63% ($([13.75 \times 40] + \{44 - 13.75\} \times 22) : 44$), comme l'a retenu à juste titre l'autorité inférieure par acte du 5 octobre 2009 (pce 88), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. A titre superfétatoire, on note qu'il en irait de même s'il l'on retenait à titre hypothétique une diminution de rendement de 25% (d'un 60%) dans l'activité lucrative encore exigible à 60% comme le propose le médecin du SMR ($([13.75 \times 55] + \{44 - 13.75\} \times 22) : 44 = 32.31\%$). On précisera également que le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine

d'activité (ATF 134 V 9 consid. 7.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4 et les références citées). Or, une telle prise en compte suppose notamment que la personne assurée exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité (consid. 4.2.2 de l'arrêt 9C_713/2007 précité), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il appert par conséquent que la décision entreprise doit être confirmée et le recours, dans la mesure où il est recevable, rejeté.

E. 13

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 303.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais fournie de Fr. 303.-. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario en relation avec les art. 7 ss FITAF).

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