



---

Cour III  
C-3179/2011

## Arrêt du 4 mars 2013

---

Composition

Vito Valenti (président du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz et Stefan Mesmer, 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 20 avril 2011).

**Faits :****A.**

La recourante A.\_\_\_\_\_, ressortissante portugaise née le [...] 1964, oeuvre en Suisse pendant plusieurs périodes d'assurances de 1991 à 2002 en tant qu'ouvrière et nettoyeuse (pces 7 et 8 p. 2). De retour au Portugal, elle travaille à raison de 16 heures par semaine comme femme de ménage jusqu'au 30 juin 2008, date à laquelle le diagnostic de cancer du sein droit, stade IIb, est posé. Cette affection rend nécessaire un geste chirurgical le 26 septembre 2008 consistant en une tumorectomie avec évidemment ganglionnaire le 26 septembre 2008. Par la suite, l'assurée est soumise à une chimiothérapie jusqu'au 14 avril 2009 qui est suivie par la mise en place d'une hormonothérapie pour une durée de 2 ans (cf. rapports médicaux des 12 janvier 2009 [pce 18], 18 février 2010 [pce 27], 1<sup>er</sup> juin 2010 [pce 28], 16 novembre 2010 [pce 41] et 17 mai 2011 [pce TAF 19 p. 3]). Le 10 septembre 2009, elle dépose une demande de prestations pour cause d'invalidité auprès des institutions de sécurité sociale portugaise lesquelles transmettent la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) pour compétence en mai 2010 (pce TAF 1). Par acte du 29 avril 2010 (pces 1 p. 3; 4), les institutions de sécurité sociale portugaise la mettent au bénéfice d'une rente pour cause d'invalidité.

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'autorité inférieure recueille divers renseignements économiques et médicaux portant sur l'intéressée dont notamment un rapport médical E 213 du 2 juin 2010 (pce 29), une prise de position du service médical de l'OAIE du 6 janvier 2011 (pce 37), un questionnaire à l'assuré, un questionnaire à l'employeur ainsi qu'un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, tous datés du 4 août 2010 (pces 13, 14 et 15) et une comparaison des revenus du 2 février 2011 (pce 38).

**C.**

Le 22 février 2011 (pce 39), l'OAIE informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il existe, dans l'exercice de la dernière activité accomplie à temps partiel une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année au sens du droit des assurances sociales suisse. En revanche, l'exercice d'une activité plus légère, mieux adaptée à l'état de santé, serait exigible à 100% avec une perte de gain de 26%. En parallèle, l'accomplissement des activités habituelles seraient encore exigible à 74%. Compte tenu du handicap

rencontré dans les deux domaines d'activités en question, il en résulterait un degré global d'invalidité de 36% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente [sur le caractère incorrecte de cette motivation, cf supra consid. 9.2, 2<sup>ème</sup> paragraphe]. Il invite l'intéressée à faire part de ses observations éventuelles dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte.

**D.**

L'assurée conteste ce projet de décision par acte du 18 mars 2011 (pce 43) en faisant valoir un état de santé s'aggravant de plus en plus. Elle produit des rapports médicaux des 16 novembre 2010 (pce 41) et 17 mars 2011 (pce 42).

**E.**

Par décision du 20 avril 2011 (pce 46), l'autorité inférieure, se basant sur une nouvelle prise de position de son service médical du 10 avril 2011 (pce 45), rejette la demande de prestations de l'assurée. A ce titre, elle reprend pour l'essentiel l'argumentation développée dans le projet de décision.

**F.**

Par acte du 30 mai 2011 (pce TAF 1), l'intéressée défère la décision précitée au Tribunal administratif fédéral. A l'appui de son recours, elle verse à la cause des rapports médicaux des 23 avril 2010, 3 mai 2011 et 24 mai 2011.

**G.**

Par décision incidente du 10 juin 2011 (pce TAF 2), le Tribunal administratif fédéral invite la recourante, jusqu'au 14 juillet 2011, à s'acquitter d'une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-. La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 27 juin 2011 (pce TAF 4).

**H.**

Appelée à se déterminer sur le recours, l'autorité inférieure, dans un préavis du 18 octobre 2011 (pce TAF 8), puis, suite à une demande d'éclaircissement de la part du Tribunal (cf. ordonnance du 2 décembre 2011 [pce TAF 9]), dans un deuxième préavis du 22 décembre 2011 (pce 10) ne décèle aucun motif lui permettant d'invalider ses conclusions antérieures, étant relevé qu'elle s'appuie notamment sur une nouvelle prise de position de son service médical du 7 octobre 2011 (pce 51).

**I.**

Par réplique datée du 6 février 2012 (pce TAF 14), la recourante conteste

avoir retrouvé une quelconque capacité de travail vu le traitement oncologique auquel elle est soumise, les séquelles d'un lymphoedème discret au membre supérieur droit et un syndrome de l'épaule douloureuse à droite. Elle produit un rapport médical de son médecin traitant du 3 février 2012.

**J.**

Après avoir requis une nouvelle prise de position de son service médical (rapport du 28 février 2012 [pce 54]), l'autorité inférieure, par duplique du 7 mars 2012 (pce TAF 16), conclut derechef au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**K.**

Dans une deuxième réplique du 16 avril 2012 (pce TAF 19), l'assurée réitère ses conclusions antérieures et produit des rapport médicaux des 23 avril 2010, 17 mai 2011, 15 novembre 2011, 30 novembre 2011, 23 janvier 2012, 14 février 2012, 26 mars 2012, 29 mars 2012, 2 avril 2012 et 4 avril 2012.

**L.**

Le Tribunal de céans transmet ces documents à l'autorité inférieure pour connaissance par ordonnance du 24 avril 2012 (pce TAF 20).

**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 1<sup>er</sup> 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<sup>bis</sup> 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 26<sup>bis</sup> 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. a et 60 LPGA; 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> avril 2012 et ne trouvent ainsi pas application dans la présente affaire).

## **3.**

**3.1** 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). En l'espèce, dès lors que la recourante fait valoir être victime d'une atteinte incapacitante à partir du 30 juin 2008 (pce 15 p. 3 n° 7a) et que la demande y afférente a été déposée le 10 septembre 2009 (pce 1 p. 7 n° 14), le droit à des prestations doit donc être examiné à l'aune des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de

cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_249/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2010 consid. 2.1 et la référence citée; 9C\_562/2012 du 18 octobre 2012 consid. 3.4). Ne sont en revanche pas applicables les dispositions de la 6<sup>ème</sup> révision (1<sup>er</sup> volet) valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**3.2** 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 la recourante avait droit à une rente le 10 mars 2010 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 20 avril 2011, 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).

#### **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 (pce 7) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations.

#### **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.

**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. 28a 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. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Finalement, si l'assuré travaillait à temps partiel et accomplissait le reste du temps des travaux ménagers, l'invalidité est déterminée selon la méthode mixte en additionnant les taux d'invalidité pondérés dans l'exercice de l'activité lucrative et des travaux habituels (Art. 28a Abs. 3 IVG; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_567/2012 du 10 janvier 2013 consid. 2.2.2).

**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 hypothétiquement fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. 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).

## **6.**

En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'assurée présente une inca-

capacité de travail suffisante pour obtenir le droit à une rente d'invalidité en application de la méthode mixte.

## 7.

**7.1** 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).

**7.2** 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 rapport 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 consid. 5.3).

**7.3** 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).

## **8.**

En l'occurrence, pour ce qui est du statut de la recourante (cf. supra

consid. 5.3), il ressort du dossier que celle-ci a exercé une activité lucrative dès 1978 à un taux non connu (pce 4 p. 2) et qu'elle a continué à être active dans le circuit économique après la naissance de ses trois enfants nés les 30 mai 1982, 12 septembre 1986 et 27 octobre 1994 (pce 1 p. 6). Résidant en Suisse dès 1991 (pce 8 p. 3 n° 8.2), elle a travaillé pour différents employeurs à des taux manifestement variables vu les revenus annuels très différents inscrits sur son compte individuel (pce 7). Dès 1996, elle a touché des allocations de l'assurance chômage et, à partir de 1998, elle a été inscrite comme personne n'exerçant plus d'activité lucrative jusqu'en 2002, année au cours de laquelle elle est retournée vivre au Portugal. Par la suite, il ressort du questionnaire pour l'employeur et du questionnaire à l'assuré (pces 14-15 toutes deux datées du 4 août 2010), que l'intéressée, de septembre 2002 à juin 2008 (mois où le carcinome mammaire a été décelé), a toujours travaillé 16 heures par semaine en tant que femme de ménage au Portugal à raison de 4 jours à 4 heures, étant relevé que, selon les constatations de l'autorité inférieure, l'horaire hebdomadaire normal à temps complet au Portugal dans les activités de nettoyage se monte 39.9 h./sem. (cf. pces 38 et 52). Il s'ensuit qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée avait travaillé pendant plus de 5 ans à un taux de 40.10% dans son activité habituel ( $[16 : 39.9] \times 100$ ) et de 59.90% dans les activités ménagères.

Sur le vu de l'ensemble de ces antécédents, le Tribunal de céans, en l'état du dossier, ne voit aucun motif suffisamment pertinent pour contester le statut de l'assurée retenu par l'autorité inférieure.

## **9.**

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.

**9.1** Dans un rapport du 17 mars 2011 (pce 42), le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, signale que celle-ci souffre notamment d'une lésion interne aiguë du genou gauche, de néoplasies malignes du sein, d'un syndrome de l'épaule douloureuse, d'une fracture du tibia et du péroné, d'un symptôme de la cheville, de douleurs musculaires et d'une affection oculaire. Par la suite, il précisera son dernier diagnostic en indiquant qu'il s'agit d'un glaucome (cf. rapport du 3 février 2012 [pce TAF 14 p. 3]). En outre, il fera part de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale (rapport du 24 mai 2011 [pce TAF 1 p. 3]).

**9.2** Appelé à plusieurs reprises à se déterminer, le service médical de l'OAIE a versé plusieurs prises de position au dossier. Ainsi, dans des rapports des 6 janvier et 10 avril 2011 (pces 37 et 45), le Dr E. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de statut après opération d'un cancer du sein avec limitation du membre supérieur droit et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite. Selon lui, il n'existe actuellement aucun signe de récurrence du cancer ni local ni à distance. Par ailleurs, le statut après fracture du tibia et péroné n'est pas invalidant et les autres affections rapportées par le médecin traitant — au demeurant insuffisamment documentées — ne seraient pas de nature à entraîner une quelconque incapacité de travail de longue durée. Il conclut que l'assurée présente une incapacité dans l'activité habituelle de nettoyeuse de 100% dès le 30 juin 2008 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2009, à savoir quelques temps après la fin du traitement chimiothérapique le 14 avril 2009. Par ailleurs, la capacité de travail dans une activité de substitution légère (port de charges de 10 kg au maximum) aurait été de 50% dès le 30 juin 2008 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2009. Pour finir, l'incapacité à accomplir les travaux habituels est estimée à 26% (pce 37 p. 1 et 2 et 37.1). Cette appréciation sera par la suite confirmée par le Dr F. \_\_\_\_\_, également de l'OAIE, dans deux prises de position des 7 octobre 2011 et 28 février 2012 recueillies par l'administration en procédure de recours. (pces 51 et 54).

Se basant sur ces constats, l'OAIE, en application de la méthode mixte, a conclu à un taux d'invalidité de la recourante de 35.62 ( $[0,401 \{part de l'activité lucrative; cf. supra consid. 8 in fine\} \times 50 \{taux d'invalidité dans l'activité habituelle\}] + [0.599 \times 26]$ ). Dans ce contexte, on notera que la motivation de la décision entreprise était des plus succinctes sur ce point. En outre, elle contenait une erreur, dès lors qu'elle indiquait que le taux global d'invalidité de 36% se basait sur une incapacité de travail de 26% dans une activité de substitution et de 26% dans les activités ménagères (cf. supra let. C et E). Or, comme l'autorité inférieure l'a expliqué en procédure de recours, elle appliquait la méthode mixte en se fondant sur l'incapacité de travail de l'assurée de 50% dans sa dernière activité de nettoyeuse (voire le deuxième préavis de l'OAIE du 22 décembre 2011 [pce TAF 10] ainsi que son annexe [pce 52]). Dans ces conditions, il était très difficile pour la recourante de comprendre le raisonnement de l'administration sur la base de la décision du 20 avril 2011. Vu l'issue de la cause, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur une éventuelle violation du droit d'être entendu à ce titre respectivement sur la gravité de ce manquement.

**9.3** Cela étant, force est de constater que, en soi, la documentation médicale versée à la cause par l'Office de liaison portugais et la recourante est tout à fait insuffisante pour se prononcer en connaissance de cause dans la présente affaire. En effet, si ces documents permettent effectivement d'exclure pour la période déterminante une récurrence du cancer (cf. notamment rapport des 16 novembre 2010 [pce 41] et 17 mai 2011 [pce TAF 19 p. 3]) et ne semblent pas mettre en évidence une atteinte incapacitante de longue durée au niveau du genou gauche (cf. rapports des 2 juin 2010 [pce 29 p. 3 n° 4.8.3 et 4.10] et 29 mars 2012 [pce TAF 19 p. 2]) ainsi qu'aux yeux comme le relève de façon convaincante le service médical de l'OAIE, ils jettent cependant de sérieux doutes quant au caractère modéré des limitations fonctionnelles de l'assurée à son bras droit.

Ainsi, dans un rapport manuscrit du 23 novembre 2009 (pce 21), en partie illisible (cf. pce TAF 11 [traduction]), le service médical des institutions de sécurité sociale portugaise retient que la recourante présente un bon état général sans déficit au niveau des membres supérieurs ("bon estado geral sem deficit a nivel do mobilidade dos m superiores" [pce 21 p. 4 n° V]) et semble conclure à l'absence d'une incapacité de travail permanente dans l'exercice de la profession habituelle (pce 21 p. 4 n° 4.1). Toutefois, le rapport médical E 213 du 2 juin 2010, effectué 8 mois plus tard, est beaucoup moins clair sur ce point. En effet, la Dresse D.\_\_\_\_\_ indique que l'assurée se plaint notamment d'une brachialgie droite avec perte de force musculaire (pce 29 p. 2 n° 3.2) et pose les diagnostics de néoplasie du sein droit, de séquelles d'un évidement ganglionnaire et d'une tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs (pce 29 p. 3 n° 7). Elle relève que, en conséquence des deux dernières atteintes citées, l'assurée présente une limitation en rapport avec l'abduction du membre supérieur droit (pce 29 p. 3 n° 4.8.2). Par ailleurs, sur le plan neurologique, elle constate une diminution de la force motrice (pce 29 p. 3 n° 4.10). Ne prenant pas position quant à la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée (pce 29 p. 5-6 n° 8-11.6), elle se borne à mentionner que, selon la législation du pays de résidence, l'incapacité est totale pour la dernière activité (pce 29 p. 11.7). Force est donc de constater que ce document ne satisfait aucunement aux critères jurisprudentiels régissant la matière (cf. supra consid. 7.2), dès lors qu'il reste beaucoup trop vague quant à l'objet de la preuve dans la présente procédure, à savoir la capacité de travail résiduelle de la recourante. En effet, la Dresse D.\_\_\_\_\_ fait état de limitations fonctionnelles à l'abduction du bras droit sans donner la moindre indication quant à leur intensité et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. En outre, dans la partie du rapport E 213 concernant les constats objectifs, elle

mentionne sans autre précision une diminution de la force motrice des membres supérieurs. On peut ainsi se demander si cette limitation n'est pas à mettre en rapport avec la brachialgie mentionnée dans les plaintes subjectives et constitue ainsi une atteinte supplémentaire à mettre sur la liste des diagnostics pertinents. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que le rapport E 213 du 2 juin 2010 n'est pas concluant et contient une motivation lacunaire.

Par ailleurs, dans un rapport du 3 mai 2011 (pce TAF 1 p. 2), le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, relève qu'il suit l'assurée depuis 2003 et que celle-ci se trouve en traitement chez lui pour cause de névralgie cervico-brachiale, de lombalgies chroniques récurrentes, de gonalgies à gauche et d'une épaule douloureuse à droite. Relevant que les affections ostéo- et abarticulaires se sont aggravées au cours des années, il atteste que l'intéressée présente une compromission fonctionnelle majeure. Cette appréciation — dont il convient de tenir compte dans l'appréciation des preuves (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_105/2008 du 23 juin 2008, consid. 2.2) — reste ainsi très peu précise quant aux limitations effectives de l'intéressée et ne permet également pas de juger valablement de sa capacité de travail résiduelle.

Finalement, on observe que dans plusieurs documents médicaux le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, mentionne de façon vague une incapacité et des limitations fonctionnelles chez l'assurée (cf. rapports des 17 novembre 2009 [pce 23], 17 mars 2011 [pce 42] et 3 mars 2012 [pce TAF 14 p. 4]).

**9.4** Même si les certificats précités des Drs B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ sont beaucoup trop lacunaires pour permettre au Tribunal de céans de se prononcer dans la présente affaire, ils ne permettent pas d'exclure — au niveau de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales — la présence d'une affection invalidante au sens de la LAI chez la recourante que ce soit dans l'activité habituelle, dans une activité de substitution ou dans les travaux ménagers. Dans ce contexte et en l'absence d'un substrat médical clair, les différentes prises de position du service médical de l'OAIE ne sauraient combler cette lacune. En effet, vu les données incomplètes figurant au dossier, de simples rapports de synthèse qui ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecin de l'administration aurait personnellement procédé, mais sur une analyse des documents médicaux versés à la cause, ne peuvent suffire pour emporter la conviction (cf. supra consid. 7.2, 2<sup>ème</sup> paragraphe; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier

2012 consid. 4.2). On rappellera également qu'il convient d'être d'autant plus exigeant quant au degré de preuve requis que l'administration a retenu que la méthode mixte était applicable en l'occurrence (cf. supra consid. 8) et n'a pas procédé à une enquête ménagère (cf. supra consid. 7.3). Or, l'assurée prétend présenter une incapacité de travail quasiment totale dans l'accomplissement des travaux ménagers pour cause de douleurs dans le bras droit, l'épaule et le dos (cf. questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage du 4 août 2010 [pce 13 p. 3 n° 9b). Appelé à prendre position sur ces allégations, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie du service médical de l'OAIE, s'est limité à considérer l'atteinte à l'épaule comme modérée (cf. rapport du 6 janvier 2011 [pce 37 p. 2]), à estimer la part des différentes activités accomplies par l'intéressée dans le ménage selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité et à retenir un taux d'invalidité respectif (conduite du ménage: 5% avec invalidité de 0%; alimentation: 40% avec une invalidité de 20%; entretien du logement: 20% avec une invalidité de 40%; achat: 10% avec une invalidité de 20%; lessive et entretien des vêtements: 20% avec une invalidité de 40%; soins aux enfants: 0% avec une invalidité de 0%; divers: 5% avec une invalidité de 0%). Il a conclu à un taux d'invalidité global de 26% pour la conduite du ménage (Annexe au rapport médical du 6 janvier 2011 [pce 37.1]). Le Dr F.\_\_\_\_\_, dans un rapport ultérieur du 7 octobre 2011 (pce 51), a ensuite précisé que, à son avis, l'assurée présente une invalidité pour quelques travaux de nettoyage spécifiques et peu nombreux ainsi que pour suspendre la lessive au-dessus de sa tête. Ces données succinctes — que les autres documents médicaux versés à la cause, dont notamment les constats cliniques mentionnés dans le rapport E 213 du 2 juin 2010, ne permettent pas sans autre de confirmer — ne sauraient toutefois suffire pour lever les doutes soulevés par les rapports des Drs B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_.

## 10.

Compte tenue de l'importance des lacunes constatées — notamment l'absence d'une description suffisamment circonstanciée quant aux limitations fonctionnelles de la recourante dans son activité lucrative habituelle, dans une activité de substitution ou dans l'accomplissement des travaux ménagers —, les actes versés au dossier ne permettent pas de se prononcer valablement sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée conformément à la méthode mixte. En application de l'art. 61 al. 1 PA, il se justifie par conséquent de renvoyer exceptionnellement l'affaire à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction qui s'imposent (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Celles-ci comprendront pour le moins la récolte d'un rapport oncologique récent et la mise en œuvre

d'une expertise pluridisciplinaire avec le concours d'un rhumatologue ainsi que d'un neurologue et, le cas échéant – compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la recourante dans le temps – de tout autre spécialiste dont l'avis s'avérerait nécessaire pour porter un jugement valable sur l'état de santé de l'assurée (concernant une éventuelle problématique psychiatrique cf. rapports des 30 novembre 2011 [pce TAF 19, p. 9 faisant nouvellement part d'une consultation de l'assurée chez un spécialiste en psychiatrie] et 29 mars 2012 [pce TAF 19 p. 2 indiquant un syndrome dépressif]), étant relevé que les experts devront s'exprimer sur sa capacité de travail de l'assurée y compris, en principe, en ce qui concerne les travaux ménagers (cf. supra consid. 7.3, deuxième paragraphe). L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

**11.**

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.

**12.**

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 partiellement admis en ce sens que la décision du 20 avril 2011 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 lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

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

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 :