Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour I
A-5095/2012

Arrêt du 21 octobre 2014

Composition

Pascal Mollard (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Markus Metz, juges,
Raphaël Bagnoud, greffier.

Parties

A._____,
recourante,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE, Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 4 septembre 2012).

Faits :

A.
A._____ (ci-après: l'assurée), née le 2 décembre 1972, est une ressortissant suisse actuellement domiciliée à ***, en France. Sa dernière activité professionnelle salariée fut celle de caissière, qu'elle exerça à partir mai 2006 dans le canton de Bâle-Ville (cf. dossier de l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à étranger [OAIE], pièces n° 2 [p. 5], 22 et 25 [p. 2 ss]). Placée en arrêt maladie de longue durée dès le 11 décembre 2009 pour des problèmes de santé physique, avec notamment d'importants vomissements (cf. not. dossier OAIE, pièces n° 4 et 12), l'assurée reçut son licenciement avec effet au 31 mai 2011 par lettre du 24 mars 2010 (cf. dossier OAIE, pièces n° 11). Le 8 juin 2010, l'assurée déposa une demande de prestations de l'assurance-invalidité, parvenue à l'office AI de Bâle-Ville le 23 juin 2010 (dossier OAIE, pièce n° 2).

B.
Par décision du 4 septembre 2012, l'OAIE alloua à l'assurée une rente entière d'invalidité de décembre 2010 à août 2011, sur la base d'un taux d'invalidité de 81 % dès le 10 décembre 2010, puis de 19 % à compter du 15 juin 2011 (dossier OAIE, pièce n° 84 [p. 3 ss]; cf. également pièces n° 69 et 70). Par mémoire déposé le 27 septembre 2012, l'assurée (ci-après: la recourante) a interjeté recours au Tribunal administratif fédéral contre cette décision, en faisant valoir qu'au vu des certificats médicaux délivrés par différents spécialistes, son état de santé ne correspondait pas au degré d'invalidité de 19 % reconnu à partir du 15 juin 2011. Invitée à plusieurs reprises à se prononcer à ce sujet, ainsi que sur la nombreuse documentation médicale transmise par la recourante dans le cadre de la procédure devant le Tribunal administratif fédéral, l'OAIE (ci-après: l'autorité inférieure) a conclu au rejet du recours (cf. dossier du Tribunal, pièces n° 5, 12, 20 et 45).

Pour autant que besoin, les autres faits seront exposés dans les considérants qui suivent.

Droit :

1.
1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), celui-ci connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE (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]). En vertu de l'art. 19 al. 3 LTAF, tout juge du Tribunal administratif fédéral peut être appelé à siéger dans une autre cour. Dans le cadre d'une collaboration entre les cours du Tribunal et d'une mesure de soutien visant à décharger la Cour III, la présente procédure a été reprise par la Cour I et la référence A-5095/2012 a remplacé la référence initiale C-5095/2012.

1.2 Selon l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de cette loi s'appliquent aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA sont applicables à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, la recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Elle a donc qualité pour recourir. Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA), le recours est en outre recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.4

1.4.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'autorité (administrative ou judiciaire) compétente constate les faits d'office, avec la collaboration des parties et administre les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2). La portée du principe inquisitoire est cependant restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 du 5 septembre 2014 consid. 1.4.1 et C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7).

L'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1)

Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction, respectivement à l'administration d'une preuve, lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait et est convaincue qu'une telle mesure ne pourraient l'amener à modifier son opinion (appréciation anticipée; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-525/2009 du 18 juin 2010 consid. 4). Si de tels doutes subsistent, il appartient à l'autorité de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 précité 2014 consid. 1.4.1).

1.4.2 Lorsqu'il s'agit en particulier de déterminer la capacité de travail d'un assuré dans une activité lucrative ou dans l'accomplissement des travaux habituels, l'administration et les tribunaux doivent s'appuyer sur des rapports médicaux concluants, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). 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; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-1373/2012 précité consid. 1.4.2).

La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 cons. 3b/aa et 118 V 290 consid. 1b). Selon la jurisprudence, un tel motif peut notamment consister dans le fait que l'expertise contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêts du Tribunal fédéral 9C_459/2009 du 31 mars 2010 consid. 2.2 et I 582/05 du 5 octobre 2006 consid. 4.2; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-525/2010 précité consid. 7.4.1).

Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5930/2008 du 7 juillet 2010 consid. 5.2). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la

procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation, et le juge ne saurait l'écarter pour ce seul motif, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5930/2008 précité consid. 7.2.4).

2.

2.1 Selon une jurisprudence constante, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en compte les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral A-6367/2012 du 20 mai 2014 consid. 2.2 et 2.3 et A-846/2012 du 8 septembre 2014 consid. 3.1). Dans le cas présent, la demande de prestation a été déposée le 8 juin 2010, alors que la décision entreprise a été rendue le 4 septembre 2012 (cf. let. B ci-avant). Par conséquent, le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5129), d'une part, ainsi que, d'autre part, concernant les éventuels faits postérieurs au 1er janvier 2012, sur la base des dispositions du premier volet de la 6e révision (RO 2011 5659), valable dès cette dernière date.

2.2 En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3). Concrètement, le Tribunal peut donc se limiter à examiner le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité suisse entre décembre 2010 (six mois après le dépôt de la demande) et le 4 septembre 2012, 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, 129 V 222 consid. 4.1 et 121 V 362 consid. 1b).

3.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, tout requérant 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 et 28a LAI); d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'occurrence, il ressort du dossier que cette dernière condition n'est pas litigieuse, de sorte qu'il convient à présent de se pencher sur la question de l'invalidité de la recourante.

4.

4.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. L'invalidité est ainsi une notion juridico-économique et non pas médicale et son taux ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le médecin. Ce sont donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 116 V 246 consid. 1b et 110 V 273 consid. 4). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé et non la maladie en tant que telle. Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent des éléments utiles pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente suppose cumulativement que l'assuré ne puisse rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il présente une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il soit invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) : ainsi, 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% ou plus.

4.2 Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28*a* 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 il ne peut être exigé 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. 28*a* al. 2 LAI et art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; SR 831.201]), telles les tâches domestiques (méthode spécifique). 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 (ATF 130 V 61 consid. 6.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-311/2012 précité consid. 5.4).

Le choix de la méthode d'évaluation – méthode générale de comparaison des revenus, méthode spécifique ou méthode mixte – dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (méthode générale), assuré non actif (méthode spécifique), assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (méthode mixte; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-311/2012 du 18 décembre 2012 consid. 5.3). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant 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 137 V 334 consid. 3.2 et 117 V 195 consid. 3b, arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2001 du 9 juillet 2012 consid. 5; arrêt du Tribunal administratif fédéral A-311/2012 précité consid. 5.3).

4.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente doit être augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 LPGA). L'art. 88a al. 1 RAI prévoit en outre que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5.

5.1 En l'espèce, par la décision entreprise du 4 septembre 2012 (dossier OAIE, pièce n° 84), l'autorité inférieure a octroyé à la recourante une

rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1er décembre 2010 au 31 août 2011, sur la base d'un degré d'invalidité évalué – en application de la méthode mixte – à 81 % (à cet égard, cf. notamment le rapport d'enquête sur les activités ménagères de l'office AI de Bâle-Ville du 4 avril 2012 [dossier OAIE, pièce n° 67], ainsi que le rapport d'expertise établi par le BEGAZ [Begutachtungszentrum BL] en septembre 2010 sur mandat de l'assureur [dossier OAIE, pièce n° 34]). Se référant à l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante constatée dans le second rapport d'expertise réalisé par le BEGAZ sur demande de l'Office AI de Bâle-Ville en septembre 2011 (cf. dossier OAIE, pièce n° 53), l'autorité inférieure a en outre estimé que dès juin 2011, le taux d'invalidité de la recourante ne se montait plus qu'à 19 % et que le droit aux prestations s'était en conséquence éteint au 31 août 2011.

5.2 La recourante conteste la décision de l'autorité inférieure en ce qu'elle lui attribue un taux d'invalidité de 19 % à partir du 16 juin 2011. Elle fait valoir qu'au vu des certificats médicaux délivrés par différents spécialistes, ce degré d'invalidité ne correspond pas à son état de santé. A cet égard, il s'agit de rappeler à titre liminaire que l'invalidité au sens de la loi est une notion avant tout économique et non pas médicale, et qu'elle se détermine sur la base de la diminution de la capacité de gain de l'assuré, et non de l'évolution de son état de santé ou de sa capacité de travail (cf. consid. 4.1 et 4.2 ci-avant). Par ailleurs, il apparaît qu'une partie de la documentation médicale versée au dossier de la cause par la recourante est postérieure au 4 septembre 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de céans, et porte donc sur des faits qui sortent du cadre délimité par l'objet du litige (cf. consid. 2 ci-avant). Dans la mesure où la recourante estime que les documents en question font état d'une péjoration significative de son état de santé propre à influencer le degré d'invalidité, il lui est loisible de présenter une nouvelle demande afin que sa situation fasse l'objet d'une nouvelle appréciation et décision de la part de l'autorité inférieure.

La présente procédure de recours tend ainsi uniquement à vérifier si à compter du mois de juin 2011, la recourante présentait, ou non, un degré d'invalidité suffisant pour continuer à prétendre à l'octroi de prestations (cf. consid. 4.1 ci-avant).

5.3 En l'occurrence, il ressort du dossier de la cause que c'est sur la base de la seconde expertise du BEGAZ du 5 septembre 2011 (dossier OAIE,

pièce n° 53), laquelle conclut que l'on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle exerce son ancienne activité de caissière à raison de cinq heures par jour sans restriction de rendement, que l'autorité inférieure a considéré que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré de manière à entraîner une modification notable du degré d'invalidité au sens des art. 17 LPGA et 88a al. 1 RAI (cf. consid. 4.3 ci-avant) et qu'elle a en conséquence supprimé, à compter du 31 août 2011, le droit à une rente entière d'invalidité reconnu à partir du 1er décembre 2010.

A cet égard, on relèvera que l'expertise a été réalisée conjointement par le Dr X._____, spécialiste FMH en médecin générale, et le Dr Y._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'examens personnels de la recourante au cours desquels celle-ci a pu exprimer ses ressentis, que la description du contexte médical et l'appréciation des experts sont claires et leurs conclusions objectivement motivées. D'un point de vue formel, la force probante du rapport d'expertise n'est ainsi pas contestable. Il convient dès lors d'examiner si, sur le fond également, ce rapport apparaît convaincant ou si, au contraire, des éléments du dossier viennent remettre en cause ses conclusions (cf. consid. 1.4.2 ci-avant).

5.4

5.4.1 Sur le plan psychiatrique, le rapport du Dr Y._____ du 24 août 2011 – largement reprise dans l'expertise du BEGAZ, à laquelle il a en outre été joint (cf. dossier OAIE, pièce n° 53, p. 21 ss) – est très fouillé, se fonde sur une anamnèse complète, dresse un tableau détaillé des plaintes subjectives de la recourante et un constat objectif clair et circonstancié des troubles psychiques – liés notamment aux difficultés rencontrées lors de son enfance et dans le cadre de son second mariage par la recourante, à la résiliation de son contrat de travail et à la persistance d'une hypokaliémie d'origine inconnue – ayant une influence sur la capacité de travail de celle-ci (cf. également le rapport du 6 septembre 2010 [dossier OAIE, pièce n° 34, p. 19 ss], auquel il est renvoyé pour l'anamnèse). Les conclusions de l'expert, selon lesquelles, d'un point de vue psychiatrique, l'état de santé de la recourante ne justifie pas une incapacité totale de travail et devrait lui permettre d'exercer son ancienne activité de caissière à raison de cinq heures par jour, sans diminution de rendement, sont en outre dûment motivées (cf. rapport du 24 août 2011, ch. 5 p. 7 ss [dossier OAIE, pièce n° 53, p. 27 ss]). Partant, le rapport d'expertise apparaît pleinement probant.

5.4.2 Concernant par ailleurs les avis contradictoires versés au dossier, à savoir les nombreux certificats médicaux établis par le médecin psychiatre traitant de la recourante, le Dr B._____, praticien au centre hospitalier de *** (cf. not. dossier OAIE, pièce n° 86 p. 6, n° 72 p. 4, n° 66 p. 5 et n° 59 p. 4), il sied d'abord de relever que le diagnostic de trouble anxio-dépressif chronique rentrant dans un contexte post-traumatique complexe posé par celui-ci ne diffère pas sensiblement de celui de trouble de la personnalité (évitante) anxieuse avec épisode dépressif retenu dans l'expertise (cf. rapport du 24 août 2011, p. 7 [dossier OAIE, pièce n° 53 p. 27]). Il apparaît en outre que les incapacités de travail attestées par le médecin traitant de la recourante ne sont que très succinctement, voire pas motivées du tout. Enfin, il apparaît que l'avis médical de ce dernier a été pris en compte par l'expert-psychiatre dans le cadre de son rapport du 24 août 2011 (cf. not. p. 1 ["Vorbemerkungen"] et ch. 5. p. 7 [dossier OAIE, pièce n° 53, p. 21 et 27]).

Eu égard à ce qui précède (cf. consid. 5.3 et 5.4.1 ci-avant) et compte tenu de la différence consacrée par la jurisprudence entre le mandat d'expert et celui de médecin traitant (cf. consid. 1.4.2 *i.f.* ci-avant), il convient dans ces circonstances de donner la préférence à l'avis du Dr Y._____. Partant, l'autorité inférieure était fondée à retenir que les troubles psychiques de la recourante ne l'empêchaient plus de recouvrer une certaine capacité de travail dans son ancienne activité de caissière, de l'ordre de 60 %.

5.5

5.5.1 Sur le plan somatique, le rapport d'expertise ne comporte en revanche que peu d'indications, notamment quant à l'hypokaliémie dont souffre la recourante, qui est simplement mentionnée en fin de rapport (cf. pièce n° 53, p. 19). Il ne contient en particulier aucun renseignement sur la présence ou l'absence des symptômes que ce trouble hydro-électrique peut provoquer, tels que fatigue (asthénie), douleurs musculaires ou nausées, ni n'expose les raisons qui ont conduit l'expert à considérer que d'un point de vue somatique, cette problématique n'avait en l'occurrence aucune incidence sur la capacité de travail de la recourante (cf. dossier OAIE, pièce n° 53 p. 18). Cela peut surprendre, dans la mesure où, si le premier rapport du BEGAZ du 16 septembre 2010 indique certes que les causes de l'incapacité seraient avant tout d'ordre psychiques (dossier OAIE, pièce n 34, p. 6 i.f.; cf. également, à cet égard, pièce n° 26, p. 2 à 4), il y est néanmoins constaté que l'hypokaliémie avait des répercussions sur la capacité de travail et qu'un pronostic ne pouvait être établi de façon sûre à cet égard (cf. dossier

OAIE, pièce n° 34, p. 16 *i.f.* et 18 *a.i.*; cf. également les conclusions de l'expert-psychiatre, pièce n° 34, p. 26 *i.f.*).

Il ressort par ailleurs du dossier que c'est en raison de problèmes de santé liés à des carences en potassium qu'en décembre 2009 – période à laquelle l'autorité inférieure fait partir le délai d'une année d'incapacité (voir l'exposé des motifs joint à la décision entreprise, dossier OAIE, pièce n° 84, p. 9 *i.f.*) – d'une part, la recourante a été mise en arrêt de travail (cf. not. dossier OAIE, pièces n° 49 p. 1 ss et p. 20, n° 34 p. 17, n° 27, p. 2, n° 26 p. 3 *i.f.* et n° 23 p. 3 ss) et, d'autre part, que sa tentative de reprendre son activité à 50 % en mars 2010 a, selon les dires de l'intéressée, échoué (cf. not. dossier OAIE, pièce n° 27 p. 2, n° 21 p. 1 et n° 20 p. 2 [ch. 3.9]). Il apparaît ainsi que l'hypokaliémie dont souffre la recourante, sur laquelle reposait initialement son incapacité de travail, est ensuite considérée comme n'ayant plus aucune répercussion sur la capacité de celle-ci à exercer son activité de caissière, sans qu'il soit possible, sur la base du dossier, d'établir en quoi l'état de santé de la recourante s'est amélioré, ni le moment à partir duquel cette amélioration est survenue, respectivement l'absence de symptômes a été constatée.

5.5.2 Compte tenu de ce qui précède, l'autorité de céans considère qu'une instruction complémentaire, portant sur l'incidence de l'hypokaliémie sur la capacité de travail de la recourante, était nécessaire. Cela se justifiait d'autant plus que cette dernière a, à plusieurs reprises, fait état de symptômes potentiellement liés à ce trouble, tels que fatigues importantes, douleurs musculaires ou aux extrémités ou encore nausées et vomissements (cf. not dossier OAIE, pièces n° 67 p. 2, n° 34 p. 11 et n° 21 p. 2), et qu'il apparaît par ailleurs que l'hypokaliémie de la recourante s'est aggravée postérieurement à l'établissement du rapport d'expertise du 5 septembre 2011, avec un taux de potassium régulièrement inférieur à 2,7 mmol/l. et pouvant chuter jusqu'à 2,0 mmol/l. (hypokaliémie sévère; cf. not. dossier OAIE, pièces n° 81 p. 3 à 5 et p. 9, n° 79 p. 4 et 6, n° 74 p. 4 ss, n° 71 p. 1, n° 70 p. 2 s., n° 66 p. 2 s., n° 64 p. 5 et n° 63 p. 3; cf. également pièces n° 72 p. 9 s.), nécessitant des hospitalisations réitérées (cf. not. dossier OAIE, pièces n° 72 p. 6 s. et n° 66 p. 4) et la prise de médicaments à des doses conséquentes (cf. en particulier dossier OAIE, pièce n° 72, p. 7).

Partant, le Tribunal de céans est d'avis qu'en n'éclaircissant pas d'avantage la question de l'incidence de l'hypokaliémie sur la capacité de travail de la recourante, l'autorité inférieure n'a pas satisfait à son devoir d'instruction (cf. consid. 1.4.1 et 1.4.2 ci-avant) et qu'en l'état, le dossier

ne permet en conséquence pas de se prononcer sur le droit de l'intéressée à des prestations de l'assurance-invalidité postérieurement au 31 août 2011.

5.6 Au surplus, on remarquera que pour fixer à cette dernière date l'extinction du droit à la rente, l'autorité inférieure a tenu compte d'une amélioration de l'état de santé constatée au moment de l'expertise, en juin 2011 (voir l'exposé des motifs joint à la décision entreprise, dossier OAIE, pièce n° 84, p. 11 ["Bereich Erwerbstätigkeit"]. Or, il apparaît que le second rapport du BEGAZ du 5 septembre 2011, qui fixe – arbitrairement (cf. dossier OAIE, pièce n° 53, p. 19) – l'amélioration de l'état (psychique) de la recourante à la date de l'expertise, a été établi sur la base d'examens réalisés durant le mois d'août 2011 (cf. dossier OAIE, pièce n° 53, p. 3). La décision de l'autorité inférieure ne contient aucune explication sur les motifs qui l'ont amené, dans ces conditions, à faire remonter la date de l'amélioration au mois de juin 2011, de sorte qu'elle apparaît aussi litigieuse à cet égard.

5.7 Dans de telles circonstances, compte tenu des lacunes constatées (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, étant précisé que, dans ce cadre, la recourante pourra bénéficier des garanties de procédure introduites par l'ATF 137 V 210. En particulier, l'autorité inférieure veillera à requérir l'établissement d'une nouvelle expertise afin de recueillir des informations plus détaillées concernant les répercussions de l'hypokaliémie sur la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité de caissière, ainsi que tout autre rapport que l'appréciation de l'état de santé de cette dernière devait rendre nécessaire. D'autre part, elle s'attachera à traiter la question de la date à compter de laquelle l'amélioration de l'état psychique de la recourante a pu être constatée. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'administration pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

5.8 Dans la mesure où le montant de la rente entière allouée pour les mois de décembre 2010 à fin août 2011 n'est pas contesté, il convient de confirmer la décision entreprise du 4 septembre 2012 sur ce point, afin de permettre à la recourante de bénéficier des prestations en question. Partant, il n'y a lieu d'annuler que partiellement la décision de l'autorité inférieure et de la confirmer – partiellement – en ce qu'elle porte sur l'allocation d'une rente entière d'invalidité, d'un montant total de Fr. 9'037.--, pour la période allant du 1er décembre 2010 au 31 août 2011.

6.
Selon la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Partant, il n'y a en l'occurrence pas lieu de percevoir de frais de procédure (cf. art. 69 al. 2 LAI et art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr. 400.-- versée par la recourante lui sera en conséquence restituée dès l'entrée en force du présent arrêt, à charge pour cette dernière de communiquer un numéro de compte bancaire au moyen duquel le remboursement puisse intervenir. Dans la mesure où la recourante, qui est assistée dans ses démarches par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens (CPTFE), n'a produit aucune note de frais de représentation et n'a en outre pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, une indemnité à titre de dépens ne lui est pas allouée (art. 64 al. 1 PA *a contrario* 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]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 4 septembre 2012 est partiellement annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et pour nouvelle décision au sens des considérants 5.7 et 5.8.

2.
La décision du 4 septembre 2012 est partiellement confirmée en ce qu'elle octroie à la recourante une rente entière d'invalidité d'un montant total de Fr. 9'037.-- pour la période du 1er décembre 2010 au 31 août 2011.

3.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 400.-- est restituée à la recourante dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.
Il n'est pas alloué de dépens.

5.
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.

Le président du collège : Le greffier :

Pascal Mollard Raphaël Bagnoud

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Le mémoire doit être rédigé dans une langue officielle et 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 :