



Cour III
C-3392/2009
{T 0/2}

Arrêt du 2 novembre 2010

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Madeleine Hirsig, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Moisés P. Marques,
PT-4900-495 Viana do Castelo,
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 22 avril 2009).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née en 1956, a travaillé comme aide dans un home et cotisé à l'assurance-vieillesse et invalidité en Suisse durant les années 1984 à 1996 (pce 6). De retour au Portugal fin 1996 ou début 1997, elle n'a plus exercé d'activité lucrative (pces 18 et 23). En 2004 elle souffrit d'un décollement de la rétine de l'œil droit lui ayant fait perdre l'acuité visuelle de cet oeil stabilisée à 3/10 avec correction (oeil gauche 8/10 avec correction) ainsi que de troubles dégénératifs de la colonne et sollicita des prestations de l'assurance-invalidité suisse. Elles lui furent déniées par une décision du 6 août 2007 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE, pce 28) fondée sur l'appréciation de son service médical ayant considéré que la perte de l'acuité visuelle d'un oeil et les atteintes modérées à la colonne vertébrale n'affectaient pas l'intéressée dans ses activités ménagères au point de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité (pce 24).

B.

En date du 24 septembre 2007, l'intéressée déposa une nouvelle demande de prestations d'invalidité suisses auprès de l'Instituto da Segurança Social qui la transmit à l'OAIE faisant valoir un adénocarcinome rectal opéré le 9 juillet 2007 et un déficit visuel accentué (pces 29^{bis}-31).

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'OAIE porta au dossier notamment les documents ci-après:

- le questionnaire à l'assuré daté du 4 décembre 2008 indiquant une activité domestique et les atteintes de cancer de l'intestin depuis juillet 2007 et de déficit visuel depuis mai 2004 entraînant de la fatigue et beaucoup de difficultés dans l'entretien du ménage (pce 42),
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 4 décembre 2008 indiquant un ménage de 2 personnes adultes, la possibilité de faire l'ensemble des tâches ménagères lentement et avec fatigue (pce 43),

- un rapport oncologique daté du 28 juin 2008 faisant état d'un adénocarcinome du rectum opéré par résection antérieure le 9 juillet 2007 suivi d'une chimiothérapie adjuvante du 26 septembre 2007 au 7 mai 2008 avec une mauvaise tolérance hématologique (pce 45),
- un rapport médical E 213 daté du 12 septembre 2008 faisant état d'un status normal sous réserve d'excès de poids (158cm/82kg), de déficit visuel grave à droite et de 6/10 (avec correction) à gauche et d'une opération pour adénocarcinome en 2007 entraînant une incapacité totale de travail pour toute activité (pce 46).

C.

Invitée à se déterminer sur le dossier, la Dresse B._____, dans son rapport du 9 janvier 2009, retint le diagnostic du rapport oncologique du 28 juin 2008 et une altération marquée de l'acuité visuelle de l'œil droit. Elle admit selon deux évaluations spécifiques de l'invalidité dans les tâches ménagères une incapacité de travail de 52% dès le 9 juillet 2007 et de 30% dès le 1^{er} juin 2008, soit 3 semaines après la fin de la chimiothérapie (pces 52 s.).

D.

Par projet de décision du 23 janvier 2009, l'OAIE informa l'assurée qu'il n'était pas paru de l'examen de son dossier une invalidité de 40% sur une année au moins, que malgré l'atteinte à la santé l'accomplissement des travaux habituels était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente et qu'en conséquence la demande de prestations de l'assurance-invalidité devrait être rejetée (pce 54).

L'intéressée s'opposa à ce projet de décision par acte du 18 mars 2009 joignant deux nouveaux rapports médicaux (pces 56-60). Invitée à se prononcer sur la nouvelle documentation médicale, la Dresse B._____ indiqua le 14 avril 2009 que celle-ci n'apportait pas d'élément nouveau et que le rapport de scanner joint du 3 octobre 2008 ne révélait aucun signe de progression ou métastases. Elle maintint sa détermination antérieure selon l'évaluation de l'invalidité des personnes travaillant à domicile (pce 62).

Par décision du 22 avril 2009, l'OAIE rejeta la demande de prestations d'invalidité au motif que la documentation envoyée confirmait les at-

teintes à la santé connues et n'apportait pas d'éléments nouveaux (pce 63).

E.

Contre cette décision, l'intéressée, représentée par Me M. P. Marques, interjeta recours en date du 20 mai 2009 auprès de l'OAIE qui transmit l'acte au Tribunal de céans comme objet de sa compétence et par un acte complémentaire daté du 2 juin 2009 adressé au Tribunal de céans. Elle fit valoir les atteintes à la santé précitées, une grave atteinte à sa santé psychique et requit la possibilité de déposer un mémoire ampliatif. Elle joignit à son envoi un rapport psychologique daté du 27 mai 2009 faisant état de désorientation depuis quelque 3 mois en raison de stress et de graves problèmes de santé et un rapport psychiatrique daté du 29 mai 2009 signé du Dr C._____ faisant état d'un cadre clinique d'épisode dépressif majeur de 3 mois d'évolution sous médication lié à des facteurs de stress (pces TAF 1, 4 et 6).

F.

L'OAIE soumit la nouvelle documentation médicale à la Dresse B._____ pour appréciation. Dans son rapport du 24 juillet 2009 elle nota que le diagnostic d'état dépressif majeur nouvellement posé était plausible mais postérieur à la décision attaquée du 22 avril 2009 et qu'à cet égard l'affection devrait être réévaluée dans une nouvelle demande, son appréciation antérieure étant maintenue (pce 65). Par réponse au recours du 30 juillet 2009, l'OAIE proposa ainsi le rejet du recours. Il fit valoir que de l'avis de son service médical et du fait de l'affection oncologique et de la chimiothérapie qui s'en était suivie il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 52% dès le 9 juillet 2007 et de 30% dès le 1^{er} juin 2008. S'agissant du rapport psychiatrique du Dr C._____ daté du 29 mai 2009, il indiqua qu'il était postérieur à la décision attaquée et qu'il y avait dès lors lieu de faire valoir cette nouvelle atteinte à la santé dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Ne retenant pas d'incapacité de travail de 40% pendant une année au moins, il confirma le rejet de la demande (pce TAF 11).

G.

Par réplique du 31 août 2009, l'intéressée maintint sa demande de prestations d'invalidité. Elle fit valoir un état de santé invalidant ne pouvant être rétabli ou amélioré pour tout emploi et activité domestique, une incapacité de travail de 40% au moins largement atteinte vu un

rapport médical d'évaluation du 23 juillet 2009 du Prof. D._____ établissant celle-ci à 69%, joint à la réplique, devant être pris en compte pour 70%. Elle souligna, outre sa myopie, souffrir d'un syndrome dépressif existant bien avant la décision attaquée, en relation avec ses maladies, et d'altérations dégénératives de la colonne vertébrale. Elle indiqua pâtir au niveau fonctionnel d'une importante fatigue liée à son cancer et à son déficit visuel l'affectant dans ses tâches quotidiennes. Le rapport du Prof. D._____ fit état des atteintes à la santé de l'intéressée, dont son cancer sans récurrence déclarée selon un rapport oncologique du 13 novembre 2008, une acuité visuelle avec correction selon examen du 8 mai 2009 de 3/10 pour l'œil droit et de 8/10 pour l'œil gauche, d'arthrose et de discopathie de la colonne vertébrale à divers niveaux avec une très probable instabilité de la charnière lombo-sacrée, d'un épisode dépressif majeur, concluant à une incapacité de travail de 69% selon le Tableau portugais des incapacités (pce TAF 14).

H.

L'OAIE soumit la réplique de l'intéressée à la Dresse B._____ qui dans son rapport du 29 septembre 2009 retint un status post cancer du rectum en rémission, une acuité visuelle nettement altérée à droite mais bien conservée à gauche ne constituant pas un critère d'incapacité de travail notable dans les activités ménagères, des lésions ostéoarticulaires de nature dégénératives qualifiées de modérées dans la plupart des rapports permettant de retenir le diagnostic de spondylodiscarthrose modérée sans hernie discale avérée ni radiculopathie, un syndrome dépressif mentionné pour la première fois en date du 27 mai 2009 confirmé par le Dr C._____ ayant vu l'intéressée pour la première fois en date du 29 mai 2009. Sur ces constatations, elle maintint sa détermination antérieure (pce 67). Par duplique du 1^{er} octobre 2009, l'OAIE confirma sa détermination, relevant que la réplique ne comprenait, selon son service médical, aucun élément nouveau permettant de revenir sur l'appréciation globale déjà établie (pce TAF 18).

I.

Invitée à se déterminer sur la duplique de l'OAIE, la recourante, par triplique du 20 novembre 2009, conclut à l'octroi des prestations réclamées soulignant, outre les atteintes connues, souffrir de troubles psychologiques d'évolution sur cinq ans s'étant accentués ces deux dernières années et ne pas être en mesure d'assurer une position ortho-

statique plus de 60 minutes. Elle joignit à son écrit notamment un nouveau rapport médical psychiatrique signé du Prof. E._____ du 26 octobre 2009, un rapport médical signé du Dr F._____ du 2 novembre 2009 et un rapport de TAC de la colonne cervicale. Dans son rapport le Prof. E._____ retint le status d'une femme sans énergie faisant preuve d'une véritable souffrance subjective, mêlée à une angoisse et à une egodystonie évidente, s'inscrivant dans un tableau clinique évoluant depuis environ cinq ans mais qui s'était accentué depuis 2007 et qui actuellement était caractérisé par un état dépressif chronique en relation avec ses pathologies ne lui permettant plus d'exercer quelque activité professionnelle, notamment de type ménager, en raison du défaut de productivité nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle. Dans son rapport la Dresse C._____ retint les atteintes à la santé connues de l'intéressée, la difficulté de maintenir une position orthostatique plus de 60 minutes, l'impossibilité pour l'intéressée d'exercer une activité professionnelle et la contre-indication d'activités domestiques eu égard à la dangerosité potentielle d'équipements électriques et au gaz et d'autres ustensiles ou outils. Le rapport de TAC de la colonne cervicale daté du 11 novembre 2009 indiqua des troubles dégénératifs multi-étagés modérés sans compromission radiculaire (pce TAF 24).

J.

Par décision incidente du 25 novembre 2009, le Tribunal de céans requit de l'intéressée une avance sur les frais de procédure de Fr. 300.- dont elle s'acquitta par Fr. 312.- dans les délais impartis par deux virements (pces TAF 25-31).

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), 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 prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure admi-

nistrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA 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 ladite 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. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} 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. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 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^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, 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 (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la

mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.2 L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

2.3 De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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 131 V 9 consid. 1; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le droit à la rente s'étendant du 7 août au 31 décembre 2007 s'examine à la lumière des anciennes normes ce qui motive qu'il y soit fait principalement référence.

4.

La recourante a présenté sa deuxième demande de rente le 24 septembre 2007. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, vu la décision du 6 août 2007 de l'OAIE, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit

à une rente le 7 août 2007 ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 22 avril 2009, 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. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). En ce qui concerne les faits déterminants, selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

5.

5.1 La décision dont est recours fait suite à une deuxième demande de rente, une précédente demande ayant été rejetée par décision du 6 août 2007 entrée en force.

5.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent.

5.3 Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision sur opposition de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (ATF du 11 mai 2006 cause I 187/05, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; ATF du 8 janvier 2007 cause I 597/05). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle

demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3).

En l'espèce l'administration étant entrée en matière sur la deuxième demande de rente déposée par l'intéressée, le Tribunal de céans ne doit se prononcer que sur le bien-fondé de son rejet.

6.

6.1 Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- avoir versé des cotisations à l'AVS/AI suisse durant une année au moins (art. 36 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). A compter du 1^{er} janvier 2008, l'assuré doit toutefois compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI dans sa nouvelle teneur modifiée le 6 octobre 2006). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

6.2 En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

7.

7.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

7.2 Un 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. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1^{er} LAI (art. 29 al. 4 à partir du 1^{er} janvier 2008) - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 254 consid. 2.3).

7.3 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 29 al. 1 LAI (VSI 1998 p. 126 consid. 3c). Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins.

7.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA

et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

8.

La recourante a travaillé en Suisse notamment comme employée dans un home avant son départ au Portugal fin 1996 ou début 1997 où elle n'a plus repris d'activité lucrative.

Or, la notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28 al. 2 LAI (art. 28a al. 1 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008), pour évaluer le taux d'invalidité, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré. C'est la méthode dite générale. 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. 2^{bis} LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; art. 28a al. 2 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). Si l'assuré exerçait une activité à temps partiel il convient de pondérer les deux méthodes (méthode mixte) en fonction du temps alors attribué à l'activité lucrative et aux activités domestiques (art. 28 al. 2^{ter} LAI et 27^{bis} RAI; art. 28a al. 3 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008 avec modification rédactionnelle). L'invalidité de l'assuré est évaluée selon l'une ou

l'autre de ces trois méthodes 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 convient d'examiner si l'assuré étant valide aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son ménage, cela à la lumière de sa situation familiale, sociale, et professionnelle. Il est tenu compte, pour le cas où l'assuré serait demeuré valide, 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; arrêt du Tribunal fédéral I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 2.3).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

9.

En l'espèce, il est établi que la recourante, en status post cancer du rectum en rémission, souffre notamment de la quasi-perte de l'acuité visuelle de l'œil droit, d'une spondylodiscopathie dégénératives pluri-étagée et de troubles psychologiques.

Par voie de conséquence, eu égard au fait qu'il ne s'agit pas là d'un état de santé stabilisé, la let. a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la let. b de cette disposition légale prévoyant en principe une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail déterminante pour le début du droit à la rente.

10.

L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera 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 réf. cit.).

11.

11.1 En l'espèce, l'intéressée déposa une première demande de prestations d'assurance-invalidité suisse qui fut rejetée par décision du 6 août 2007 au motif que la perte de l'acuité visuelle de l'œil droit et les atteintes modérées à la colonne vertébrale de l'assurée ne la limitaient pas dans ses activités domestiques au point de donner droit à une rente d'invalidité. Dans le cadre de cette première demande de prestations, des troubles psychologiques ne furent pas invoqués. En 2007 l'intéressée déclara un cancer du rectum qui fut traité par une résection antérieure le 9 juillet 2007 suivie d'une chimiothérapie adjuvante de quelque 6 mois avec une mauvaise tolérance hématologique. C'est dans la période de la chimiothérapie suivie que le 24 septembre 2007 l'intéressée déposa sa deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

11.2 Sur le plan de l'acuité visuelle, il est établi la quasi-perte de l'œil droit mais une acuité bien conservée pour l'œil gauche. Sur le plan ostéoarticulaire l'intéressée souffre de spondylodiscarthrose pluri-étagée qui peut être qualifiée de modérée comme cela ressort encore du dernier rapport TAC de la colonne cervicale du 11 novembre 2009 faisant état de troubles dégénératifs multi-étagés modérés sans compromission radiculaire. Il s'ensuit qu'il ne peut être retenue sur les plans ostéoarticulaire et de l'acuité visuelle une détérioration sensible de l'état de santé depuis le rejet de la demande de prestations en date du 6 août 2007 même s'il est invoquée une limitation de la position orthostatique à 60 minutes car cette limitation n'est pas déterminante dans l'examen de la capacité de travail dans les tâches domestiques.

11.3 Il appert du dossier sur le plan oncologique un status de rémission selon un rapport scan du 3 octobre 2008 et un rapport oncologique du 13 novembre 2008. Il est manifeste que l'intéressée a été sensiblement atteinte dans sa santé du 9 juillet 2007 au 1^{er} juin 2008, soit jusqu'à 3 semaines après la fin de sa chimiothérapie ayant entraîné objectivement une fatigue majeure dans les tâches ménagères comme l'a pris en compte la Dresse B._____ ayant retenu une incapacité de travail de 52%. A compter du 1^{er} juin 2008 la Dresse B._____ a retenu un taux d'invalidité de 30% compte tenu essentiellement du status orthopédique sur lequel il n'y a pas lieu de se prononcer compte tenu de l'issue du recours.

11.4 Dans son recours et ses écritures l'intéressée fait valoir souffrir de troubles psychologiques l'affectant dans ses activités domestiques. Comme on l'a relevé (11.1), de tels troubles n'ont pas été invoqués dans le cadre de la première demande de prestations et ce n'est qu'en date des 27 et 29 mai 2009, soit après la décision attaquée, que ceux-ci ont été établis par le Dr C._____ faisant état d'un cadre clinique d'épisode dépressif majeur de 3 mois d'évolution sous médication lié à des facteurs de stress. Dans un rapport du 26 octobre 2009 le Prof. E._____ fit état d'une femme sans énergie faisant preuve d'une véritable souffrance subjective mêlée à une angoisse et à une egodystonie évidente, s'inscrivant dans un tableau clinique évoluant depuis environ 5 ans, mais qui s'est accentué depuis 2007, et qui actuellement était caractérisé par un état dépressif chronique en relation avec ses pathologies.

Il est vraisemblable et bien compréhensible que l'atteinte oncologique dont a souffert l'intéressée et en tout cas jusqu'aux rapports médicaux ayant établi la complète rémission du cancer a entraîné des troubles psychologiques chez l'intéressée faisant passer celle-ci d'un état de dysthymie, assumé sans soutien psychologique de quelque 5 ans d'évolution, à celui d'épisode dépressif. L'aspect psychologique des atteintes à la santé de l'assurée n'a cependant pas réellement été examiné par l'OAIE parce qu'il serait surgi après la décision attaquée. Or, on ne peut pas exclure a priori que l'affection psychiatrique se soit manifestée déjà antérieurement à la décision attaquée comme l'atteste le Prof. E._____.

L'avis du service médical de l'OAIE n'est pas non plus convaincant pour une autre raison. Selon une jurisprudence constante, la qualifica-

tion 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 pour l'OAIE doit disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée par une atteinte alléguée comme déterminante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_736/2009 du 26 janvier 2010 consid. 2.1 et les références; 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 4.4 s.; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2169/2008 du 9 août 2010 consid. 3.3). En l'espèce, face à la prise de position du Prof. E. _____ faisant remonter les troubles psychologiques à cinq ans d'évolution, et qui auraient peut-être été d'importance en 2007 et 2008 déjà, force est de constater que l'administration ne fonde sa détermination que sur le rapport médical de la Dresse B. _____, oncologue mais non psychiatre.

Il s'ensuit que le Tribunal de céans ne peut confirmer la décision de l'OAIE de rejet de rente et se doit d'ordonner une expertise psychiatrique.

12.

Il appert de ce qui précède que la cause doit être renvoyée à l'administration en application de l'art. 61 PA afin qu'elle complète l'instruction et ordonne notamment une expertise psychiatrique portant sur les années 2007 à 2009.

13.

13.1 Vu l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure et l'avance de frais de Fr. 312.- est restituée à la recourante.

13.2 La recourante ayant agi en étant représentée, il lui est alloué une indemnité globale de dépens à charge de l'autorité inférieure de Fr. 2'000.- (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]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par l'avocat.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle procède conformément au considérant 12 et rende une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Le montant de l'avance de frais de Fr. 312.- est restitué à la recourante.

3.

Il est allouée à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 2'000.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de 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 :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 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 du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :