



Cour III
C-4640/2015

Arrêt du 16 mai 2018

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Daniel Stufetti, Michela Bürki Moreni, juges,
Marion Capolei, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne)
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 22 juin
2015).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le (...) 1966, est ressortissante espagnole domiciliée actuellement en Espagne, mariée depuis le 17 janvier 1987 à B._____ et mère d'un enfant né en 2002 (AI pces 4 p. 1, 2, 5 ; 9 p. 15). D'après l'extrait de son compte individuel AVS/AI suisse, elle a cotisé à l'AVS/AI suisse de manière non continue de 1985 à 2003 pour un total de 172 mois (annexe à TAF pce 19), notamment en qualité de nettoyeuse (AI pce 2 p. 2). Il ressort du formulaire E205 qu'elle a cotisé en Espagne de manière irrégulière de 1985 jusqu'au 31 octobre 2013 pour un total de 3'500 jours (AI pce 3 p. 2). En dernier lieu, elle a travaillé à son compte en tant qu'agricultrice (AI pce 9 p. 6 et 7). L'assurée, souffrant notamment d'un cancer du sein, a cessé son activité professionnelle le 2 octobre 2012 (AI pce 4 p. 2 n° 7.5) et a bénéficié de prestations en espèces de l'assurance maladie espagnole pour incapacité de travail du 3 octobre 2012 au 15 janvier 2014 et d'une rente d'invalidité espagnole à partir du 16 janvier 2014 (AI pce 4 p. 4 et 7).

B.

B.a Le 9 juillet 2014, l'intéressée a présenté une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (ci-après : INSS) qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou l'autorité inférieure ; AI pce 4 p. 7). Seulement un document médical a été joint à ladite demande :

- un rapport E213 du 1^{er} septembre 2014, établi par le Dr C._____ dont la spécialisation n'est pas indiquée (AI pce 2), posant les diagnostics suivants : antécédent de carcinome canalaire infiltrant (T2 N1A M0) du sein droit, lymphœdème résiduel au bras droit (p. 8). Dit médecin a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitation à effectuer des tâches nécessitant un effort physique ou le port de charge avec le membre supérieur droit, éviter l'exposition à l'humidité, à la chaleur et au froid, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés ainsi que le travail de nuit (p. 8 et 9). Le médecin a attesté depuis le 16 octobre 2013 une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'agricultrice (p. 2 et 10). Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées (p.ex. contrôle ou gestion), ce dernier a retenu une pleine capacité de travail depuis le 16 octobre 2013 (p. 2 et 10). D'après ce médecin, l'intéressée était toujours capable d'effectuer un travail léger sur

une base régulière, également sur un écran et en toute autonomie, soit sur son lieu de travail, soit à domicile (p. 8 s). Sur la base de ce qui précède, il a attesté, en vertu de la législation espagnole, une invalidité permanente et totale pour l'activité exercée en dernier lieu (p. 10).

B.b En date du 21 octobre 2014 et aux fins de l'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse, l'OAIE a demandé à l'intéressée de lui faire parvenir divers questionnaires ainsi que tous les documents médicaux en sa possession (rapports médicaux, protocoles hospitaliers, examens de laboratoire, ECG, etc. ; AI pce 7). Dès lors que l'assurée n'avait pas donné suite audit courrier, l'OAIE lui a adressé le 15 janvier 2015 une mise en demeure l'avertissant de ne pas examiner sa demande de prestations si elle n'envoyait pas la documentation et les informations demandées (AI pce 8).

B.c Le 27 janvier 2015, l'assurée a fait parvenir à l'autorité inférieure les documents suivants :

- un « questionnaire à l'assuré », rempli par l'assurée le 26 janvier 2015, mentionnant que cette dernière a travaillé en tant qu'agricultrice indépendante à temps complet (8 heures par jour, resp. 40 heures par semaine pour un salaire mensuel d'EUR 400.-) de janvier 2009 jusqu'au 15 janvier 2014, date à laquelle elle indique avoir cessé toute activité professionnelle (AI pce 9 p. 1 ss),
- un « questionnaire pour agriculteurs indépendants », rempli le 26 janvier 2015 par l'assurée, qui déclare avoir exploité seule un domaine de 20'000 m², dont 15'000 m² d'herbage-pâturage (élevage de 300 moutons) et 5'000 m² de labourage (cultures de seigle et de pommes de terre ; AI pce 9 p. 6 ss),
- un « questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage », rempli par l'assurée le 26 janvier 2015 (AI pce 9 p. 9 ss),
- ses déclarations d'impôts des années 2011 à 2013 (AI pce 9 p. 13 ss).

B.d Dans sa prise de position médicale du 1^{er} mars 2015, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin SMR, a posé les diagnostics principaux avec répercussion sur la capacité de travail suivants : status après ablation droite mamma, mamma-carcinome 2011 T2N1M0 ; léger lymphœdème au bras droit ; lombalgies, coxalgies. Comme diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné

des varices. Dans l'activité habituelle d'agricultrice indépendante, ce dernier a retenu une incapacité de travail de 70% dès septembre 2011 et de 50% dès janvier 2012 soit « trois mois après la guérison ». Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées, soit une activité en position de travail alternée assise/debout avec un port de charges occasionnel et de maximum 15 kg, il a attesté une incapacité de travail de 70% dès septembre 2011 et de 0% dès janvier 2012. En outre, ce médecin a établi une liste d'exemples non exhaustifs d'activités de substitution exigibles de l'intéressée (AI pce 11).

B.e Le 16 mars 2015, l'OAIE a procédé à une comparaison des revenus retenant une perte de gain de 37.17% (AI pce 12).

B.f Par projet de décision du 30 mars 2015, l'OAIE a informé l'assurée qu'il existait dans l'exercice de la dernière activité lucrative d'agricultrice, à cause de l'atteinte à la santé, une incapacité de travail de 70% depuis septembre 2011 et à partir de janvier 2012 une telle de 50%, mais qu'en revanche, l'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité respectant les limitations fonctionnelles était de 70% depuis septembre 2011 et de 0% dès janvier 2012 avec une diminution de la capacité de gain de 37%, taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (AI pce 13).

B.g En l'absence de réaction de l'intéressée, l'OAIE a, par décision du 22 juin 2015, rejeté la demande de prestations AI de l'assurée. A l'appui de cette décision, l'OAIE a repris les motifs évoqués dans son projet de décision du 30 mars 2015 (AI pce 14).

C.

C.a Le 27 juillet 2015, l'intéressée a formé recours devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF) à l'encontre de la décision précitée, concluant en substance à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. A l'appui de son recours, sans produire de nouveaux documents médicaux, la recourante a expliqué qu'elle souffrait notamment d'un carcinome du sein droit (mastectomie droite) qui entraînait une limitation importante de la mobilité du membre supérieur droit ainsi que d'un trouble anxieux dépressif mixte, type adaptatif. Au vu de son état de santé, elle a conclu qu'elle n'était plus capable d'exercer une activité professionnelle quelconque à partir du 15 janvier 2014 (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 7 août 2015, le Tribunal de céans a invité la recourante à effectuer une avance sur les frais de procédure présumés de

Fr. 400.-, montant dont elle s'est acquitté dans le délai imparti (TAF pces 3 ; 5 ; 6 ; 8).

C.c Dans sa réponse du 14 octobre 2015, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9).

C.d Le 30 novembre 2015, la recourante a répliqué les mêmes arguments que dans son recours, sans produire de nouveaux documents médicaux (TAF pce 13).

C.e Dans sa duplique du 4 janvier 2016, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 15).

C.f Par ordonnance du 7 janvier 2016, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était clos, d'autres mesures d'instruction demeurant toutefois réservées (TAF pce 16).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, 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), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021).

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Conformément à 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 expressément à la LPGA.

1.3 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 PA), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 LTAF ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGa) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et 59 LPGa), le recours du 27 juillet 2015 est recevable quant à la forme.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante espagnole, vivant en Espagne – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a été assurée en Suisse de 1985 à 2003 (annexe à TAF pce 19). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_455/2011 du 4 mai 2012 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n°883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

En outre, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015 ; 9C_54/2012 du 2 avril 2012).

2.2 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 des assurances I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

2.3 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement. En ce qui concerne les faits déterminants selon la jurisprudence, le Tribunal de céans doit se limiter – en règle générale – à examiner la situation de fait existant jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

2.4 En l'occurrence, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit suisse en vigueur dans leur teneur entre le 9 juillet 2014, date de la demande de prestations de la recourante (AI pce 4), et le 22 juin 2015, date de la décision attaquée (annexe à TAF pce 1), qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b).

3.

Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait, y compris l'état de santé de la recourante, jusqu'au jour de la décision, soit le 22 juin 2015. Les éléments de fait postérieurs à cette date ne devant, en principe, pas être pris en considération, sauf s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de santé de la recourante antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3.1).

4.

4.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^{ème} éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés par le recourant et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUENBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

4.2 En l'occurrence, l'objet du recours est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 22 juin 2015 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations AI de l'intéressée, soit son droit à une rente (AI pce 14). La recourante fait valoir que son état de santé est d'une telle gravité qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle, y compris avec les limitations fonctionnelles suggérées par les spécialistes. Il convient donc d'examiner si la recourante remplit les conditions pour avoir droit à une rente AI.

5.

5.1 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 (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'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. 4291 ; art. 45 du règlement 1408/71).

5.2 En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse entre 1985 et 2003 pour un total de 172 mois (annexe à TAF pce 19) et en Espagne de 1985 jusqu'au 31 octobre 2013 pour un total de 3'500 jours (AI pce 3 p. 2). Partant, elle remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI (consid. 7 ss) et à partir de quand (consid. 6).

6.

6.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.2 En l'espèce, il ressort du formulaire E204 que la recourante a cessé son activité professionnelle le 2 octobre 2012 (AI pce 4 p. 2 n° 7.5). Toutefois, d'après le « questionnaire pour agriculteurs indépendants » rempli par l'assurée le 26 janvier 2015, celle-ci indique avoir été en mesure de travailler à plein temps sans restriction jusqu'au 15 janvier 2014 (AI pce 9 p. 7 n^{os} 6 et 8). Il ressort également de ses déclarations d'impôts des années 2011 à 2013 qu'elle a réalisé durant cette période des revenus provenant de son activité d'agricultrice (soit en 2011, un rendement net d'EUR 1'068.64 [AI pce 9 p. 17], en 2012, un rendement net d'EUR 1'227.78 [p. 28] et en 2013, un rendement net d'EUR 2'029.36 [p. 40]). Finalement, le Dr C._____ a retenu dans son rapport médical E213 du 1^{er} septembre 2014 une incapacité de travail à partir du 16 octobre 2013 de 50% dans l'activité habituelle d'agricultrice et de 0% dans une activité adaptée (AI pce 2 p. 2 et 8).

Force est de constater qu'il ne ressort pas clairement du dossier à partir de quelle date l'intéressée a effectivement présenté une incapacité de travail de longue durée. Toutefois, dès lors que l'assurée a déposé sa demande de prestations AI seulement en date du 9 juillet 2014 (AI pce 4 p. 7), l'éventuel droit à une rente d'invalidité pouvait naître au plus tôt à partir du 1^{er} janvier 2015. Enfin, il reste encore à examiner si la recourante est invalide au sens de la loi.

7.

7.1 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 art. 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. 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 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

7.2 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

8.

8.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent 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.

8.2 Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales 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 351 consid. 3a et les références citées).

La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux :

Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder

à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, p. 799 n° 2920 ss).

Les rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier plan (arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances, l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, op. cit. p. 799 n° 2920).

9.

9.1 En l'espèce, pour prendre sa décision du 22 juin 2015 de refus de rente AI, l'autorité inférieure s'est fondée sur l'avis médical du 1^{er} mars 2015 du médecin SMR, à savoir le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine générale (AI pce 11). Ce médecin s'est lui-même référé au seul rapport médical figurant dans le dossier, soit le rapport E213, qui a été rendu en date du 1^{er} septembre 2014 par le médecin espagnol, à savoir le Dr C._____ dont la spécialisation est inconnue (AI pce 2). Ce rapport E213 a été rendu suite à un examen clinique de la recourante ayant eu lieu le 26 août 2014, alors qu'au contraire le médecin SMR (le Dr D._____) a rendu son rapport médical après le seul examen du dossier (AI pces 2 ; 11).

9.2 L'affection principale dont est atteinte la recourante est un cancer du sein, à savoir une atteinte relevant du domaine de l'oncologie. Ainsi, le

Dr C. _____ pose dans son rapport médical E213 du 1^{er} septembre 2014 les diagnostics d'antécédent de carcinome canalaire infiltrant (T2 N1A M0) du sein droit et lymphœdème résiduel au bras droit (Al pce 2 p. 8). Dit médecin retient les limitations fonctionnelles suivantes : limitation à effectuer des tâches nécessitant un effort physique ou le port de charge avec le membre supérieur droit, éviter l'exposition à l'humidité, à la chaleur et au froid, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés ainsi que le travail de nuit (p. 8 et 9). Il atteste depuis le 16 octobre 2013 (p. 2 et 8) une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'agricultrice. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées (p.ex. contrôle ou gestion), ce dernier retient une pleine capacité de travail depuis le 16 octobre 2013 (p. 2 et 10). D'après ce médecin, l'intéressée est toujours capable d'effectuer un travail léger sur une base régulière, également sur un écran et en toute autonomie, soit sur son lieu de travail, soit à domicile (p. 8 et 9). Sur la base de ce qui précède, le médecin atteste, en vertu de la législation espagnole, une invalidité permanente et totale pour l'activité exercée en dernier lieu (p. 10). Dit rapport médical dispose que l'invalidité totale permanente pour la profession d'agricultrice a été reconnue en Espagne en raison des séquelles de l'intervention chirurgicale au sein droit ayant eu lieu en septembre 2011 et en raison d'un gonflement du bras droit (lymphœdème ; p. 2). Toutefois, le médecin espagnol retient une incapacité de travail seulement deux ans après cette intervention chirurgicale, soit à partir du 16 octobre 2013 (p. 2 n° 3.4.4) sans indiquer les motifs du choix de cette date. Il s'ensuit que les conclusions du médecin espagnol ne sont pas motivées sur ce point.

9.2.1 Par ailleurs, force est de constater que le Dr C. _____ apprécie trop succinctement et pas assez clairement la situation médicale de l'intéressée dans son ensemble et les conséquences sur sa capacité de travail. En effet, quant aux autres aspects somatiques, la recourante se plaint de douleurs osseuses intenses dans la région lombaire et au niveau de la hanche droite. Le médecin, se basant sur une IRM de la colonne vertébrale réalisée en juillet 2014, indique ne pas trouver de substrat organique qui pourrait expliquer ces fortes douleurs. En outre, il atteste que la mobilité vertébrale est préservée et qu'il n'existe aucun signe d'irritation radiculaire au niveau du rachis (Al pce 2 p. 2 n° 3.2 et 5 n° 4.8.1). Le Tribunal constate que le rapport E213 ne se fonde pas sur des examens rhumatologiques complets et que dès lors, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale ne sont pas claires.

9.2.2 D'un point de vue psychiatrique, l'expert se contente d'indiquer dans le rapport E213 que l'état mental et l'humeur de l'intéressée sont normaux (AI pce 2 p. 3). Toutefois, il ressort du même rapport médical que cette dernière est sous le traitement d'alprazolam (p. ex. Xanax[®], qui traite notamment des manifestations anxieuses modérées à sévères, voire invalidantes [cf. arrêt du TAF C-8211/2008 du 26 octobre 2010 consid. 12.3 ; <https://compendium.ch/mpro/mnr/24198/html/fr>, consulté pour la dernière fois le 27 mars 2018] et qui est soumis à prescription médicale selon l'art. 2 al. 1 *cum* annexe I de l'ordonnance du DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques [OTStup-DFI, RS 812.121.11]). D'après le questionnaire à l'assurée, rempli par cette dernière le 26 janvier 2015, l'intéressée est suivie depuis 2009 en raison d'une dépression par son psychiatre traitant, le Dr E. _____ (AI pce 9 p. 1 et 4). En outre, dans son mémoire de recours, l'assurée indique souffrir d'un trouble anxieux dépressif mixte de type adaptatif rendant la prise de décisions difficile et ayant un impact négatif sur sa concentration, sans pourtant produire de document médical (TAF pce 1). Ainsi, il subsiste de forts doutes si le rapport médical du 1^{er} septembre 2014 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse.

9.3 Il apparaît ainsi que le rapport E213 est trop sommaire et qu'il contient un établissement lacunaire de l'état de santé de l'assurée, de sorte qu'il n'a pas une valeur probante suffisante au sens de la jurisprudence fédérale pour fonder une décision. Au vu de ce qui précède, le SMR, soit pour lui le Dr D. _____, médecin généraliste FMH, qui n'a pas examiné la recourante, ne pouvait pas se fonder valablement sur le rapport médical E213 pour rendre sa prise de position médicale du 1^{er} mars 2015.

9.3.1 Au surplus, il convient de noter que la prise de position médicale du médecin SMR contient elle-même des irrégularités. En effet, le Dr C. _____ avait posé dans son rapport E213 les diagnostics d'antécédent de carcinome canalaire infiltrant (T2 N1A M0) du sein droit et lymphœdème résiduel au bras droit (AI pce 2 p. 8). Le Dr D. _____, a, par contre, également retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies et coxalgies (AI pce 11 p. 1). Il n'est pas clair comment le médecin SMR a pu arriver à une telle conclusion, qui n'est par ailleurs pas motivée, puisque le médecin espagnol a indiqué dans le rapport E213 qu'une IRM de la colonne vertébrale réalisée en juillet 2014 ne montrait pas d'altérations significatives, que la mobilité vertébrale était préservée et qu'il n'existait aucun signe d'irritation radiculaire au niveau du rachis (AI pce 2 p. 2 n° 3.2 et 5 n° 4.8.1).

9.3.2 En outre, le médecin SMR a fixé une incapacité de travail dans toute activité de 70% dès septembre 2011, soit au moment de l'intervention chirurgicale au sein droit (AI pce 11 p. 1). A partir de janvier 2012, soit « 3 mois après la guérison », il a attesté, dans l'activité habituelle d'agricultrice, une incapacité de travail de 50% et a indiqué qu'à partir de cette date, une activité de substitution était entièrement exigible. Ce faisant, il a fixé le début de l'incapacité de travail deux ans plus tôt que son confrère espagnol, sans pourtant motiver cette divergence et notamment sans être en possession du rapport opératoire et des rapports intermédiaires concernant l'atteinte oncologique.

9.3.3 Finalement, il ressort du rapport médical E213 que le Le Dr C._____ s'est lui-même basé sur un rapport médical espagnol du 16 octobre 2013 qui ne figure pas dans le dossier AI (AI pce 2 p. 8 n° 8). Il s'ensuit que le dossier médical de l'OAIE était incomplet et que sur cette base, le médecin SMR ne pouvait pas évaluer correctement l'état de santé de la recourante ainsi que les différentes incapacités de travail qui en découlent.

9.4 Par conséquent, l'ensemble des pièces de nature médicale au dossier ne remplissent pas en l'état les exigences posées par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Le Tribunal de céans ne peut donc pas porter un jugement valable sur le droit litigieux, dès lors que les documents à disposition n'ont pas une valeur probante suffisante. Dans cette constellation, une instruction complémentaire doit être entreprise (arrêt du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision du 22 juin 2015 doit être annulée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier le début de l'incapacité de travail de longue durée (cf. consid. 6), l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail (cf. consid. 7 ss). Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux

prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). En l'espèce, il ressort du dossier que le début de l'incapacité de travail de longue durée, la situation médicale et les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure.

10.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de l'intéressée à une rente au plus tôt à compter du 1^{er} janvier 2015, l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée ainsi que de sa capacité de travail. Dans un premier temps, elle complétera le dossier avec les pièces médicales manquantes (cf. consid. 9). Puis, elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire, qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (iii) établir ses limitations fonctionnelles et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'agricultrice et dans des activités adaptées. Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418) et dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que l'intéressée ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, dite expertise devra être faite en Suisse. Sur la base de cette expertise, l'autorité inférieure devra rendre une nouvelle décision.

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

11.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité

inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 400.- (cf. TAF pces 3 ; 5 ; 6 ; 8) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.3 La recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 22 juin 2015 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE afin qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.- sera remboursée à la recourante avec 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 accusé de réception ; annexe : formulaire d'adresse de paiement)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Marion Capolei

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 de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :