Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-3456/2010

Arrêt du 23 janvier 2012

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Francesco Parrino et Franziska Schneider, 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 1er avril 2010).

Faits :

A.
La recourante A._____, ressortissante espagnole née le […] 1963, travaille en Suisse de 1986 à fin août 2003 en tant que nettoyeuse (pces 18 p. 2; 22). Au chômage depuis lors (pce 9 p. 1) et souffrant de problèmes de santé, elle dépose une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 7 février 2005 auprès de l'Institution des assurances sociales du canton de Zurich (ci-après SVA ZH) pour cause de hernie discale, d'arthrose, d'arthrite et de fibromyalgie (pces 1). Celle-ci est rejetée par décision du 24 juin 2005 entrée en force (pce 15).

De retour en Espagne, elle travaille pour diverses entreprises de nettoyage du 27 septembre 2005 au 26 octobre 2007 tout d'abord à temps partiel puis, semble-t-il, à plein temps (35 heures/semaines) les trois derniers mois (pces 17 p. 2 n° 7.2; 19 p. 2-3; 25 p. 1 n°3b et p. 2 n° 5c). Souffrant de douleurs au dos et à la jambe gauche (pce 25 p. 3 n° 7a), elle cesse dès lors d'exercer toute activité lucrative et est soumise à une opération chirurgicale le 26 mai 2008 avec notamment réalisation d'une discectomie L4-L5 bilatérale et d'une laminectomie partielle inférieure L4 (pce 30 p. 2 n° 3.1). Dans ce contexte, elle reçoit de la part des institutions de sécurité sociale espagnoles des indemnités pour cause d'incapacité de travail temporaire du 26 octobre 2007 au 25 avril 2009 (pce 17 p. 4 n° 9.3).

B.
En date du 6 mai 2009 (pce 17 p. 7 n° 14), l'intéressée dépose une deuxième demande de prestations à charge des organes de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnol (INSS), lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence. Lors de la procédure d'examen de la demande, l'administration recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment un certificat médical non daté faisant part de discopathie L4-L5 (pce 29), des rapports médicaux des 15 septembre 2009 (pce 30 [rapport E 213; diagnostics retenus: discectomie L4-L5 en mai 2008 avec clinique algique en traitement; évaluation de la capacité de travail: 100% dans la dernière activité exercée et dans tout autre travail adapté]), 20 novembre 2009 (pce 28) ainsi qu'un questionnaire pour l'employeur du 23 novembre 2009 (pce 24) et deux questionnaires remplis par l'assurée datés du 28 novembre 2009 (pces 25 [questionnaire

pour l'assuré] et 26 [questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage]).

C.
Le 14 janvier 2010 (pce 33), l'OAIE, s'appuyant sur une prise de position de son service médical du 13 décembre 2009 (pce 32), informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il n'existe pas d'incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année, au sens des dispositions du droit des assurances sociales suisse; malgré l'atteinte à la santé, l'accomplissement des travaux habituels serait toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il impartit à l'assurée un délai de 30 jours pour déposer ses observations éventuelles.

D.
L'intéressée conteste ce projet de décision par courrier du 15 février 2010 (pce 34). Arguant présenter de longue date des douleurs à la colonne vertébrale et une fibromyalgie, elle souligne souffrir actuellement de fortes douleurs à la jambe gauche et au dos. Elle produit des rapports des 23 octobre 2009 (pce 35 [illisible; cf à ce sujet pces TAF 10 et 11]), 30 novembre 2009 (pce 36), 2 décembre 2009 (pce 37) et 12 février 2010 (pce 38 [rapport orthopédique posant notamment les diagnostics de douleurs lombaires sévères suite à une discectomie ainsi que de fribromyalgie et retenant une incapacité de travail totale de l'assurée]).

E.
Par décision du 1er avril 2010 (pce 41), l'autorité inférieure, se basant sur une prise de position de son service médical du 10 mars 2010 (pces 40-40.1), rejette la demande de prestations de l'assurée en reprenant la motivation du projet de décision et en précisant que la nouvelle documentation médicale produite ne lui permet pas de revenir sur ses conclusions antérieures.

F.
Par acte du 28 avril 2010 (pce TAF 1 notifiée à l'OAIE), l'intéressée interjette recours contre cette décision et produit un rapport médical du 21 avril 2010. L'autorité inférieure transmet ces documents au Tribunal administratif fédéral pour compétence (courrier du 7 mai 2010 [pce TAF 2]).

G.
Invitée par le Tribunal de céans à verser une avance sur les frais

présumés de Fr. 300.- jusqu'au 25 juin 2010 (décision incidente du 26 mai 2010 [pce TAF 3]), la recourante s'exécute en date du 11 juin 2010 (pce TAF 5 p. 2).

H.
Dans un préavis du 21 octobre 2010 (pce TAF 9), l'OAIE, se référant à une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 19 septembre 2010 [pce 46]), conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

I.
Par ordonnance du 17 novembre 2010, la recourante est invitée, jusqu'au 12 janvier 2011, à répliquer ainsi qu'à produire la pièce 35 (rapport médical manuscrit du 23 octobre 2009) sous forme dactylographiée, faute de quoi il ne sera pas tenu compte de ce document. L'assurée se limite à produire des certificats médicaux des 23 novembre et 14 décembre 2010 par courrier du 23 décembre 2010 (pce TAF 13a notifiée à l'autorité inférieure) et fax du 12 janvier 2011 (pce TAF 13b envoyé au Tribunal administratif fédéral). Le courrier adressé à l'OAIE contient une note manuscrite dans laquelle l'intéressée demande à ce que les actes de la cause lui soient dorénavant notifiés en allemand dès lors que son fils fait office de traducteur (pce TAF 13a p. 3).

J.
Le Tribunal administratif fédéral, par ordonnance du 2 février 2011 (pce TAF 14), invite l'autorité inférieure à dupliquer.

Par fax du même jour (pce TAF 15 p. 3) adressé à l'OAIE, la recourante réitère sa requête tendant à ce que la correspondance lui soit notifiée en allemand. Elle souligne qu'elle se trouve au chômage de façon involontaire depuis plus de 3 ans à cause de ses douleurs suite à une opération à l'issue défavorable, de sa fibromyalgie et, nouvellement, de douleurs cervicales et au tunnel carpien.

Dans sa duplique du 23 février 2011 (pce TAF 16 p. 1-2 écrite en français), l'OAIE, se fondant sur une prise de position de son service médical du 11 février 2010 (pce 16 p. 3), réitère ses conclusions antérieures.

K.
Appelée à déposer ses remarques éventuelles quant à la duplique jusqu'au 2 mai 2011 (ordonnance du 21 mars 2011 [pce TAF 17]; voire

aussi pce 21), l'assurée produit un rapport médical du 15 avril 2011 (lettre et fax du 15 avril 2011 [pce TAF 19a et 19b]) et demande à ce que la correspondance ultérieure lui soit transmise en allemand (annotation manuscrite sur le ledit rapport médical). Cette pièce est envoyée à l'autorité inférieure pour connaissance (ordonnance du 2 mai 2011 [pce TAF 20]).

L.
Après que l'assurée a produit un nouveau rapport médical rédigé en juillet 2011 (fax du 5 juillet 2011 [pce TAF 23]), le Tribunal administratif fédéral donne à l'autorité inférieure la possibilité de déposer ses remarques éventuelles jusqu'au 16 août 2011 (ordonnance du 12 juillet 2011 [pce TAF 24]). Par acte du 16 août 2011 (pce TAF 25 p. 1-2), l'OAIE, s'appuyant sur une prise de position de son service médical du 12 août 2011 (pce TAF 25 p. 3), ne décèle aucun motif lui permettant d'invalider ses conclusions antérieures.

M.
Par ordonnance du 23 août 2011 (pce TAF 26), ces documents sont transmis à la recourante pour connaissance avec possibilité de déposer ses observations dans un délai de 15 jours dès notification dudit acte. La recourante renonce à se déterminer dans le délai imparti.

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'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (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. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA; art. 52 PA), le recours est recevable.

2.
Selon l'art. 33*a* al. 1 PA, la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles; en règle générale, il s'agit de la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions. Dans la procédure de recours, la langue est celle de la décision attaquée; si les parties utilisent une autre langue officielle, celle-ci peut être adoptée (art. 33*a* al. 2 PA). En l'occurrence, en procédure d'instruction, la recourante a communiqué en espagnol avec l'OAIE et a rempli le questionnaire à l'assuré du 28 novembre 2009 (pce 25) en français. On ne saurait donc reprocher à l'autorité inférieure d'avoir rédigé le projet de décision du 14 janvier 2010 (pce 33) et la décision du 1er avril 2010 (pce 41) en français, d'autant que l'assurée n'a déposé aucune requête contraire durant cette période. Ce n'est qu'en procédure de recours, lors du deuxième échange d'écriture, qu'elle a invité l'OAIE, puis le Tribunal de céans, à poursuivre la procédure en allemand faisant valoir que cela était devenu nécessaire du moment qu'elle était aidée par son fils (pce TAF 13a p. 3; cf. supra let. I). Or, force est de constater que la demande de l'assurée a été déposée tardivement et que la recourante n'a jamais fait valoir ne pas comprendre les actes rédigés en français, ce qui était par ailleurs peu vraisemblable au vu des circonstances évoquées ci-dessus. Dans ces conditions, il n'y avait donc pas de raisons prépondérantes in casu pour déroger à la règle posée à l'art. 33*a* al. 2 PA, selon laquelle la langue de la procédure est celle de la décision attaquée (ATF 124 III 205 consid. 2; CHRISTOPH AUER/MARKUS MÜLLER/BENJAMIN SCHINDLER [éd.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zurich/Saint-Gall 2008, ad art. 33*a* n° 11 ss). Pour être complet, on ajoutera que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ni l'art. 6 CEDH ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans

une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite. Aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (ATF 131 V 35 consid. 3.3 et 4.1 et les références).

3.
La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi statique au droit européen (cf. aussi art. 80*a* de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Ainsi, conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 (RS 0.831.109.268.1), les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71 précité; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

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 (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont seules applicables vu le dépôt de la demande de prestations en date du 6 mai 2009.

4.2. 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 6 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. Concrètement le Tribunal peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 6 novembre 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 1er avril 2010, date de la

décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b). Dans ce contexte, on précisera que la documentation médicale postérieure au prononcé de l'acte attaqué ne sera prise en considération que si elle se rapporte à la période déterminante et qu'elle est de nature à influencer le jugement de la cause pour cette période-là (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b; ATF 99 V 98 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 856/02 du 24 décembre 2003 consid. 2.3).

5.
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 (pce 22) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

6.

6.1. 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). 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 (art. 7 LPGA). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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).

6.2. 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 al. 2ter LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de la comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3)

7.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément

utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les references citées).

8.
En matière d'appréciation des preuves, le juge 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2001 consid. 6; ATF 135 V 465 consid. 4.6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3 ss). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

9.
Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies. Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir

de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

10.
Lors du rejet de la première demande de prestations, l'administration se basait avant tout sur des rapports médicaux des 23 février 2005 (pce 8), 28 février 2005 (pce 10) et 23 mai 2005 (pce 12). Dans le premier rapport cité, le Dr B._____, rhumatologue, posait les diagnostics de syndrome douloureux diffus d'origine peu claire, changeant fortement, avec tendance au trouble somatoforme douloureux. Dans le rapport du 28 février 2005, le Dr C._____, également rhumatologue, posait les diagnostics de syndrome douloureux des deux côtés sur spondylose cervicale à l'acuité moindre, de syndrome chronique récidivant sur spondylose lombaire à gauche, de hernie discale L4-L5 médio-latérale à gauche, de status après accident vasculaire cérébral en 1999 avec hémi-syndrome à gauche et de status après ulcus ventriculi. Selon lui, l'assurée présentait une capacité de travail entière. Finalement, dans le rapport du 23 mai 2005, les Drs D._____ et E._____, psychiatres, posaient les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger (CIM-10 F32.0) et retenaient une capacité de travail réduite de 10% au maximum pour cause d'un tableau clinique avec état dépressif léger et fluctuant en réaction à la symptomatique douloureuse.

11.
Dans le cadre de la nouvelle demande du 6 mai 2009 dont est recours, l'autorité inférieure a notamment versé à la cause la documentation médicale qui suit, étant précisé que le Tribunal de céans peut se limiter à examiner l'état des faits jusqu'au 1er avril 2010, date de l'acte attaqué (cf. supra consid. 4.2).

11.1. Dans un rapport médical E 213 du 15 septembre 2009, la Dresse F._____, de l'INSS, relève, dans la rubrique "histoire clinique" que la

recourante souffre de fibromyalgie, qu'elle a présenté des lombalgies après avoir manipulé un sceau d'eau à son lieu de travail le 26 octobre 2007, que, suite à cet événement, il a été diagnostiqué une sciatique sur hernie discale L4-L5 avec sténose du canal sur hypertrophie facettaire et des ligaments jaunes et qu'une opération au dos a eu lieu le 26 mai 2008 (pce 30 p. 2 n° 3.1). Par ailleurs, elle signale notamment que l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré par rapport au dernier rapport E 213 réalisé le 13 mai 2009 (pce 30 p. 8 n° 8). Posant les diagnostics de status sur discectomie L4-L5 bilatérale en mai 2008 ainsi que de clinique algique en traitement, elle conclut que l'assurée peut accomplir à plein temps sa dernière activité de nettoyeuse ainsi que tout autre travail adapté mi-lourd (pce 30 p. 8-10).

11.2. Dans un rapport du 20 novembre 2009 (pce 28) établi aux urgences de l'hôpital G._____, il est indiqué, entre autres, que l'assurée souffre depuis trois jours de douleurs incapacitantes dans la région lombaire et au genou gauche.

11.3. Pour sa part, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relève que l'assurée présente une limitation marquée dans son activité consécutive à la cicatrice causée par la discectomie avec douleurs spontanées et lors de mouvements. Les résultats des traitements et de la réhabilitation étant faibles, la seule solution possible, à l'issue douteuse, serait la réalisation d'une neurolyse avec fusion vertébrale L4-L5 (rapport médical du 30 novembre 2009 [pce 36]).

11.4. Le Dr I._____, spécialiste en médecine légale et forensique, retient quant à lui les diagnostics de lombosciatalgie chronique gauche sur spondylarthrose lombaire et discopathies, d'opération pour hernie discale avec très mauvaise évolution et lombosciatique, de cervicobrachialgie, de dépression et de perte de mémoire. Il conclut que l'assurée ne peut réaliser toute activité requérant une surcharge, même minime, de la colonne vertébrale (certificat du 2 décembre 2009 [pce 37]).

11.5. Dans un rapport du 12 février 2010 (pce 38), le Dr J._____, spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique (pce TAF 21 p. 3), fait part de douleur lombaire sévère après discectomie, de fibromyalgie, d'AVC il y a 9 ans et estime que l'assurée n'est plus à même de travailler (cf. aussi les certificats similaires des 14 décembre 2010 [pce TAF 13a p. 3] et 15 avril 2011 [pce TAF 19a]).

11.6. En ce qui concerne le Dr K._____, ce praticien pose les diagnostics de douleur lombaire après laminectomie, de cervicobrachialgie, de fibromyalgie, d'ischémie cérébrale transitoire, de dépression et de perte de mémoire. Selon lui, l'assurée ne peut exercer aucun travail (rapport du 21 avril 2010 [pce TAF 1 p. 2]).

11.7. Appelé à se déterminer sur la documentation médicale produite, le Dr L._____, médecine générale, pose le diagnostic principal de lombalgies après opération d'une hernie discale L4-L5 en 2008 et le diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie. Selon lui, l'évolution après l'intervention chirurgicale est favorable, dès lors que les examens de contrôle ne montrent ni récidive, ni déficit neurologique, que ce soit sur l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) ou suite à l'électromyogramme (EMG). Les plaintes actuelles se situeraient donc davantage dans le cadre de la fibromyalgie. Or, étant donné qu'il n'y a en l'espèce pas de comorbidité psychiatrique importante et que les critères jurisprudentiels permettant exceptionnellement de reconnaître un caractère incapacitant à cette atteinte ne sont pas remplis, il n'y aurait pas lieu de reconnaître une quelconque incapacité de travail dans la présente affaire (cf. notamment les rapports des 13 décembre 2009 [pce 32], 10 mars 2010 [pces 40-40.1] et 19 septembre 2010 [pce 46]).

12.
Le Tribunal administratif fédéral prend position comme suit.

12.1. Tout d'abord, force est de constater que le tableau clinique de l'assurée s'est modifié depuis 2005. Ainsi, cette dernière a été soumise à une opération pour discectomie et laminectomie en mai 2008. Selon l'avis du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, les conséquences défavorables de cette intervention entraînent en soi des limitations fonctionnelles prononcées (rapport du 30 novembre 2009 [pce 36]; cf. supra consid. 11.3). Cet avis est corroboré par celui du Dr I._____ qui souligne la mauvaise évolution de l'état de santé suite à cette opération et relève, entre autres, la présence de discopathies (rapport du 2 décembre 2009 [pce 37]). Dans ce contexte, il est utile de rappeler que le simple fait que les imageries médicales permettent d'exclure une atteinte radiculaire chez un assuré souffrant d'une symptomatologie lombaire n'est en soi pas suffisant pour exclure à ce titre une affection incapacitante au sens de la LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_870/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.3).

12.2. Par ailleurs, plusieurs autres médecins qui se sont exprimés dans la présente affaire posent, en sus du diagnostic de lombalgies faisant suite à l'intervention de mai 2008, celui de fibromyalgie. Il en va notamment ainsi du Dr J._____, spécialiste en traumatologie et chirurgie orthopédique, qui, au vu de l'ensemble des affections dont est atteinte la recourante, retient une incapacité de travail totale de la recourante (voire aussi le rapport du Dr K._____ du 24 avril 2010 [pce TAF 1 p. 2] et celui du Dr M._____ du 7 juillet 2011 [pce TAF 23]). On note également que le Dr L._____, de l'OAIE, insiste sur la composante fibromyalgique du tableau clinique et remet en question l'avis du Dr I._____, motifs pris que ce praticien n'aurait pas intégré la présence de cette atteinte dans son évaluation (rapport du 10 mars 2010 [pce 40 p. 2]). Il sied finalement de relever que la recourante elle-même ─ et cela depuis le début (cf. pces 25 p. 4 n° 12; 34) ─ a souligné souffrir de fibromyalgie.

12.3. Dans un arrêt du 8 février 2006 (I 336/04), paru aux ATF 132 V 65, le Tribunal fédéral a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ainsi, il existe une présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux

règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3 et I 380/03 du 8 juillet 2004 consid. 2).

Bien que la fibromyalgie soit à la base un diagnostic rhumatologique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_285/2009 du 16 mars 2010 consid. 2.4), il y a lieu de considérer, en suivant l'opinion dominante, que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Le Tribunal fédéral estime pour cette raison qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît être en principe la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut cependant réserver les cas où le médecin s'étant prononcé sur les affections somatiques est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 512/06 du 25 mai 2007 consid. 3; 8C_821/2009 du 22 mars 2010 consid. 4.2; ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

12.4. En l'espèce, s'il est vrai que le Dr L._____, de l'OAIE, prend position en pleine connaissance de l'anamnèse et de façon détaillée quant au caractère invalidant de la fibromyalgie, il appert toutefois que ce médecin, titulaire d'un titre FMH en médecine générale, n'a pas examiné lui-même l'assurée et qu'il ne dispose d'aucune spécialisation en

rhumatologie et psychiatrie. Ces circonstances sont donc de nature à amoindrir considérablement la valeur probante de cet avis que ce soit au niveau des conséquences de l'atteinte lombaire sur la capacité de travail (cf. supra consid. 12.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_262/2011 du 20 juin 2011 consid. 5) ou des répercussions de la fibromyalgie (cf. supra consid. 12.3), d'autant que, contrairement aux actes versés à la cause en 2005 (cf. rapport du 28 février 2005 établi par le Dr C._____ [pce 10] et certificat du 23 mai 2005 signé par les Drs D._____ et E._____ [pce 12]), le service médical de l'administration ne peut, pour la période déterminante, s'appuyer sur aucune documentation actuelle et circonstanciée émanant d'un rhumatologue ou d'un psychiatre qui permettrait de soutenir ses thèses.

12.5. Dans ce contexte, il convient également de relativiser la portée du rapport médical E 213 du 15 septembre 2009 qui retient une capacité de travail entière de la recourante dans l'activité habituelle et tout autre travail adapté. D'une part, la spécialisation de la Dresse F._____, auteur de ce rapport, demeure inconnue et il semble très peu probable que cette praticienne dispose de connaissances spécialisées en rhumatologie et psychiatrie (cf. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III [éd.], Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria, Madrid 2010, p. 5 et 180 ss, où ce médecin a écrit un article spécialisé sur les problèmes cardiaques). D'autre part, la motivation du rapport E 213 précité ne saurait suffire, notamment du fait que, quand bien même il est souligné dans ce document que l'assurée présente une clinique algique prononcée, la fibromyalgie est mentionnée uniquement dans la rubrique "histoire clinique" et non dans les diagnostics retenus (pce 30 p. 1 n° 3.1 et p. 8 n° 7). Or, au vu des particularités du cas concret et notamment de l'anamnèse, des explications dûment motivées quant à cette affection et les répercussions y afférentes sur la capacité de travail s'imposaient.

12.6. Le Tribunal de céans constate aussi que les actes de la cause ne sont pas complets, dès lors qu'ils ne comportent aucun certificat médical en rapport avec l'opération au dos effectuée sur la recourante en mai 2008 et qu'un premier rapport E 213 du 13 mai 2009, dont l'existence est attestée par le rapport E 213 du 15 septembre 2009 (pce 30 p. 2 n° 3.2 et p. 8 n° 8), n'a pas été versé au dossier.

12.7. Finalement, il sied de relever que les recherches effectuées par l'administration quant au statut de l'assurée (cf. supra consid. 6.2) sont insuffisantes. En effet, il ressort du dossier que la recourante a

principalement oeuvré a temps partiel depuis septembre 2005 (pce 19 p. 2). Ce n'est qu'environ trois mois avant l'apparition de la maladie de longue durée qu'elle a nouvellement travaillé à raison d'environ 35 h./sem. pour EUR 983.30 par mois (pce 24 p. 2; 25 p. 2 n° 5c) sans que l'on sache si cet horaire correspondait à un temps complet (cf. rapport pour l'employeur du 23 novembre 2009 où il n'est pas répondu à cette question [pce 24 p. 1 n° 5). Dans ces conditions, il appartenait à l'administration de requérir des informations plus précises auprès de l'assurée quant à son statut (cf. en ce sens questionnaire à l'assuré du 28 novembre 2009, question 7bis [pce 25 p. 3], à laquelle l'assurée n'a toutefois pas répondu).

13.
Compte tenu de l'ensemble des circonstances précitées, il appert que la décision entreprise repose sur une instruction tout à fait insuffisante qui ne permet pas au Tribunal de céans de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée et sa capacité de travail depuis 2005 au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales. L'art. 61 al. 1 PA autorise, bien qu'exceptionnellement, à renvoyer la cause à l'autorité inférieure avec des instructions impératives, notamment lorsqu'elle n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En l'espèce, le renvoi se justifie, dès lors que, sur le vu des avis contradictoires exprimés par le corps médical quant à la fibromyalgie et de l'absence de toute appréciation d'un spécialiste en rhumatologie et psychiatrie, les investigations opérées par l'administration jusqu'au prononcé de l'acte attaqué ne permettaient manifestement pas de se prononcer valablement dans la présente affaire. En effet, conformément à la jurisprudence claire et constante en la matière, l'administration se devait in casu de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un rhumatologue et d'un psychiatre. De surcroît, il appert que la documentation médicale versée au dossier était incomplète et que les recherches portant sur le statut de l'intéressée n'avaient pas été effectuées avec tout le soin requis.

Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant notamment la détermination du statut de la recourante (laquelle devra pour le moins être sommée de se déterminer sur la question), le complément du dossier avec la documentation médicale encore manquante au sens du consid. 12.6 ainsi que la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique/psychiatrique. Le cas échéant, et compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la

recourante dans le temps, l'administration veillera également à procéder à toute autre mesure utile pour déterminer valablement la capacité de travail effective de la recourante dans la période déterminante. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

14.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

15.
La recourante ayant agi sans avoir 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 partiellement admis en ce sens que la décision du 1er avril 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2.
Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de Fr. 300.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

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.)
– à l'Office fédéral des assurances sociales.

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 :