Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-1472/2012

Arrêt du 24 mars 2014

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Maurizio Greppi
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A._____,
représentée par le Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, 3, route de Mulhouse,
FR-68190 Ensisheim,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (Décision du 28 février 2012).

Faits :

A.
La recourante A._____, ressortissante française née en 1955, travaille en Suisse en tant que frontalière pendant plusieurs périodes d'assurance de 1977 à 2004, en dernier lieu comme aide de cuisine à 80% (pce TAF 11 p. 21-22; dossier de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton du Bâle-Ville [ci-après: OAI BS], doc 7). Ayant subi une opération pour hallux valgus le 2 décembre 2003 puis fait l'objet d'un accident de travail le 27 août 2004 avec blessure au pied droit (dossier OAI BS, doc 11 p. 7; 24 p. 2, 24 p. 12), elle cesse d'exercer toute activité lucrative pour des raisons de santé et dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès des institutions de sécurité sociale suisse. L'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) rejette sa demande de prestations par décision du 2 décembre 2005 (dossier OAI BS, doc 34) confirmée par décision sur opposition du 8 août 2007 (dossier OAI BS, doc 42). L'administration se basait principalement sur une expertise orthopédique du 29 décembre 2004 (dossier OAI BS, doc 17, concluant à une incapacité de travail dans la dernière activité de 100% et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée) et une enquête ménagère du 4 août 2005 (dossier OAI BS, doc 30). Un recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif fédéral est rejeté par jugement du 27 mars 2009 (doc 16).

B.
Une deuxième requête de prestations AI est rejetée par décision du 7 décembre 2010 (doc 62) concluant que l'état de santé de l'assurée n'a pas connu de modification significative.

C.

C.a Après que le représentant de l'assurée ait contacté l'OAIE par fax du 23 août 2011 (doc 63 p. 1) et que les parties aient procédé à un échange de vues (cf. lettre explicative de l'OAIE à l'intéressée du 24 août 2011 [doc 68] et réponse de l'intéressée du 30 août 2011 [doc 69]; voir à ce sujet infra consid. 4.3), l'autorité inférieure ouvre une nouvelle procédure d'instruction pour déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est détérioré de façon durable et significative suite au traitement chirurgical, radiothérapeutique et hormonothérapeuthique d'un cancer du sein décelé chez cette dernière début 2011.

C.b S'appuyant sur une prise de position de son service médical du 24 novembre 2011 (doc 84) et une comparaison des revenus du 22 décem-

bre 2011 (doc 85), l'autorité inférieure rejette la troisième demande de prestations AI de l'assurée par décision du 28 février 2012 (doc 89) faisant suite à un projet de décision du 29 décembre 2011 (doc 86).

D.
Par acte du 13 mars 2012 (pce TAF 1 p. 1), l'intéressée interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée en concluant à ce que son dossier soit revu dans son intégralité.

E.
Par décision incidente du 23 mars 2012 (pce TAF 3), le Tribunal administratif fédéral invite la recourante, jusqu'au 23 avril 2012, à s'acquitter d'une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 12 avril 2012 (pce TAF 5).

F.
Dans un courrier du 20 août 2012 (pce TAF 11), la recourante verse à la cause des rapports médicaux des 6 juin 2012 (pce TAF 11 p. 2) et 20 juin 2012 (pce TAF 11 p. 3).

G.
Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure soumet le dossier à son service médical (cf. prises de position des 22 août 2012 [pce TAF 15 p. 16-18], 18 septembre 2012 [pce TAF 15 p. 13 s.] et 31 octobre 2012 [pce TAF 15 p. 8 s.]) et effectue une nouvelle comparaison des revenus (acte du 13 novembre 2012 [pce TAF 15 p. 5 s.]). Se référant aux documents précités, elle conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée dans un préavis du 29 novembre 2012 (pce TAF 15 p. 1-4).

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. 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 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, le recours est recevable.

2.

2.1 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).

2.2 En ce qui concerne le droit international, il sied de relever que la recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Dans ce contexte, on note 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 entrés en vigueur, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et le règlement n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972. Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) n° 1408/71, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont en principe 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, étant relevé que la documentation mé-

dicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 40 du règlement [CEE] n° 474/72). On précisera que les nouveaux règlements de l'Union européenne [CEE] n° 883/2004 et 987/2009 ─ qui au demeurant n'ont pas apporté de modifications par rapports aux principes précités ─ sont entrés en vigueur pour la relation avec la Suisse et les Etats de l'Union européenne depuis le 1er avril 2012, soit à une date postérieure à la décision entreprise. Ils ne trouvent donc pas application dans la présente affaire.

2.3 Au niveau du droit interne, 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 (cf. ATF 138 V 475, notamment consid. 3.4), puis, dès le 1er janvier 2012, en fonction des dispositions de la 6ème révision (1er volet) valables dès cette date, étant précisé que le nouveau droit n'a pas apporté de changement pour l'état des faits à juger en l'espèce.

3.

3.1 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. Par ailleurs, 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 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des

travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI).

3.2 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.

4.

4.1 Lorsque la rente a été refusée (ou supprimée) 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 (ATF 133 V 263). 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, faute de quoi l'administration pourra se limiter à prononcer une décision de non entrée en matière.

4.2 En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations de la part de l'administration, la question de savoir si une péjoration de l'état de santé a été rendue plausible au sens des alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI précité ne se pose plus. Dans une telle constellation l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et est dans tous les cas tenue d'examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite au niveau de la vraisemblance prépondérante 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 procédure de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (cf., parmi d'autres, ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.1; I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

4.3

4.3.1 En l'occurrence, l'OAIE a rejeté une première demande de prestations d'invalidité de l'assurée par décision sur opposition du 8 août 2007 (dossier OAI BS, doc 42).

4.3.2 Par la suite, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestation en date du 6 mars 2010 (doc 27 p. 7). Dans un projet de décision du 9 novembre 2010 (doc 59), l'OAIE a informé l'intéressée qu'il entendait rejeter sa requête. Celle-ci, agissant par l'intermédiaire du Comité de Protection des travailleurs frontaliers européens (ci-après: CPTFE), a manifesté son désaccord dans un mémoire du 26 novembre 2010 (doc 60). Par décision du 7 décembre 2010 notifiée à l'assurée (doc 62), l'administration a finalement rejeté la deuxième requête de prestations AI en mentionnant qu'un recours pouvait être interjeté dans un délai de 30 jours auprès du Tribunal administratif fédéral dès notification de ladite décision. Or, l'assurée n'a pas interjeté de recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre cet acte et le dossier de l'autorité inférieure ne contient aucun document démontrant que son représentant ou elle-même se seraient adressés d'une quelconque manière auprès de l'administration dans le délai de recours précité.

4.3.3 Cependant, dans un fax du 23 août 2011 (doc 63 p. 1), le représentant de l'assurée prétend qu'il aurait notifié à l'OAIE un mémoire du 21 décembre 2010 qui serait resté sans réponse. Il souligne que l'état de santé de sa mandante s'est aggravé et que celle-ci serait toujours en attente d'une révision dans ce dossier. Une copie du mémoire du 21 décembre 2010 est également transmise à l'autorité inférieure par télécopie du même jour (doc 63 p. 2). Dans ce document ─ qui n'a pas été réceptionné par l'autorité inférieure auparavant ─, le représentant de l'assurée allègue que les objections au projet de décision du 26 novembre 2011 seraient restées sans réponse et prie pour cette raison l'administration de bien vouloir y donner suite.

4.3.4 Dans une lettre du 24 août 2011 (doc 68), l'OAIE informe le CPTFE qu'il a bien reçu son courrier du 2 décembre 2010 en réponse à son projet de décision du 9 novembre 2010, par lequel il mentionnait l'intention de rejeter la demande de prestations AI déposée le 6 mars 2010. Etant donné qu'aucun mandat de représentation ne lui avait été adressé, il avait été contraint de notifier la décision de rejet du 7 décembre 2010 directement à l'assurée, en répondant toutefois aux remarques avancées dans le courrier précité du 2 décembre 2010. Cette décision serait entrée en force. A toutes fins utiles, il prie le CPTFE de bien vouloir lui faire parvenir une procuration de l'assurée en sa faveur et de lui communiquer, par la même occasion, s'il doit considérer le fax du 23 août 2011 comme une demande de prestations ultérieure suite à l'aggravation de l'état de santé de sa mandante.

4.3.5 Dans un courrier du 30 août 2011 (doc 69), le CPTFE indique faire parvenir à l'OAIE la procuration requise. Il précise que sa lettre du 23 août 2011 fait office d'une demande de prestations ultérieures suite à l'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

4.3.6 Compte tenu de l'état des faits précités, le Tribunal de céans peut conclure ─ à l'instar des parties ─ que la décision du 7 décembre 2010 est entrée en force et que le fax de l'assurée du 23 août 2011 doit être considéré comme une nouvelle demande de prestations AI.

Il sied toutefois de souligner que, si la prise de position de l'OAIE du 24 août 2011 (doc 68) est convaincante quant à son résultat, elle ne l'est pas quant à l'argumentation développée. En effet, on note que le projet de décision du 9 novembre 2010 (doc 59) avait été notifié à la recourante. Le CPTFE avait ensuite indiqué être le représentant de l'assurée dans le mémoire d'objections du 26 novembre 2010 (doc 60), étant relevé que ce comité avait également représenté l'assurée lors de la procédure en rapport avec la première demande de prestations AI et qu'une procuration en sa faveur se trouvait dans le dossier de l'OAI BS (cf. dossier OAI BS, doc 43). Si nonobstant ces précédents, l'OAIE avait encore des doutes quant à la présence d'un mandat de représentation dans le cadre de la deuxième demande de prestations, il se devait d'exiger du mandataire qu'il justifie de ses pouvoirs au sens de l'art. 11 al. 2 PA avant d'effectuer toute nouvelle communication à la partie. Vu qu'il ne l'a pas fait, il y a donc lieu de considérer que la notification par lettre recommandée de la décision du 7 décembre 2010 à l'assurée était entachée d'un vice de forme.

Cela étant, si la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3ème phrase, LPGA), la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il sied à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester. Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable. En vertu de son devoir de diligence, il appartient à la partie à qui la décision a été directement notifiée de se renseigner auprès de son mandataire - dont l'existence est connue de l'autorité - de la suite donnée à son affaire, au plus tard le dernier jour du délai de recours. Aussi, la jurisprudence considère-

t-elle qu'il y a lieu de faire courir dès cette date le délai dans lequel une partie est tenue d'attaquer une décision qui n'a pas été notifiée à son représentant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_529/2013 du 2 décembre 2013 consid. 4 et les références citées).

En l'espèce, force est de constater que, dans son mémoire du 30 août 2011 (doc 69), l'assurée n'a pas contesté avoir reçu la décision du 7 décembre 2010. En outre, elle reconnaît elle-même que la demande de prestations AI du 23 août 2011 doit être considérée comme une nouvelle requête (cf. mémoire du 30 août 2011 [doc 69]). Dans ces conditions, le Tribunal administratif fédéral ne peut donc que conclure que la décision du 7 décembre 2010 a effectivement été notifiée à la recourante (sur l'appréciation des preuve en la matière cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2011 du 30 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées). Cela étant, le vice de notification constaté in casu (à savoir l'envoi de la décision à l'assurée à la place d'une notification à son représentant) ne fait pas obstacle à l'entrée en force de la décision du 7 décembre 2010. En effet, compte tenu de la jurisprudence exposée au paragraphe précédent, du temps normal d'acheminement des courriers envoyés par recommandé en France et des féries judiciaires, il y a lieu de conclure que le délai de recours contre cet acte est arrivé à échéance au plus tard en mars 2011. Or, ni l'assurée ni son représentant ont manifesté lors désaccord contre la décision du 7 décembre 2010 en temps utile. Sur le vu de l'ensemble de ces éléments, il appert que le fax de l'assurée du 23 août 2011 doit être considéré comme une nouvelle demande de prestations AI.

4.3.7 Comme l'OAIE est entré en matière sur cette troisième demande de prestations, l'objet du litige a donc trait au point de savoir si l'état de santé respectivement le taux d'invalidité de la recourante ont connu une modification notable depuis la deuxième décision de rejet du 7 décembre 2010 entrée en force et le 28 février 2012, date de la décision attaquée.

5.

5.1 Lors du prononcé de la décision du 7 décembre 2010, l'administration se basait notamment sur un rapport médical E 213 du 27 mai 2010 établi par la Dresse B._____ (doc 21) et une prise de position de son service médical du 5 novembre 2010 signé par le Dr C._____, du SMR (doc 58). Le premier médecin cité retenait les diagnostics de névrose dépressive sévère (CIM-10 F 32) et d'impotence fonctionnelle du pied droit (CIM-10 M 25.5) à type de somatisation (doc 21 p. 8 n° 7). Pour sa part, le Dr C._____ retenait le diagnostic principal de status après opération

pour hallux valgus et le diagnostic accessoire sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif réactif. Selon lui, l'atteinte au pied n'avait pas évolué depuis 2004 et justifiait ─ tout comme lors du rejet de la première demande de prestations AI par décision sur opposition du 8 août 2007 ─ de retenir une incapacité de travail totale dans la l'ancienne profession d'aide cuisinière, une incapacité dans l'accomplissement des travaux ménagers de 16% et une incapacité de travail de 0% dans une activité adaptée exercée en position assise. Sur cette base, l'autorité inférieure, dans sa décision du 7 décembre 2010, rejetait la deuxième requête de prestions AI de l'assurée.

5.2 Dans le cadre de la 3ème demande de prestations, l'autorité inférieure a notamment versé à la cause des rapports des 20 janvier 2011 (doc 65), 7 février 2011 (doc 64), 1er mars 2011 (doc 76 p. 1 s), 23 mars 2011 (doc 66), 6 avril 2011 (doc 77), 20 juin 2011 (doc 78), 5 juillet 2011 (doc 80 p. 2) et 9 septembre 2011 (doc 81). Appelée à donner une appréciation de la documentation recueillie, la Dresse D._____, du SMR, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'adénocarcinome infiltrant du quadrant supéro-externe du sein gauche pT1 NO MO (CIM-10 C 50.4) découvert début 2011, de status après mastectomie partielle gauche et curage ganglionnaire le 23 février 2011, de radiothérapie complémentaire et de status sur hallux valgus opéré ainsi que les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies sur uncodiscarthrose C5-C7. Selon cette praticienne, on pouvait admettre une incapacité de travail pendant quelques mois qui correspondait à la prise en charge chirurgicale et radio-oncologique. Constatant que les pièces versées au dossier faisait part d'une situation clinique stable, sans récidive, lors d'une consultation du 11 juillet 2011 auprès de l'oncologue traitant, elle a conclu que dès le 12 juillet 2011, on retrouvait la situation antérieure, telle qu'elle prévalait lors de la prise de position du Dr C._____ en date du 5 novembre 2010 (prise de position du 24 novembre 2011 [doc 84]). Sur la base de cette appréciation et en se basant sur une comparaison des revenus du 22 décembre 2011 (doc 85), l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 28 février 2012 (doc 86). Appliquant la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, le taux d'incapacité de travail dans l'activité lucrative était évalué à 28% et celui dans l'accomplissement des travaux habituels à 16%. Il en résultait un taux global d'invalidité de 26% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ([0.8 x 28] + [0.2 x 16]).

5.3 En procédure de recours auprès du Tribunal administratif fédéral, l'assurée a versé à la cause des rapports médicaux des 6 juin 2012 (pce

TAF 11 p. 2) et 20 juin 2012 (pce TAF 11 p. 3). Invitée à se déterminer en la matière, la Dresse D._____, dans des prises de position des 22 août 2012 (pce TAF 15 p. 16-18), 18 septembre 2012 (pce TAF 11 p. 13 s.) et 30 octobre 2012 (pce TAF 11 p. 8 s.), confirme l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps. Elle relève toutefois la présence de troubles locomoteurs lombaires requérant de prendre en considération des limitations fonctionnelles supplémentaires et de restreindre l'éventail des tâches encore exigibles de la part de l'intéressée. Se fondant sur cette prise de position, l'OAIE a conclu au rejet du recours dans un préavis du 29 novembre 2012 (pce TAF 11 p. 1-3).

5.4 Faisant valoir ses affections, la recourante, conteste cette appréciation et demande à l'administration de revoir son cas (cf. mémoires des 1er mars 2012 [doc 90 {lettre à l'OAIE}] et 13 mars 2012 [pce TAF 1 {acte de recours}]).

6.
En l'occurrence, pour ce qui est du statut de la recourante (cf. supra consid. 3.1), il ressort du dossier que celle-ci travaillait à 80% pour l'Armée du salut lors de l'arrêt du travail en 2004 (dossier OAI BS, doc 24 p. 2). Par acte du 3 août 2005 (dossier OAI BS, doc 31) et dans le cadre de l'enquête ménagère du 4 août 2005 (dossier OAI BS, doc 30), l'intéressée avait confirmé que, même sans atteinte à la santé, elle aurait continué de travailler à 80% pour s'occuper de son mari malade atteint d'une sclérose en plaque. Ces allégations avaient conduit l'administration a recourir à la méthode mixte pour évaluer l'invalidité de l'assurée en retenant un pourcentage pour l'exercice de l'activité lucrative de 80% et de 20% pour l'accomplissement des travaux ménagers lors du rejet de la première demande de prestations AI (cf. décision du 2 décembre 2005 [dossier OAI BS, doc 34 p. 2] confirmée par décision sur opposition du 8 août 2007 [doc 42]). Ces paramètres ont ensuite été repris dans la décision du 7 décembre 2010 (doc 62 en relation avec doc 58]) puis dans l'acte attaqué du 28 février 2012, ce qui n'a pas été contesté par la recourante. En l'état du dossier (cf. notamment questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage du 3 octobre 2011 [doc 75 p. 6-9 n° A.1]), le Tribunal administratif ne décèle aucun motif qui justifierait de réévaluer le statut hypothétique de la recourante et peut donc se rallier aux conclusions de l'administration.

7.
En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée dans une activité

lucrative ou dans l'accomplissement des travaux ménagers, il y a lieu de relever ce qui suit.

7.1.1 Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration et, en procédure de recours, le juge, constatent les faits d'office, avec la collaboration des parties et administrent les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En ce sens sont déterminants tous les faits dont la présence est décisive pour que la cause soit tranchée dans un sens plutôt qu'un autre. Les preuves sont à apprécier librement de manière consciencieuse et globale. Les autorités administratives et judiciaires sont ainsi tenues d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 et les références citées). Le cas échéant, elles peuvent renoncer à l'administration d'une preuve si elles acquièrent la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (cf., parmi d'autres, arrêts du Tribunal fédéral 9C_398/2011 consid. 4.2 et les références citées; 8C_256/2012 du 16 novembre 2012 consid. 3.1).

7.1.2 En particulier, lorsqu'il s'agit 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; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, ils s'assureront que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

En ce qui concerne les documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cette jurisprudence vaut également lorsque le service médical d'un assureur n'a pas examiné lui-même l'assuré mais s'est limité à rendre un rap-

port de synthèse des pièces déjà versées au dossier, étant donné que ces documents contiennent des informations utiles à la prise d'une décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale ou d'une appréciation de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_787/2012 du 20 décembre 2012 consid. 4.2.1; 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.2.2). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Par conséquent, une instruction complémentaire sera requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 125 V 351 consid. 3b ee; 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 5.3).

7.1.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence afférente à la méthode spécifique ou mixte (cf. supra consid. 5.2 s.), l'administration doit en principe mettre en œuvre une enquête ménagère pour fixer l'incapacité dans les travaux habituels. Celle-ci a lieu au domicile de la personne assurée et constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements y relatifs. 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 dûment établis 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).

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 que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-5517/2007 du 5 janvier 2010 consid. 12.4.1; C-5593/2008 du 29 septembre 2010 consid. 11.5).

7.2 En l'espèce, il est admis que l'assurée ne peut plus exercer la dernière activité accomplie en tant qu'aide-cuisinière depuis 2004. En outre, le

service médical de l'OAIE reconnaît que du 23 février au 11 juillet 2011, l'intéressée se trouvait en incapacité de travail dans toute profession suite à l'opération intervenue à son sein gauche et au traitement oncologique subséquent (cf. rapport du 24 novembre 2011 [doc 84 p. 3]). Les vues divergent toutefois quant au point de savoir si, dès le 12 juillet 2011, la situation médicale doit être considérée comme identique à celle ayant prévalu fin décembre 2010, étant rappelé qu'à ce moment-là la recourante disposait, du point de vue strictement médical, d'une pleine capacité de travail dans une activité de substitution et d'un taux d'invalidité de 16% pour l'accomplissement des travaux ménagers. Cela étant, force est de constater que l'instruction menée par l'autorité inférieure lors du prononcé de l'acte entrepris ne permettait pas de se déterminer au niveau de la vraisemblance prépondérante dans la présente affaire.

7.2.1 En effet, en premier lieu, il appert que la documentation médicale récoltée jusqu'au prononcé de la décision du 7 décembre 2010 ne permettait pas d'expliquer les douleurs au dos de l'assurée par un substrat médical clair. Aussi, le rapport médical E 213 du 27 mai 2010 ne posait pas de diagnostic spécifique quant à l'atteinte au rachis (doc 21 p. 8 n° 7). Dans ce document le médecin des institutions de sécurité sociale française se bornait à mentionner dans les rubriques "3.2 principales plaintes" et "4.1 état mental, humeur" que les plaintes étaient multiples et portaient sur des lombalgies, des vertiges et des douleurs au pied (doc 21 p. 2 et 3). Il était précisé que la part de somatisation n'était pas négligeable (doc 21 p. 3 n° 4.1). Pour sa part, le Dr C._____, dans un rapport du 5 novembre 2010 (doc 58 p. 3) soulignait que de nombreuses plaintes telles que celles portant sur les lombalgies, le vertige et les difficultés respiratoires ne trouvaient pas d'explications au niveau somatique.

Or, force est de constater que la situation a évolué depuis lors. En effet, dans un rapport du 6 avril 2011 établi suite à une imagerie par résonnance magnétique (ci-après IRM) du rachis cervical (pce TAF 1 p. 11), la Dresse E._____ relève notamment que l'examen confirme l'uncodiscarthrose très évoluée C5-C7 avec surtout un interapophysaire à gauche et des remaniements importants avec aspects ostéophytiques majeurs. Elle précise que les radiographies seront regardées en consultation multidisciplinaire avec les rhumatologues. Ensuite, dans un rapport du 2011 (pce TAF 1 p. 12), cette même praticienne indique de façon toute générale qu'elle suit l'assurée dans le cadre de ses rachialgies. Elle ajoute entre autres que les douleurs sont toujours présentes à 5/10 avec renforcement dû à l'hormonothérapie avec bouffées de chaleur, nervosité et agressivité. Finalement, dans un certificat du 20 juin 2012 (pce TAF 11 p. 3; cf. aussi

rapport radiologique du 6 juin 2012 [pce TAF 11 p. 2]) établi suite à une IRM de la colonne lombaire, le Dr F._____ fait part d'une discopathie sévère L4-L5 avec remaniements inflammatoires de type Modic I des plateaux vertébraux contigus, de bombement discal global hémi-circonférentiel de 6 mm L4-L5 réalisant une empreinte sur la face antérieure du fourreau dural sans rétrécissement canalaire et d'arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 bilatérale prédominante du côté droit pouvant expliquer d'éventuelles cruralgies ou sciatalgies droites. S'il est vrai que ce document a été rédigé près de 4 mois après le prononcé de l'acte entrepris, il permet toutefois de mieux expliquer les plaintes au rachis dont l'assurée s'était déjà plainte avant le 28 février 2012. Il convient donc d'en tenir compte pour juger de l'état de santé de la recourante dans la période déterminante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et les références citées). Cela n'a d'ailleurs pas échappé au SMR ainsi qu'à l'autorité inférieure qui ont intégré ce rapport dans leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée (cf. prises de position de la Dresse D._____ des 18 septembre 2012 [pce TAF 11 p. 14] et 31 octobre 2012 [pce TAF 11 p. 8], comparaison des revenus du 13 novembre 2012 [pce TAF 11 p. 5] et préavis de l'autorité inférieure du 29 novembre 2012 [pce TAF 11 p. 3]).

En conclusion, il appert que la symptomatologie rachidienne peut être nouvellement rattachée à des constats cliniques objectifs et que les troubles en cause sont qualifiés de "très évolués" respectivement "sévères" par les médecins traitants. Ces constats sont donc de nature à semer le doute quant à une capacité de travail entière de l'assurée dans l'exercice d'une activité adaptée.

7.2.2 A cela s'ajoute que, selon le rapport oncologique du 7 mars 2012 signé par le Dr G._____ (doc 94) ─ qui se rapporte également à la période déterminante courant jusqu'au 28 février 2012 ─ la patiente semble présenter une très mauvaise tolérance à la hormonothérapie par FEMARA avec douleurs multiples, raison pour laquelle il lui a été proposé de faire un essai avec de l'AROMASINE pour voir si la symptomatologie douloureuse s'amende. Le praticien précité relève en outre des contractures musculaires au niveau des trapèzes et du deltoïde gauche ainsi que des douleurs à la palpation du muscle pectoral gauche. De surcroît, dans un rapport du 20 juin 2011 (pce TAF 1 p. 12), la Dresse E._____ indique que la patiente souffre de fatigue due à la succession des traitements pour son cancer du sein.

7.2.3 Dans ces conditions, contrairement à ce que prétend l'OAIE, l'instruction de la cause ne pouvait être close en se basant principalement sur les prises de position de la Dresse D._____, spécialiste en médecine générale, qui n'avait pas examiné elle-même l'intéressée et qui ne possédait pas de spécialisation en rapport avec les affections dont souffre l'intéressée (cf supra consid. 7.1.2). Cela vaut d'autant plus que l'OAIE, dans la décision attaquée (cf. doc 89 p. 2), est parti de l'idée que l'incapacité de travail dans l'accomplissement des activités ménagères était restée inchangée à 16% sans se baser sur une quelconque documentation idoine et récente en la matière. En effet, force est de constater que cet aspect a nullement été thématisé par la Dresse D._____ quand bien même celle-ci, dans sa prise de position du 18 septembre 2012, retenait des limitations fonctionnelles supplémentaires pour l'exercice d'une activité lucrative par rapport à la situation ayant existé au 7 décembre 2010 (pce TAF 15 p. 14). Or, compte tenu de cette circonstance, l'administration ne pouvait sans autre conclure que la prise de position du Dr C._____ du 5 novembre 2010 concernant l'invalidité de l'intéressée dans les travaux ménagers (doc 58 p. 5) était encore valable le 28 février 2012, date de l'acte attaqué, d'autant plus que, dans le questionnaire du 3 octobre 2011 pour les assurés travaillant dans le ménage (doc 75 p. 6-8), la recourante niait pouvoir exercer une quelconque activité dans son ménage. Conformément à la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 7.1.3), l'autorité inférieure aurait donc dû investir plus avant sur ce point.

8.

Compte tenu de l'importance des lacunes constatées, les actes versés à la cause ne permettent donc pas de se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assuré et sa capacité de gain. En application de l'art. 61 al. 1 PA et conformément aux conclusions de la recourante, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède à un nouvel examen du cas après avoir entrepris les mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans ce cadre, l'autorité inférieure veillera notamment à récolter auprès des institutions de sécurité sociale française une documentation médicale récente. Ensuite, elle mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec pour le moins le concours d'un orthopédiste/rhumatologue, d'un neurologue et d'un spécialiste possédant les connaissances idoines pour se prononcer valablement quant aux conséquences des traitements liés au cancer du sein sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans la période déterminante. En outre, dès lors que de nombreux actes versés au dossier laissent entrevoir qu'une composante psychiatrique fait éga-

lement partie du tableau clinique (cf. doc 58 p. 3; 53; 25; 21 p. 8 n° 7; dossier OAI BS, doc 39 p. 5), il paraît aussi opportun de compléter le collègue d'experts par un psychiatre et, le cas échéant, par tout autre spécialiste dont l'avis s'avérerait nécessaire pour porter un jugement valable sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Au demeurant, les experts veilleront à prendre également position en rapport avec l'invalidité de la recourante dans l'accomplissement des travaux ménagers. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

9.
Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 400.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

10.
La recourante ayant agi en étant représentée par un mandataire professionnel, il lui est alloué une indemnité globale de dépens de Fr. 800.-, laquelle est fixée en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause ainsi que du travail accompli par le mandataire (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]; cf. également ATF 132 V 215 consid. 6.2).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.
Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 28 février 2012 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. 400.- versé par la recourante à titre d'avance de frais est restitué à ce dernière.

3.
Un montant de Fr. 800.- est alloué à la recourante à titre d'indemnité de dépens, à la charge de l'autorité inférieure.

4.
Le présent arrêt est adressé :

– à la recourante (Recommandé avec avis de réception; annexes : préavis du 29 novembre 2012 et ses annexes [pce TAF 15)
– à l'autorité inférieure (Recommandé; n° de réf.)
– 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. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :