



Cour III
C-101/2019

Arrêt du 4 décembre 2019

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Daniel Stufetti, juges,
Thiviya Asaipillai, greffière.

Parties

A. _____, (Portugal),
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du
12 novembre 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) – ressortissante portugaise vivant au Portugal, née le (...) 1983, mariée, mère d'un enfant né en 2013, au bénéfice d'un diplôme dans l'hôtellerie – a travaillé en Suisse auprès de divers employeurs de 2007 à 2017 (AI pces 12, 23 et 25). En dernier lieu, elle a exercé une activité lucrative principale comme auxiliaire de nettoyage auprès de B._____ SA à 60% et une activité lucrative accessoire (ménages pour des employeurs privés) à 25%, le reste de son temps étant consacré aux tâches ménagères. A la suite de douleurs diffuses généralisées apparues au niveau de l'appareil locomoteur en début d'année 2016, elle a présenté des absences répétées, puis une incapacité de travail totale dès le 27 septembre 2016, avant d'être licenciée pour le mois de mai 2017 (AI pces 1, 5 et 25). Elle a bénéficié d'indemnités journalières versées à partir du 27 septembre 2016 par l'assureur perte de gain de son employeur, la compagnie d'assurance C._____ (AI pce 34 p. 3), qui en demande la compensation avec d'éventuelles prestations AI (AI pces 9 et 10).

B.

B.a Le 27 janvier 2017, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité du canton D._____ (ci-après : OAI du canton D._____), indiquant souffrir de douleurs aux dos, genoux, hanches, articulations, muscles, doigts de la main gauche et à l'épaule gauche depuis une année, rendant difficile l'exercice des tâches nécessaires à son travail (AI pces 1 et 7). Donnant suite à la demande, l'OAI du canton D._____ a procédé à l'instruction médicale et économique de la cause, portant au dossier celui de l'assureur perte de gain (AI pces 13 et 26), l'avis du médecin traitant de l'assurée (le Dr E._____ [rhumatologue ; AI pces 29 et 30]) ainsi que le questionnaire pour l'employeur (AI pce 21). Sur la base des renseignements recueillis, l'OAI du canton D._____ a considéré, le 24 juin 2017, qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était envisageable à ce stade (AI pce 33).

B.b A._____ ayant quitté définitivement la Suisse le 31 juillet 2017 pour s'installer au Portugal, son dossier a été transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) (pces 45, 48, 51 et 52). Ce dernier a complété l'instruction en particulier sur le plan médical (cf. formulaire du 23 juin 2017 du Dr E._____ [AI pce 37 p.2-5]) ; prises de position des 9 mars 2018 et 4 septembre 2018 du Dr F._____.

médecin généraliste auprès du Service médical régional [SMR ; AI pces 65 et 73] ; rapport du 18 avril 2017 du Dr G. _____ [spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès de la Clinique H. _____ spécialisée en rhumatologie et réhabilitation interne [AI pce 37 p. 6 ss] ; rapport du 27 juin 2018 du Dr I. _____ [rhumatologue ; AI pce 70] ; rapport du 13 juillet 2018 de la Dresse J. _____ [AI pce 69]).

B.c Par décision rendue le 12 novembre 2018 à l'issue de la procédure d'instruction, l'OAIE a confirmé le projet de décision du 7 septembre 2018 de l'OAI du canton D. _____ et rejeté la demande de prestations d'invalidité de A. _____, considérant que malgré les atteintes à la santé que celle-ci présentait, l'accomplissement des travaux habituels ainsi que l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel demeuraient exigibles dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (AI pces 73, 74 et 75).

C.

C.a Par envoi du 19 décembre 2018 (timbre postal), A. _____ recourt devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) contre la décision du 12 novembre 2018 dont elle requiert l'annulation en concluant implicitement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, elle produit un rapport du 14 décembre 2018 du Dr K. _____ (rhumatologue) et un rapport du 17 décembre 2018 du Dr L. _____ (TAF pce 1 et annexes).

C.b Par réponse du 2 avril 2019, l'OAIE conclut à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause en vue d'un examen rhumatologique et psychiatrique exhaustif permettant d'évaluer la capacité de travail de la recourante. A l'appui de ses conclusions, l'autorité inférieure se fonde sur la prise de position SMR établie le 26 février 2019 par le Dr F. _____ (généraliste [TAF pce 7]).

C.c Par ordonnance datée du 17 avril 2019 et notifiée le 24 avril 2019, le Tribunal a transmis la réponse de l'OAIE et invité l'assurée à répliquer dans les 30 jours suivant la notification (TAF pces 8-9).

C.d A. _____ n'a pas répliqué dans le délai imparti. Par courrier électronique du 4 juin 2019, elle a en revanche indiqué se trouver dans l'attente de rapports médicaux complémentaires (TAF pce 10).

C.e Par ordonnance du 29 août 2019, le Tribunal a transmis le courriel précité à l'OAIE et clôturé l'échange d'écritures (TAF pce 13).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants de droit qui suivent.

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), ce dernier connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

1.3 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 (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable, l'avance sur les frais de procédure ayant été de surcroît dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA).

2.

Le présent litige porte sur le refus – par décision du 12 novembre 2018 – d'une première demande de prestations AI déposée le 27 janvier 2017 auprès de l'assurance-invalidité suisse par une ressortissante portugaise domiciliée au Portugal.

3.

3.1 La recourante étant de nationalité portugaise et domiciliée au Portugal, la cause doit 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, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681) dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

4.

4.1 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, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 129 V 1 consid. 1.2; voir ég. arrêts du TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 et 9C_488/2012 du 25 janvier 2013 s'agissant des conditions d'une extension au-delà de la date de la décision). Ainsi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné en l'espèce au regard des dispositions de la 6^e révision (premier volet) de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), la décision attaquée ayant été prononcée le 12 novembre 2018 (pce 75).

4.2 Il est également rappelé que le pouvoir d'examen du Tribunal est limité aux faits survenus jusqu'au prononcé de la décision attaquée (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1, 121 V 362 consid. 1b). Les faits qui sont survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; arrêt du TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

In casu, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse du 12 novembre 2018 – en particulier ceux établis le 14 décembre 2018 par le Dr K._____ (rhumatologue) et le 17 décembre 2018 par le Dr L._____ – seront pris en considération dès lors 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 (cf. consid 9.1 infra).

4.3 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46

consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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, 2^e éd. 2013, p.25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

5.

Aux termes de l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants lors de la survenance de l'invalidité, a droit à une rente ordinaire (al. 1). Les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004).

En l'espèce, il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante (AI, pce 12), que celle-ci compte plus de trois années de cotisations à l'AVS/AI, de sorte qu'elle remplit la condition afférant à la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

6.

6.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

6.2 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 (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

6.2.1 L'incapacité de gain constitue toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

6.2.2 Par incapacité de travail, l'on entend toute perte, totale ou partielle, 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, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. 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).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6 ; 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

7.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes

directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

7.2.1 Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les réf. cit. ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

7.2.2 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3). Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

7.2.3 Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même

minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

7.2.4 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

8.

En l'espèce, l'instruction de la cause a porté au dossier la principale documentation médicale suivante :

- le dossier radiologique de la recourante (cf. Al pce 26 p. 17-23, 25) ;

- un rapport du 4 décembre 2016 du Dr M._____ (spécialiste en médecine interne [AI pce 26 p. 28]) ;
- un rapport établi le 2 mars 2017 par le Dr E._____ (rhumatologue) qui observe une cervico-brachialgie chronique gauche; des dégénérescences modérées avec discopathie et petite hernie discale médiane au niveau du rachis thoracique supérieur; un syndrome du défilé thoracobrachial gauche avec compression de l'artère subclavière, une chondropathie rétropatellaire significative du genou gauche. Le rhumatologue - qui évoque l'éventualité d'une intervention chirurgicale sur le plan orthopédique (cf. p. 1 § 1) - diagnostique des douleurs cervico-spondylogènes chroniques avec répercussions sur la capacité de travail depuis 2010/2011, ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire, sans signe de maladie systémique inflammatoire sous-jacente en présence de plaintes multiloculaires sans incidence sur la capacité de travail (AI pce 30 ; voir également questionnaire du 23 juin 2017 [AI pce 37 p. 2-4], rapport du 22 février 2017 [AI pce 31] et rapport du 12 octobre 2016 [AI pce 62]) ;
- un rapport établi le 18 avril 2017 par le Dr G._____ (spécialiste en médecine générale interne, rhumatologie et médecine physique auprès de la Clinique H._____ spécialisée en rhumatologie et réhabilitation interne) qui observe un rhumatisme chronique modéré des tissus mous dans un contexte de malformation et mauvaise posture de la colonne vertébrale, des déséquilibres musculaires marqués avec tendance à une hyperlaxité généralisée, des dégénérescences au niveau de la colonne cervicale, du rachis thoracique, des articulations acromio claviculaires, de la main droite et du genou gauche. Il pose les diagnostics de rhumatisme chronique non spécifique des tissus mous (CIM-10 R52.2) et de syndrome du défilé thoracobrachial (CIM-10 G54.0), nonobstant lesquels, la patiente devrait pouvoir recouvrer une capacité de travail comme auxiliaire de ménage au terme d'une rééducation de 3-4 semaines en sus du traitement médical prescrit (AI pce 37 p. 6-10) ;
- une prise de position SMR établie le 9 mars 2018 par le Dr F._____ (généraliste) qui considère que les documents médicaux versés au dossier ne permettent pas d'identifier une pathologie spécifique mise à part un syndrome du défilé thoracobrachial gauche qui diminue les efforts spécialement dans le bras gauche, en particulier à l'élévation. Le médecin préconise l'attente d'un rapport rhumatologique actuel exhaustif avant de se prononcer définitivement sur la capacité de travail de l'assurée (AI pce 65) ;

- un rapport du 27 juin 2018 établi par le Dr I. _____ (rhumatologue) qui observe la présence de 13/18 points fibromyalgiques. La pathologie - caractérisée par une douleur généralisée et une fatigue persistante à défaut d'un sommeil réparateur - s'inscrit dans un contexte clinique entraînant des limitations fonctionnelles marquées par les douleurs (AI pce 70) ;
- un rapport établi le 13 juillet 2018 par la Dresse J. _____ (médecin auprès de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants) qui pose le diagnostic de fibromyalgie – à laquelle est associée une symptomatologie dépressive chronique persistant depuis 5 ans - fondé sur l'observation de 13/18 points fibromyalgiques, sans limitation de la mobilité des membres supérieurs et inférieurs, mais diminution de la motricité, sans pour autant empêcher l'exercice du métier de femme de ménage qui demeure exigible à temps complet (AI pce 69) ;
- une prise de position SMR du 4 septembre 2018 dans laquelle le Dr F. _____ (généraliste) diagnostique, d'une part, une fibromyalgie sans répercussion sur la capacité de travail ; d'autre part, un syndrome paravertébral chronique et récurrent (M47.8) ainsi qu'un syndrome du défilé thoracobrachial entraînant dès le 2 mars 2017 une incapacité de travail de 30% dans l'exercice de l'activité habituelle et de 23 % dans celui des travaux ménagers, une activité de substitution adaptée aux limitations fonctionnelles demeurant exigible sans objections (AI pce 73) ;
- un rapport du 14 décembre 2018 dans lequel le Dr K. _____ (rhumatologue) pose le diagnostic de fibromyalgie avec douleurs chroniques et d'état dépressif majeur, entraînant une incapacité de travail malgré le traitement médical suivi (TAF pce 1 annexes) ;
- un rapport du 17 décembre 2018 du Dr L. _____ qui diagnostique principalement une fibromyalgie avec douleurs chroniques depuis deux ans et un état dépressif majeur entraînant une incapacité de travail (TAF pce 1 annexes) ;
- une prise de position SMR du 26 février 2019 dans laquelle le Dr F. _____ (généraliste) relève que les rapports médicaux produits en instance de recours ajoutent le diagnostic d'état dépressif majeur à ceux déjà connus et suggère d'effectuer un examen rhumatologique et psychiatrique exhaustif de l'état de santé de la recourante (TAF pce 7).

9.

9.1 A la lecture de ce qui précède, les diagnostics invalidants retenus en l'espèce font état :

- de fibromyalgie (cf. rapport du 27 juin 2018 du Dr I. _____ [rhumatologue ; AI pce 70] ; rapport du 17 décembre 2018 de la Dresse J. _____ [médecin auprès de la Commission administrative pour la sécurité des travailleurs migrants ; AI pce 69] ; rapport du 14 décembre du Dr K. _____ [rhumatologue] ; rapport du 17 décembre 2018 du Dr L. _____ [TAF pce 1 annexes]);
- d'état dépressif majeur (cf. rapports des 14 et 17 décembre 2018 posés par les Drs K. _____ [rhumatologue], respectivement L. _____ [cf. TAF pces 1 annexes]) ;
- de syndrome du défilé thoracobrahial gauche et de douleurs cervico-spondylogènes chroniques (cf. rapport du 2 mars 2017 du Dr E. _____ [rhumatologue ; AI pce 30] ; rapport du 18 avril 2017 du Dr G. _____ [spécialiste en médecine générale interne, rhumatologie et médecine physique auprès de la Clinique H. _____ spécialisée en rhumatologie et réhabilitation interne ; AI pce 37 p. 6-10] ; prises de position SMR des 9 mars 2018 et 4 septembre 2018 du Dr F. _____ [spécialiste en médecine interne ; AI pces 65 et 73] ; rapport du 14 décembre 2018 du Dr K. _____ [rhumatologue ; TAF pce 1 annexes] ; rapport du 17 décembre 2018 du Dr L. _____ [TAF pce 1 annexes]).

9.2 A propos des troubles psychiques tels les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (ou troubles somatoformes douloureux), les autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) ou encore les troubles dépressifs légers à moyens, le Tribunal fédéral a établi dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique supposait la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et devait s'appuyer, lege artis, sur les critères d'un système de classification reconnu tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 396 consid. 6.3 ; arrêt du TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Il a jugé ensuite que la capacité de travail exigible des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée devait dorénavant être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, permettant, d'une part, de mettre en lumière des facteurs d'incapacités et, d'autre part, les ressources des personnes concernées (ATF 141 V 281

consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les réf. cit.).

Dans deux arrêts subséquents publiés aux ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a précisé que l'approche développée dans le cadre des troubles somatoformes douloureux devait dorénavant s'appliquer à tous les troubles psychiques, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, qui devaient dès lors, en principe, faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les réf. cit.), afin d'établir l'existence d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique devait être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figuraient notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Ainsi, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5; 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2; 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324), telles la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12).

9.3 Compte tenu des diagnostics d'état dépressif majeur et fibromyalgie posés en l'espèce, il apparaît qu'en statuant sans avoir recueilli l'avis d'un spécialiste en psychiatrie, ni avoir ordonné la mise en oeuvre d'une expertise bi-disciplinaire impliquant tout du moins une évaluation rhumatologique et psychiatrique de l'assurée, ainsi qu'un examen du cas d'espèce à la lumière des indicateurs standards susmentionnés (cf. consid. 9.2 supra), l'autorité inférieure n'a pas pris toutes les mesures d'instruction ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Dans ces circonstances, le

Tribunal ne voit pas de motifs justifiant de s'écarter des conclusions concordantes des parties tendant à admettre partiellement le recours, à annuler la décision attaquée et à renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin d'en compléter l'instruction avant de rendre une nouvelle décision.

10.

Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'annuler la décision du 12 novembre 2018 et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire dans les domaines précités, auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), désignés dans le respect des droits de participation de l'assurée (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72bis al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée dans son métier, dans une activité lucrative raisonnablement exigible, ainsi que dans l'accomplissement des tâches ménagères au moment de l'établissement de leur rapport. En particulier, ils procéderont à un examen global à l'aune des indicateurs standards prévus par la jurisprudence fédérale (cf. ATF 141 V 281), ainsi qu'à une évaluation interdisciplinaire portant sur l'ensemble des pathologies diagnostiquées. Le cas échéant, ils recueilleront les avis d'autres spécialistes – en particulier dans le domaine de l'orthopédie, compte tenu du rapport du 2 mars 2017 du Dr E. _____ (cf. consid. 8 supra ; AI pce 30 p.1 § 1) – étant rappelé qu'il incombe en premier lieu aux experts de déterminer l'étendue des investigations médicales indispensables en l'espèce (ATF 139 V 349 consid. 3.3 ; arrêt du TF 8C_12472008 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). L'expertise sera pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée au Portugal, l'on ne voit pas, de surcroît, les motifs pour lesquels l'exécution de cette expertise en Suisse pourrait se révéler une mesure disproportionnée.

11.

11.1 Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al.1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 800.- (pces TAF 3 et 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

11.2 Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'espèce, la recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (cf. art 64 al. 1 PA et art. 7 FITAF). L'autorité inférieure n'a pas droit à des dépens (cf. art 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure sur la page suivante).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 12 novembre 2018 est annulée. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Thiviya Asaipillai

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :