Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-311/2012

Arrêt du 13 décembre 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Elena Avenati et Beat Weber, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, 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 5 décembre 2011).

Faits :

A.
La recourante A._____ est une ressortissante portugaise née le […] 1957. Mariée et mère de deux enfants (une fille née le […] 1977 et un garçon né le […] 1985), elle a travaillé en Suisse pendant 32 mois de 1990 à 1992 (dossier OAIE, p. 61) puis est retournée vivre au Portugal où elle n'a plus exercé d'activité lucrative (cf. dossier OAIE, p. 160 n° 3.4.3 s.). Souffrant d'un cancer du sein, elle subit une mastectomie radicale modifiée le 18 août 2008 (rapport médical du 30 avril 2009 [dossier OAIE, p. 59]). Une première demande de rente auprès des autorités suisses, déposée le 2 juin 2009 (formulaire E 204 du 3 novembre 2009 [dossier OAIE, p. 7 n° 14]), est rejetée par décision du 17 juin 2010 (dossier OAIE, p. 106 ss) confirmée par arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5334/2010 du 17 mai 2011 entré en force (dossier OAIE, p. 175 ss).

B.
En date du 21 février 2011 (formulaire E 204 du 11 avril 2011 [dossier OAIE, p. 142 n° 14]), l'assurée présente une deuxième demande de prestations auprès de l'Office de liaison portugais, lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE). Dans le cadre de cette nouvelle procédure, l'autorité inférieure recueille notamment un rapport psychiatrique du 18 janvier 2010 [recte: 2011] (dossier OAIE, p. 166), un rapport radiographique du 31 janvier 2011 (dossier OAIE, p. 167), un rapport médical E 213 du 28 mars 2011 (dossier OAIE, p. 159 ss) et une prise de position du service médical de l'OAIE du 25 septembre 2011 (dossier OAIE, p. 193).

C.
Le 29 septembre 2011 (dossier OAIE, p. 195), l'OAIE informe l'intéressée qu'il entend ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, motifs pris que cette dernière n'a pas établi de manière plausible que, depuis le rejet de première demande de prestations en date du 17 juin 2010, l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer le droit aux prestations. Il lui imparti un délai de 30 jours pour déposer ses observations éventuelles. L'assurée renonce à se déterminer dans le délai requis.

D.
Par décision du 5 décembre 2011 (dossier OAIE, p. 197 s), l'autorité inférieure retient que la nouvelle demande ne peut pas être examinée, en reprenant la motivation du projet de décision.

E.
Par courrier du 10 janvier 2012 envoyé au Tribunal administratif fédéral (pce TAF 1), l'assurée produit des certificats médicaux non encore versés au dossier des 2 mai 2000 (pce TAF 1 p. 3), 17 mars 2010 (pce TAF 1 p. 4), 28 décembre 2010 (pce TAF 1 p. 13), 15 novembre 2011 (pce TAF 1 p. 17), 21 novembre 2011 (pce TAF 1 p. 18), 30 décembre 2011 (pce TAF 1 p. 15) et 10 janvier 2012 (pce TAF 1 p. 1) ainsi que des résultats d'échographies de la tyroïde et des imageries médicales.

F.
Par décision incidente du 30 janvier 2012 (pce TAF 3), le Tribunal de céans invite la recourante, dans un délai de 5 jours dès notification dudit acte, à produire un mémoire de recours dûment signé et à régulariser le recours en indiquant clairement les motifs et conclusions. L'assurée s'exécute par acte du 7 février 2012 (pce TAF 5).

G.
Ensuite, le Tribunal de céans, par décision incidente du 3 avril 2012 (pce TAF 6), invite l'intéressée à verser, jusqu'au 3 mai 2012, une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-, sous peine d'irrecevabilité du recours. L'assurée répond qu'elle dispose de ressources financières limitées et demande à être exonérée des frais de procédure (courrier du 18 avril 2012 [pce TAF 8]).

Par décision incidente du 27 avril 2012 (pce TAF 9), le Tribunal administratif fédéral annule l'acte précité du 3 avril 2012. Il invite également la recourante, dans un délai de 30 jours dès réception de ladite décision, à remplir le formulaire "Demande d'assistance judiciaire" en y joignant les moyens de preuve requis et à retourner ces documents au Tribunal de céans. L'assurée donne suite à cette décision par courrier du 23 mai 2012 (pce TAF 12). Par ailleurs, par courrier du 5 juillet 2012 (pce TAF 15), elle produit un rapport médical du 4 juillet 2012.

H.
Invité à se prononcer sur le recours, l'OAIE, après avoir recueilli deux prises de position de son service médical des 1er et 21 août 2012 (pce TAF 18 p. 3 et p. 6-8), conclut que la recourante n'a pas rendu plausible une modification significative de l'invalidité. Il propose par conséquent le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée (préavis du 4 septembre 2012 [pce TAF 18 p. 1-2]).

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), entrée en vigueur le 1er janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 En vertu de l'art. 3 let. dbis 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 la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 52 PA), le recours est recevable.

2.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, il sied de relever que l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1er juin 2002 avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen. A cette date sont ainsi également entrés en vigueur, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur

de la Communauté, de même que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (concernant les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009, on note que ceux-ci sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

3.
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). En l'espèce, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée le 21 février 2011 (dossier OAIE, p. 142 n° 14) et que la décision de non entrée en matière a été rendue le 5 décembre 2011 (dossier OAIE, p. 197), le droit à des prestations doit être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6ème révision (1er volet) valable dès le 1er janvier 2012.

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, 28a, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (32 mois en Suisse et 11 mois en Espagne [cf. dossier OAIE, p. 61 et 152]) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations (voir à ce sujet arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1539/2009 du 17 juin 2011 consid. 6).

5.

5.1 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. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% 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. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lettre a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b) et, au terme de cette année, est invalide (lettre c). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_757/2010 du 24 novembre 2010 consid. 4.1 et les références citées).

5.2 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. 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 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. 28*a* al. 2 LAI et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; SR 831.201]) telles les tâches domestiques (méthode spécifique).

5.3 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 9C_406/2001 du 9 juillet 2012 consid. 5; I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

5.4 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).

5.5 Si 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 en principe que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée sur les limitations alléguées par la personne concernée, dans la règle après un entretien personnel 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).

6.

L'entrée en force de la décision antérieure fait obstacle à un nouvel examen du droit aux prestations aussi longtemps que l'état des faits jugé en son temps est resté pour l'essentiel le même. Lorsque la rente d'invalidité

a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la nouvelle requête rend plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer de manière significative le droit aux prestations (art. 87 al. 4 en rapport avec l'al. 3 RAI). Si l'assuré n'arrive pas à démontrer ceci, l'administration prononce un arrêt de non entrée en matière. Il s'ensuit que le principe inquisitoire, selon lequel l'administration et le Tribunal veillent d'office à établir les faits déterminants, ne trouve pas application dans le cadre de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI. Bien plutôt, l'assuré supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 2). Dans ce contexte, on relève que seuls les documents et allégations déposées auprès de l'autorité inférieure jusqu'au prononcé de la nouvelle décision sont à prendre en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C_881/2011 du 1er février 2012 consid. 2; 9C_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 3.2; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 4.2). Par ailleurs, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que des indices d'une certaine consistance militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi. Dans l'examen des allégations de la personne assurée quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (arrêt du Tribunal fédéral 8C_947/2011 du 27 janvier 2012 consid. 3.2 et les références citées).

7.

Dans le cas d'espèce, l'administration a prononcé une décision de non-entrée en matière le 5 décembre 2011 (dossier OAIE, p. 197). L'objet du litige porte donc uniquement sur le point de savoir si cette manière de procéder était conforme au droit. Si tel n'est pas le cas, le Tribunal administratif fédéral annulera l'acte entrepris et renverra la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au complément d'instruction qui s'impose et se prononce ensuite sur le fond au moyen d'une nouvelle décision sujette à recours. Il s'ensuit que, dans la mesure où la recourante fait valoir un droit à une rente d'invalidité (cf. mémoires des 7 février 2012 [pce TAF 5] et 4 juillet 2012 [pce TAF 15]), cette conclusion sort du cadre du litige et ne peut être prise en compte dans la présente procédure.

8.
En ce qui concerne le statut de la recourante (cf. supra consid. 5), il convient de relever que, par décision du 17 juin 2010 (dossier OAIE, p. 106 ss) confirmée par arrêt du Tribunal de céans C-5334/2010 du 17 mai 2011 consid. 8.1, l'administration a considéré que, avant la survenue de l'atteinte à la santé en 2008, l'assurée accomplissait à plein temps les travaux ménagers et que la méthode spécifique était ainsi applicable. Ce choix se basait principalement sur le fait que, selon les actes versés au dossier et non contestés par la recourante, celle-ci avait travaillé en tout seulement 11 mois en Espagne entre 1984 et 1985 puis 32 mois en Suisse de 1990 à 1992, tout d'abord en tant que dame d'office dans un hôtel puis comme ouvrière dans un centre fruitier (cf. certificat de travail du 28 février 1991 [dossier OAIE, p. 43], formulaire E 205 du 3 novembre 2009 [dossier OAIE, p. 12]; feuille ACOR du 9 février 2010 [dossier OAIE, p. 61]; questionnaire à l'assurée du 24 février 2010 [dossier OAIE, p. 67 ss] et rapport médical E 213 du 28 mars 2011 [dossier OAIE, p. 160 n° 3.4.3]). En l'état du dossier, le Tribunal de céans ne décèle aucun motif suffisamment pertinent qui justifierait de conclure à une modification du statut de l'assurée jusqu'au 5 décembre 2011, date de la décision entreprise, d'autant que la recourante ne soulève aucune conclusion y afférente.

9.
Cela étant, la recourante fait valoir que ses problèmes de santé se sont aggravés de jours en jours et en infère une incidence significative sur son droit aux prestations (cf. notamment mémoire du 7 février 2012 [pce TAF 5]). Il convient donc d'examiner si la documentation médicale versée à la cause est de nature à rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

10.
Lors du rejet de la première demande de prestations en juin 2010, l'autorité inférieure avait notamment recueilli les pièces suivantes.

10.1 Dans un rapport du 30 avril 2009 (dossier OAIE, p. 59), le Dr B._____, oncologue, relevait que, en date du 18 août 2008, l'assurée avait été soumise à une mastectomie radicale modifiée du côté droit avec extraction de 21 ganglions; Cette intervention avait été suivie d'une chimiothérapie de 6 cycles puis, dès janvier 2009, d'une hormonothérapie devant être maintenue pendant 5 ans. Selon lui, la patiente ne pouvait accomplir des travaux requérant des efforts physiques, tels que notamment ceux impliquant le port et le soulèvement de poids supérieurs à 1 kg

et devait éviter les activités avec risques de blessures au membre supérieur.

10.2 Dans un rapport médical détaillé E 213 du 8 septembre 2009 (dossier OAIE, p. 25 ss), ne mentionnant pas à quelle date l'examen personnel de l'intéressée avait eu lieu (cf. dossier OAIE, p. 26 n° 2.1), le Dr C._____ a constaté que, sur le plan psychique, l'assurée présentait un état mental et émotionnel normal. Au niveau de l'appareil locomoteur, il a relevé une colonne vertébrale douloureuse à la palpation et mobilisation, des membres supérieurs sans limitation, des membres inférieurs avec douleurs au genou gauche sans limitation, et sur le plan neurologique, des mouvements sans altération. Fort de ces constats, le médecin de l'INSS a posé le diagnostic de carcinome T2 No avec mastectomie droite et n'a pas rempli les rubriques du formulaire E 213 portant sur la capacité de travail de l'intéressée.

10.3 En outre, ont été versés à la cause un rapport hémato-chimique du 15 avril 2010 (dossier OAIE, p. 94) et un rapport radiologique du 19 avril 2010 portant sur le pied gauche de l'assurée et posant le diagnostic de hallux valgus et éperon calcanéen (dossier OAIE, p. 93).

10.4 Par ailleurs, dans un rapport du 25 mai 2010 (dossier OAIE, p. 101), le Dr D._____ faisait part, outre d'un status après mastectomie, de maladie ostéoarticulaire dégénérative généralisée qui empêchait l'assurée d'accomplir une activité dans l'agriculture. En réaction à ses pathologies, la patiente avait développé un syndrome anxio-dépressif au traitement difficile qui aggravait la situation clinique.

10.5 Finalement, dans un rapport oncologique du 3 août 2010 (dossier OAIE, p. 123), le Dr B._____ reprenait telle quelle la teneur du rapport médical précédent du 30 avril 2009 (cf. infra consid. 10.1).

10.6 Appelé à se prononcer sur les certificats produits, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu que la documentation médicale versée à la cause confirmait l'absence de récidive du cancer à l'heure actuelle, qu'aucun élément objectif ne permettait de retenir une atteinte incapacitante au niveau de l'appareil locomoteur et que la dépression réactionnelle rapportée n'était pas d'une gravité suffisante pour justifier une quelconque incapacité de travail (prises de position des 24 mars et 11 juin 2010 [dossier OAIE, p. 82-84 et p. 105]).

10.7 En procédure de recours contre le rejet de la première demande de rente AI, l'intéressée a encore versé à la cause un rapport psychiatrique du 30 juillet 2010 en rapport avec la période déterminante (dossier OAIE, p. 119). Dans ce document, la Dresse F._____ indiquait que la patiente avait été observée pour la première fois à son cabinet en septembre 2009. A ce moment-là, elle a présenté une symptomatologie de plusieurs mois d'évolution compatible avec un épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1), de sorte qu'un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs avait été mis en place ainsi qu'une psychothérapie de soutien lors des crises. Il était précisé que la patiente avait été observée pour la dernière fois en date du 30 septembre 2009 et qu'à cette occasion une amélioration significative du cadre clinique initial avait été observée.

Invité à se déterminer sur les nouveaux documents produits, le service médical de l'OAIE, dans un rapport du 22 octobre 2010 établi par la Dresse G._____, oncologie et hématologie [dossier OAIE, p 129]), a estimé que le rapport psychiatrique susmentionné du 30 juillet 2010 permettait d'exclure un trouble dépressif donnant droit à une prestation de l'assurance-invalidité, dès lors que, selon ce certificat, l'épisode dépressif n'avait pas nécessité une prise en charge spécialisée pendant plus d'un mois. Par ailleurs, le cancers était toujours en rémission complète sans séquelle avérée, vu que le rapport E 213 du 8 septembre 2009 signalait expressément que l'assurée ne présentait pas de lymphoedème, ni de limitation marquée à la mobilisation homolatérale du bras.

10.8 Sur la base de ces documents, l'administration par décision du 17 juin 2010 (dossier OAIE, p. 87), puis le Tribunal administration fédéral, par arrêt C-5334/2010 du 17 mai 2011 entré en force (dossier OAIE, p. 184), ont conclu que l'assurée ne présentait pas d'affection entraînant une incapacité de travail durable, supérieure à 40% dans les activités ménagères.

11.
Cela étant, quoiqu'en dise le service médical de l'OAIE (cf. prise de position du Dr E._____, chirurgie orthopédique, du 25 septembre 2011 [dossier OAIE, p. 193]; rapport du Dr H._____, médecine générale et phlebologie, du 1er août 2012 [pce TAF 18 p. 6 ss] et certificat du Dr I._____, psychiatrie et psychothérapie, du 21 août 2012 [pce TAF 18 p. 3]), force est de constater que la documentation médicale versée à la cause qui se rapporte à la période postérieure à la décision du 17 juin 2010 (et qui a été produite en relation avec la deuxième demande de prestations déposée en date du 21 février 2011) est de nature à rendre

plausible une modification de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychiatrique avec incidence sur sa capacité à accomplir les travaux ménagers.

11.1 Ainsi, dans un nouveau rapport psychiatrique du 18 janvier 2010 [recte: 2011] (dossier OAIE, p. 166), la Dresse F._____ indique que l'intéressée a été examinée pour la première fois à son cabinet en septembre 2009 et que, par la suite, de nombreuses consultations ont suivi. Elle signale qu'initialement le diagnostic d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F 32.1) a été posé. Un traitement basé sur des antidépresseurs (Sertralina 50 mg et Trazodona 50 mg) ainsi qu'une psychothérapie de soutien a ainsi été mis en place, ce qui a abouti à une bonne réponse thérapeutique. Toutefois, en novembre 2010, elle a constaté une péjoration de la symptomatologie dépressive compatible avec un nouvel épisode dépressif, sans élément déclenchant apparent. En conséquence, le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen (CIM-10 F 33.1) a été retenu et la patiente a été soumise à un traitement à base de Citalopram 50 mg et de Trazodona 50 mg. Lors de la dernière consultation en décembre 2010, il est apparu que l'assurée maintenait une symptomatologie significative avec notamment de graves difficultés au niveau du fonctionnement global, plus précisément en ce qui concerne les soins personnels et le fonctionnement socio-professionnel et familial.

11.2 De prime abord, ce document est donc de nature à rendre crédible une péjoration du trouble dépressif. En effet, contrairement à ce qui avait été retenu dans le rapport psychiatrique précédent du 30 juillet 2010 (dossier OAIE, p. 119), le trouble dépressif ne peut plus être considéré comme un épisode mais comme une maladie à caractère récurrent, de sorte que, selon la jurisprudence, il peut potentiellement revêtir un caractère incapacitant au sens de la LAI, et cela également quant à l'accomplissement des travaux ménagers (sur la distinction juridique entre épisode dépressif moyen et trouble dépressif récurrent moyen cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.5.2; 9C_980/2010 du 20 juin 2011 consid. 5.3 et 9C_1041/2010 du 30 mars 2011 consid. 5.2; voir aussi H. DILLING/W. MOMBOUR/M. H. SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7ème éd., Berne 2010, p. 152 et 155 ss). De surcroît, la Dresse F._____ donne une appréciation toute autre que celle rendue en juillet 2010, puisque, cette fois-ci, elle indique que l'assurée a bénéficié de plusieurs consultations psychiatriques et que les effets de l'atteinte psychique sur le fonctionnement global de la patiente sont significatifs. Au demeurant, cette évaluation semble être corroborée par les

constats du rapport médical E 213 du 28 mars 2011 (dossier OAIE, p. 159 ss) qui, contrairement au rapport E 213 précédent du 8 septembre 2009, pose nouvellement le diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.1) et estime que seul un travail adapté léger au rythme de 2 heures par jours est exigible de la part de l'assurée.

11.3 Par conséquent, même si seulement 8 mois s'étaient écoulés entre le rejet de la première demande de prestations (juin 2010) et le dépôt de la nouvelle requête (février 2011) et même si dans ce type de situation on peut être plus sévère quand aux conditions à remplir pour une entrée en matière, la Dresse F._____ a fourni suffisamment d'éléments objectifs (mention expresse d'une détérioration de l'état de santé sur le plan psychique dès novembre 2010; passage d'un épisode dépressif moyen [CIM-10 F32.1] à un trouble dépressif récurrent moyen [CIM-10 F33.1]; apparition d'une symptomatologie avec incidence significative sur le fonctionnement global de la patiente malgré le traitement médicamenteux mis en place; consultation régulière de l'assurée chez une spécialiste en psychiatrie) pour justifier une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante et la mise en œuvre de la part de l'administration d'un complément d'instruction, notamment sur le plan psychiatrique, indispensable pour pouvoir se prononcer quand au fond sur le degré d'invalidité de l'assurée.

12.
Compte tenu de ce qui précède, il convient donc d'admettre le recours dans la mesure où il est recevable, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle entre en matière sur la demande de prestations et procède au complément d'instruction qui s'impose, en application du principe inquisitoire.

13.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et la demande d'assistance judiciaire y relative devient sans objet.

14.
La recourante ayant agi sans avoir eu recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est admis dans la mesure où il est recevable. La décision du 5 décembre 2011 est annulée et la cause est retournée à l'autorité inférieure afin qu'elle entre en matière sur le fond du litige au sens des considérants.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure et la demande d'assistance judiciaire partielle devient sans objet.

3.
Il n'est pas alloué de dépens.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec avis de réception ; annexe: pce TAF 18)
– à l'autorité inférieure (n° de réf.; Recommandé)
– à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé).

Le président du collège : Le greffier :

Vito Valenti Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, 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. 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :