



Cour III
C-4990/2012

Arrêt du 10 juillet 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Beat Weber, Vito Valenti, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par le Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens,
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 27 août 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante française, née le [...] 1969, a travaillé en Suisse notamment comme vendeuse frontalière à temps partiel du 8 octobre 1990 au 30 septembre 2011, cotisant ainsi à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; pce 6). L'assurée, en arrêt maladie depuis le 8 novembre 2010 en raison d'une dépression liée à son activité professionnelle, est licenciée au 30 septembre 2011 (pce 25).

B.

Le 28 février 2011, A._____ dépose une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de X._____ (ci-après: OCAI), se prévalant d'une incapacité de travail entière depuis le mois de novembre 2010 en raison d'un état anxio-dépressif (pce 1). Dans le cadre de cette procédure, sont versées en cause notamment les pièces suivantes:

- un avis d'arrêt de travail du 8 novembre au 21 novembre 2010 établi par le Dr B._____, médecin généraliste (pce 4, p. 1);
- deux rapports de "Care Management" de l'assurance-maladie des 4 janvier et 15 février 2011, dont il ressort que l'assurée bénéficie d'un suivi psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur (pce 8);
- un rapport médical du 23 mars 2011 du Dr C._____, psychiatre traitant, dont il ressort que l'assurée souffre d'un état dépressif majeur depuis le 8 novembre 2010 traité par psychothérapie et antidépresseurs; le psychiatre décrit un syndrome dépressif franc dans un contexte de stress professionnel avec un pronostic à priori favorable (thymie dépressive, anxiété, idées noires et de péjoration de l'avenir, pensées de dévalorisation, insomnie, asthénie et troubles de la concentration) et considère que l'assurée présente une incapacité entière de travail pour une période indéterminée dans son activité habituelle d'hôtesse de caisse (pce 12);
- un certificat médical du mois de mars 2011 du Dr C._____, lequel indique suivre l'intéressée depuis le 2 décembre 2010 pour un syndrome dépressif franc évoluant depuis novembre 2010 dans un contexte de stress professionnel, ayant nécessité la mise sous antidépresseurs et la mise en arrêt de travail; il signale en outre qu'un

changement de poste de travail pourrait être nécessaire (pce 20, pp. 13. s.);

- un questionnaire pour l'employeur rempli le 4 avril 2011, indiquant que l'assurée gagnait en tant que caissière en 2010 un salaire mensuel de Fr. 3'300.-- et depuis le 1^{er} janvier 2011 un salaire mensuel de Fr. 3'365.-- en travaillant 35 heures par semaine (pce 13);
- deux certificats médicaux manuscrits des 26 mai et 23 août 2011 du Dr C._____, lequel indique que l'état de santé de l'assurée ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle (pces 17 p. 3 et 27 p. 3);
- un questionnaire concernant l'activité lucrative rempli le 5 mars 2012 par l'assurée, laquelle indique avoir travaillé à 85% (35h/semaine) depuis 1990 en tant que vendeuse/caissière pour un salaire mensuel en 2011 de Fr. 3'365.--; l'intéressée mentionne que, sans atteinte à la santé, elle continuerait à exercer son activité habituelle au même taux d'activité (pce 46);
- plusieurs arrêts de travail du Dr C._____ attestant de l'incapacité de l'assurée du 19 novembre 2010 au 16 mars 2012 (pces 7, 14, 15, 17, 21, 27, 29, 32, 37, 38, 40 et 42).

C.

C.a Le 16 mai 2011, l'assurance maladie cesse de verser des indemnités journalières à A._____ en se référant à une expertise psychiatrique du Dr D._____ du 4 avril 2011, dont il ressort que l'intéressée souffre de trouble dépressif de degré moyen avec syndrome somatique (ICD-10 F 32.11), ainsi que de problèmes en relation avec son activité professionnelle (ICD-10 Z56) et présente au moment de l'examen une incapacité de travail entière. Selon l'expert psychiatre l'assurée pourrait éventuellement reprendre une activité de vendeuse ou une autre activité à 50% au plus tôt à deux mois de son expertise et éventuellement par la suite reprendre son ancien taux d'activité, soit 85%. Ainsi, il conseille une réévaluation de l'état de santé psychique de l'assurée dans deux mois (pce 20).

C.b Par communication du 22 juin 2011, l'OCAI déclare que des mesures de réadaptation ne sont pas possibles pour l'assurée (pce 22), après que des mesures d'intervention précoces aient été abandonnées faute de

potentiel de réadaptation (cf. également le plan de réadaptation du 15 juin 2011; pce 18) et suite au licenciement de l'intéressée au 30 septembre 2011 (pces 19 et 25).

D.

Dans une expertise psychiatrique du 5 novembre 2011 mandatée par l'OCAI (pces 26 et 34), le Dr E. _____ diagnostique chez l'assurée une évolution dépressive défavorable ("depressive Fehlentwicklung"), un épisode dépressif de degré moyen (F 33.1) avec, de manière croissante, un comportement d'évitement et une tendance à la régression. L'expert retient également chez l'assurée, comme n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail, une accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1) et un status après des problèmes en relation avec le travail (Z 56). L'assurée fortement déstabilisée par ses problèmes d'intégration au travail, suite à une restructuration, présente en novembre 2010 une dépression réactionnelle; celle-ci ne sort plus jamais seule de chez elle, présente un comportement régressif ainsi que des sentiments de victimisation et se repose sur un important soutien familial. L'expert conclut toutefois que le trouble dépressif de l'assurée n'est pas assez grave pour l'empêcher totalement de travailler. Vu le sentiment d'insécurité développé par l'intéressée, âgée de 42 ans, une psychothérapie doit être continuée en plaçant au premier plan la réintégration professionnelle afin d'éviter de conforter celle-ci dans son sentiment d'incapacité et d'impuissance. En raison d'une diminution de sa capacité à supporter le stress et à son manque d'énergie, l'expert estime que l'assurée ne peut pas encore reprendre une activité professionnelle à 85%, mais qu'elle peut travailler à 50% sans diminution de rendement dans son activité habituelle de vendeuse ou comme ouvrière et ce depuis le mois de novembre 2010.

E.

Dans un avis du 7 novembre 2011 du RAD, le Dr F. _____, reprend les conclusions de l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr E. _____, celle-ci reposant à son avis sur une étude complète du dossier, sur un examen personnel approfondi et livrant une appréciation plausible de la capacité de travail et de l'état de santé de l'assurée (pce 35).

F.

Sur la base d'une enquête effectuée sur place le 24 février 2012, l'OCAI délivre un rapport sur l'activité ménagère de l'assurée du 13 mars 2012, dans lequel l'intéressée, s'occupant d'un ménage constitué de trois personnes dans une maison de cinq pièces, décrit un manque d'énergie,

de concentration et de motivation très important en raison de sa dépression. Celle-ci indique que son trouble psychique l'empêche de conduire son ménage ou d'effectuer la plupart des tâches ménagères et des tâches administratives, indiquant apporter bien plus une aide ponctuelle à son mari et à sa fille qui effectuent les travaux ménagers à raison de 18 à 28 heures par semaine. Toutefois, il ressort des constatations du service d'évaluation que, si une certaine limitation dans la tenue du ménage peut être prise en compte, elle ne peut l'être dans la mesure décrite par l'assurée, si l'on considère les diagnostics retenus par les médecins et considérant l'aide que l'on peut attendre de la part de sa famille; ainsi, l'OCAI retient une incapacité globale de 19% dans les activités ménagères (pce 44);

G.

Dans un avis du 13 mars 2012 du RAD, le Dr F._____, souligne qu'il est plausible que l'assurée présente un degré d'incapacité plus important dans le cadre professionnel que dans le cadre familial de son propre ménage. Il souligne que le degré d'incapacité dans le ménage de 19% retenu est crédible bien que relativement élevé si l'on considère l'aide que son mari peut lui apporter (pce 45).

H.

Par projet de décision du 16 mars 2012, l'OCAI propose le rejet de la demande de prestations d'invalidité de A._____ au motif que celle-ci présente une perte de gain insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité; en effet, malgré une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 19% dans ses activités ménagères, l'intéressée présente un taux d'invalidité de 37% selon la méthode mixte (pce 48)

I.

Par opposition du 22 mars 2012, complétée le 26 mars 2012, la caisse de Pension de l'assurée, relève que l'autorité inférieure se base sur le salaire obtenu en 2010, sans indexation à l'année 2011 pour le salaire avant invalidité, alors qu'elle indexe à l'année 2011 le salaire statistique calculé sur les chiffres ressortant de l'Enquête suisse sur les salaires 2010 (ESS). Dès lors, la Caisse de pension requiert que l'évaluation du degré d'invalidité de l'assurée soit effectuée sur une même base de comparaison (pces 50 et 54).

J.

Par opposition du 14 avril 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son représentant, conteste le projet de décision et requiert qu'une contre-

expertise soit diligentée. L'intéressée se prévaut d'une incapacité totale de travail en raison de ses troubles psychiatriques et verse en cause les documents suivants:

- plusieurs arrêts de travail de prolongation du Dr C._____, psychiatre traitant, attestant de l'incapacité de l'assurée du 15 mars 2012 au 11 octobre 2012 (pces 49, 55, 56, 59 à 61, 65 et 68 p. 9);
- deux rapports psychiatriques manuscrits des 12 avril et 13 septembre 2012 du Dr C._____, lequel atteste suivre l'intéressée depuis le 2 décembre 2010 pour un état anxio-dépressif franc avec tristesse, insomnie, anxiété, idées noires et suicidaires, sentiment d'incapacité et de dévalorisation, justifiant un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapeutique; le psychiatre estime que l'assurée est totalement incapable de travailler (pces 56 et 68 p. 8).

K.

Dans un avis du 24 avril 2012 du RAD, le Dr F._____, estime que les rapports du Dr C._____ n'apportent aucuns éléments nouveaux permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise très complète effectuée par le Dr E._____ (pce 57).

L.

Par décision du 27 août 2012, l'OAIE rejette la demande de rente d'invalidité de l'assurée au motif que celle-ci présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et une incapacité de 19% dans ses activités ménagères, entraînant selon la méthode mixte une perte de gain de 37%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, confirmant son projet de décision (pce 66).

M.

Le 19 septembre 2012, A._____, par l'intermédiaire de son représentant, interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le TAF ou le Tribunal), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'une incapacité de travail durable découlant de ses troubles psychiques (TAF pce 1). Elle verse en cause plusieurs documents déjà au dossier.

N.

Par courrier des 11 octobre, 8 novembre et 6 décembre 2012, la

recourante fait parvenir au Tribunal plusieurs avis d'arrêt de travail de prolongation jusqu'au 4 janvier 2013 du Dr C._____ attestant de son incapacité de travail (TAF pces 3, 5 et 9); ceux-ci ont été transmis à l'autorité inférieure par le Tribunal pour qu'elle en tienne compte dans le cadre de sa réponse (TAF pces 4, 6 et 10).

O.

Par réponse du 13 décembre 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, se référant à la prise de position de l'OCAI du 5 décembre 2012, dont il ressort que l'expertise psychiatrique du 5 novembre 2011 du Dr E._____, déclarant la recourante apte à reprendre son activité habituelle de vendeuse à 50% dès le mois de novembre 2010, présente une valeur probante certaine et ne saurait être remise en cause par les certificats médicaux du psychiatre traitant, le Dr C._____, qui apprécie différemment la capacité de travail de l'intéressée sur la base des mêmes symptômes et retient de manière peu plausible une incapacité entière de travail (TAF pce 11).

P.

Par décision incidente du 19 décembre 2012, le Tribunal invite la recourante à déposer une réplique et à payer une avance sur les frais de procédure de Fr. 400.-- dans un délai de 30 jours dès réception, montant dont celle-ci s'est acquitté dans le délai imparti (TAF pces 12, 16 et 17).

Q.

Par ordonnance du 7 février 2013 (TAF pce 19), le Tribunal transmet à l'autorité inférieure une copie des courriers des 20 décembre 2012, 4 janvier et 31 janvier 2013 de la recourante, ainsi que leurs annexes; celles-ci consistant en plusieurs avis d'arrêt de travail de prolongation du Dr C._____ attestant de l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'au 7 mars 2013, ainsi qu'un certificat psychiatrique du même médecin daté du 18 décembre 2012, lequel indique suivre l'assurée depuis le 2 octobre 2010 pour un état dépressif réactionnel avec anxiété, asthénie, insomnies, idées noires, nécessitant un traitement antidépresseur; il déclare l'intéressée incapable d'exercer une activité professionnelle (TAF pces 13, 14 et 18).

R.

Par duplique du 28 février 2013, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, renvoyant pour le surplus à la prise de position de l'OCAI du 21 février 2013, dont il ressort que les appréciations de la capacité de travail de l'assurée par le Dr C._____

ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr E._____ du 5 novembre 2011, celui-ci n'amenant pas d'élément nouveau et étant susceptible, en tant que médecin traitant, de se prononcer en cas de doute en faveur de son patient (TAF pce 20).

S.

Par ordonnance du 6 mars 2013, le Tribunal transmet un double de la duplique à la recourante et clôt l'échange d'écriture, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 21).

T.

Par courriers des 7 mars, 4 avril, 6 mai et 30 mai 2013, la recourante, par l'intermédiaire de son représentant, fait parvenir au Tribunal plusieurs avis d'arrêts de travail de prolongation du Dr C._____ attestant de l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 28 juin 2013 (TAF pces 22 à 27 et 29).

Droit :

1.

1.1 Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), 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), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

1.2 L'art. 40 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise les compétences des offices AI cantonaux et de l'OAIE. Ce dernier est ainsi compétent pour enregistrer et examiner les demandes des assurés domiciliés à l'étranger, sous réserve de l'art. 40 al. 2 RAI, qui règle le cas particulier des demandes des frontaliers. L'art. 40 al. 2 RAI prévoit en effet que l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Il appartient à l'OAIE de notifier les décisions (art. 40 al. 2 RAI dernière phrase). L'art. 40 al. 3 RAI

dispose encore que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

2.

2.1 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, 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. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

2.2 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.

2.3 En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

3.

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (cf. art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.5, pp. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés 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, ATF 121 V 204 consid. 6c; Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération [JAAC] 61.31 consid. 3.2.2; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, ALFRED KÖLZ/

ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd. Zürich 1998 n. 677).

4.

4.1 En l'espèce, A. _____ est citoyenne d'un Etat membre de la communauté européenne. Par conséquent, 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est applicable.

4.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version valable jusqu'au 31 mars 2012 les parties à l'accord appliquent entre elles en particulier 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 (RO 2004 121) et le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du précité règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909) tels que modifiés par l'annexe, ou des règles équivalentes à ceux-ci.

Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 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]) les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11).

En l'espèce, les règlements (CE) n°883/2004 et n°987/2009 sont applicables, les règlements précités (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP uniquement applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque

des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. l'art. 87 par. 1 du règlement [CE] n°883/2004 et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2012 du 15 novembre 2012 consid. 2.2).

4.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

4.4 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 de vieillesse suisse ressortissent au droit interne suisse.

5.

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 (pro rata temporis; ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647) sont applicables et les dispositions citées ci-après sont, sauf précision contraire, celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012. Toutefois les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont également applicables s'agissant du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011, ce qui motive qu'il y soit fait référence. Il sied toutefois de noter que les principes légaux et jurisprudentiels prévalant lors de l'évaluation de l'invalidité n'ont pas subi de modification déterminante dans le cas d'espèce avec l'introduction du nouveau droit.

6.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente

de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI, étant précisé que 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 [cf. art. 45 et 51 par. 1 du règlement (CEE) n°883/2004]). Or, en l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois ans au total (cf. *supra* let. A) et remplit donc 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 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.

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 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché de 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.

7.2 Selon l'art. 8 al. 3 LPGA et 5 LAI, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 27 RAI précise que par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre, notamment, l'activité usuelle

dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

7.3 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%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (art. 29 al. 4 LAI). Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol d'un Etat membre.

7.4 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

7.5 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six 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 (art. 29 al. 1 LAI). Concrètement, le Tribunal de céans peut ainsi se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 28 août 2011 (6 mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente est né entre cette date et le 27 août 2012, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et 1.2.1).

8.

8.1 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.

8.2 L'invalidité des assurés âgés de 20 ans ou plus qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité est déterminée selon l'art. 8 al. 3 LPGA qui dispose que ces personnes sont réputées invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). A cet égard, l'assuré a l'obligation de réduire le dommage et doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité, en aménageant judicieusement son temps de travail et en recourant à l'aide de ses proches dans une mesure raisonnable notamment pour les travaux les plus lourds (ATF 130 V 97 consid. 3.2; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève Zurich Bâle 2011, n° 2156 et les réf.).

Il faut encore préciser que lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI; méthode mixte).

8.3 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 fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas

survenue. Il y a lieu ainsi d'examiner, en se plaçant au moment de l'examen du droit à la rente, si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (situation financière du ménage, éducation des enfants, âge, qualifications professionnelles, formation, affinités et talents personnels de l'assuré; art. 27^{bis} RAI; 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).

8.4 Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel ou une activité sans être rémunéré dans l'entreprise du conjoint parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (méthodes générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte; art. 28a al. 3 RAI; sur la conformité au droit de cette méthode, arrêt de principe du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011; ATF 125 V 146). Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte (ATF 133 V 504 consid. 4.2; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2175).

8.5 Concernant le statut de la recourante, on relève que l'administration a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. pces 48 et 57). Le Tribunal de céans ne voit aucune raison pertinente de remettre en question ce choix, qui n'est au demeurant pas contesté par l'intéressée. En effet, il appert que celle-ci travaillait avant la survenance de ses atteintes à la santé comme vendeuse 35 heures par semaine et tenait son propre ménage le reste du temps. Ainsi, au vu des indications données par l'assurée elle-même (pce 46), il y a lieu de retenir que, sans l'atteinte à la santé, celle-ci aurait continué à se consacrer à 85% à cette activité lucrative et à 15% à la tenue de son ménage.

9.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office

(art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3); elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin; enfin elle applique le droit d'office. La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est également régie par la maxime inquisitoire, de sorte que le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement; de même, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués, ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (art. 62 al. 4 PA; PIERRE MOOR, op. cit., vol. II, ch. 2.2.6.5).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^e édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

10.

10.1 Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1).

10.2 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 importants 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 réf.).

10.3 La détermination du taux d'invalidité de l'assuré qui assume des tâches ménagères résulte généralement d'une enquête ménagère menée sur place (art. 69 RAI) par une personne qualifiée laquelle constitue en principe une base appropriée et en règle générale suffisante pour apprécier et quantifier les limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1). L'appréciation des domaines partiels de la gestion du ménage intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales dont l'usage est obligatoire pour déterminer l'invalidité dans les tâches ménagères (VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Berne 2011, n°2165).

11.

11.1 En l'espèce, l'autorité inférieure a rejeté la demande de prestations d'invalidité de A._____, au motif que celle-ci ne remplit pas les conditions de l'octroi d'une rente d'invalidité, car présentant un taux d'invalidité inférieure à 40%, au terme du délai d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI (pce 66). Se reposant sur les avis du RAD, l'OAIE conclut que l'intéressée a conservé une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de vendeuse depuis le mois de novembre 2010 et, application de la méthode mixte, retient un taux d'invalidité de 37% (pces 35, 38, 45 57; TAF pces 11 et 20).

11.2 Quant à la recourante, traitée par antidépresseurs et bénéficiant d'un suivi psychothérapeutique, elle invoque souffrir d'un état dépressif majeur depuis le 8 novembre 2010 l'empêchant de travailler dans toute activité professionnelle et verse en cause plusieurs rapports médicaux de son psychiatre traitant, le Dr C._____, qui décrit de manière constante un syndrome dépressif l'empêchant de travailler (cf. les certificats médicaux de 23 mars, 26 mai et 23 août 2011, ainsi que des 12 avril, 13 septembre et 18 décembre 2012; pces 12, 17 p. 3, 20 pp. 13 s., 27 p. 3, 56 et 68 p. 8; TAF pce 13).

11.3 En l'occurrence, il est établi que la recourante présente des symptômes dépressifs depuis le mois de novembre 2010 liés à des difficultés rencontrées sur son lieu de travail l'ayant fortement déstabilisée; l'intéressée décrit des problèmes d'intégration et

éventuellement de harcèlement suite à un changement de poste en 2006. Toutefois, les avis médicaux divergent quant à la gravité du trouble dépressif de l'assurée et de l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail. En effet, alors que le psychiatre traitant de l'assurée, durant l'entier de la procédure, déclare l'intéressée totalement incapable d'exercer une activité professionnelle depuis le mois de novembre 2010 en raison d'un épisode dépressif réactionnel "majeur" ou "franc" lié au travail (cf. supra consid. 11.2), il ressort d'une première expertise psychiatrique établie le 4 avril 2011 par le Dr D._____ sur mandat de l'assurance maladie, que, bien que l'assurée présente une incapacité de travail entière au moment de l'examen, soit le 15 mars 2011, en raison d'un trouble dépressif de degré moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de problèmes en relation avec son activité professionnelle (Z 56), elle devrait pouvoir reprendre progressivement une activité de vendeuse. En effet, l'expert psychiatre estime qu'un changement d'antidépresseurs et la continuation du suivi psychothérapeutique devraient améliorer la capacité de travail de l'intéressée et lui permettre de reprendre tout d'abord une activité de vendeuse à 50% dans un nouvel environnement professionnel au plus tôt deux mois après son expertise pour atteindre ensuite progressivement son taux d'activité habituel de 85%. Il conseille sur cette base qu'une nouvelle appréciation soit effectuée deux mois plus tard.

11.4 Dès lors, le RAD, dans une prise de position du 15 août 2011 requiert qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit effectuée par un second expert psychiatre, le Dr E._____, afin de clarifier l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée (pce 26). Il ressort de cette expertise, basée sur un examen personnel de l'assurée du 19 octobre 2011, que celle-ci présente principalement un trouble dépressif avec une mauvaise évolution, de degré moyen au moment de l'expertise (F 33.1) avec un comportement d'évitement et une tendance à la régression croissants. L'expert estime toutefois que l'assurée ne présente pas une symptomatologie suffisante justifiant de retenir une dépression grave. Au vu de la tendance régressive de l'assurée, l'expert estime qu'il serait bénéfique à celle-ci de reprendre une activité professionnelle, mais relève toutefois qu'une reprise à 85% n'est pas raisonnablement exigible au vu de sa capacité limitée à supporter le stress et de son énergie intérieure réduite. L'expert conclut à une capacité de travail de 50% en tant que vendeuse ou comme ouvrière sans diminution de rendement depuis le mois de novembre 2010 (pce 34).

Dans une prise de position du 7 novembre 2011, le Dr F._____, médecin interne à l'administration, reprend les conclusions de l'expertise du Dr E._____, estimant que celles-ci, claires et cohérentes, reposent sur une étude du dossier fouillée et un examen personnel complet de l'assurée (pce 35), toutefois sans expliquer pour quelles raisons il ne suit pas l'avis du premier expert quant à la période antérieure à octobre 2011.

12.

12.1 Tout d'abord, il est lieu de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le juge doit tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230). De plus, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF V 220 consid. 1b et réf. cit.).

12.2 En l'occurrence, il appert au Tribunal que l'expertise du Dr E._____, la plus récente au dossier, présente entière valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 10.2), si l'on considère que le Dr E._____ livre des conclusions claires et cohérentes et répond aux questions posées par l'administration sur la base d'un examen médical objectif, après avoir procédé aux anamnèses nécessaires et pris en compte les plaintes subjectives de l'assurée. Par ailleurs, il explique de manière convaincante pourquoi il estime qu'un épisode dépressif majeur ne peut pas être retenu, s'écartant ainsi de l'avis du psychiatre traitant de l'assurée en se basant sur les résultats de tests conduits (pce 34, pp. 8 à 10). Le Dr C._____, dans plusieurs brefs rapports médicaux superposables, se contente succinctement de décliner les symptômes dépressifs de l'assurée et de déclarer celle-ci totalement incapable de travailler sans fournir d'indication sur l'évolution du trouble dépressif de l'assurée, sur la fréquence ou la réussite des traitements entrepris, de plus sans expliquer pourquoi le pronostic qu'il jugeait favorable dans son premier certificat médical du 23 mars 2011 ne s'est pas réalisé. Par ailleurs, selon la jurisprudence citée sous consid. 12.1, on relève que les déclarations du Dr C._____, en tant que médecin traitant, présentent une pertinence limitée en raison de la relation de

confiance l'unissant à son patient. Ainsi, il apparaît que les certificats médicaux du Dr C._____ ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr E._____, dont l'évaluation de la capacité de travail rejoint en grande partie celle du Dr D._____ effectuée en mars 2011, également en respect des conditions jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une expertise (pce 20; cf. consid. 10.2).

12.3 En effet, d'une part le Tribunal constate que les conclusions du Dr E._____, consistant à retenir une capacité de travail de 50% en tant que vendeuse ou ouvrière, confirment le pronostic émis par le Dr D._____, dans son expertise datée du 4 avril 2011 (pce 20), dans laquelle il estimait que l'assurée, bien qu'en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2010, pourrait selon toute vraisemblance recommencer à travailler à 50% dans son activité de vendeuse au plus tôt dans les deux mois suivants son expertise, en modifiant le traitement antidépresseur et en continuant le suivi thérapeutique entrepris. Le Tribunal constate ainsi que les deux experts psychiatres consultés dans la présente cause délivrent chacun des conclusions claires et cohérentes sur la base de diverses anamnèses, d'examens objectifs et des plaintes subjectives de l'assurée. Ils retiennent tous deux un trouble dépressif de degré moyen comme diagnostic principal sur la base de l'échelle de dépression de Hamilton, l'assurée présentant en mars 2011 un total de 24 points (pce 20, p. 9) et de 20 points en octobre 2011 (pce 34, p. 8). Ils s'accordent également pour reconnaître que l'assurée peut travailler dans son activité habituelle de vendeuse à 50%, pour l'un au plus tôt en juin 2011 et pour l'autre depuis le début de la survenance de l'atteinte à la santé, soit en novembre 2010.

12.4 D'autre part, force est également de constater que leur appréciations du taux d'incapacité de travail de l'assurée divergent pour la période allant du mois de novembre 2010 au mois de juin, respectivement octobre 2011. En effet, le Dr D._____ estimait en avril 2011 que l'assurée devrait pouvoir reprendre une activité de vendeuse à 50%, puis augmenter progressivement son taux d'activité au plus tôt dans les deux mois suivant son expertise, toutefois il déclarait également l'assurée au moment de l'expertise en incapacité totale de travail et ce depuis le mois de novembre 2010. A cet égard, le Tribunal relève que, des deux avis d'expert il sied de préférer celui du Dr D._____ pour la période allant du mois de novembre 2010 au mois de juin 2011, celui-ci étant mieux à même de juger de la capacité de travail de l'assurée pour ce qui est de cette période, étant donné qu'il a examiné l'intéressée en avril 2011, alors

que les conclusions du Dr E. _____ pour la période antérieure à son expertise du 5 novembre 2011 reposent uniquement sur les pièces au dossier. S'agissant des conclusions du Dr E. _____ sur la capacité de travail de l'assurée, elles peuvent par contre être retenues depuis la date de son expertise, ce d'autant qu'elles confirment le pronostic émis par le Dr D. _____ en avril 2011; par ailleurs les résultats du test psychologique conduit (test de Hamilton) confirment une tendance à l'amélioration du syndrome dépressif de l'assurée.

12.5 Aussi, dans la mesure où les pièces versées au dossier par la recourante, ne sont pas de nature à modifier ou contredire les conclusions des expertises psychiatriques effectuées par les Dr D. _____ et E. _____ les 4 avril et 19 octobre 2011, reprises en grande partie par le service médical de l'OAIE, force est au Tribunal de retenir que l'intéressée, bien qu'ayant présenté une incapacité de travail entière dans son activité habituelle depuis le 8 novembre 2010, a retrouvé une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de vendeuse, au plus tard dès le 19 octobre 2011.

12.6 La recourante remplissant la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, à savoir qu'elle présente une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (cf. la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], au 1^{er} janvier 2013, chiffre marginal 2008 ss et Annexe II), il reste à examiner si l'autorité inférieure a appliqué correctement la méthode mixte dans le cas d'espèce et si la recourante présentait au terme du délai d'une année, soit au 1^{er} novembre 2011, une perte de gain d'au moins 40% (art. 28 al. 1 let. c LAI).

13.

13.1 Conformément à la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1 et les réf.). S'agissant de la valeur probante du rapport d'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré travaillant dans le ménage, il est essentiel que ce rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps 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 réf.; Pratique VSI 3/2001 p. 155 consid. 3c). Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1, ATF 128 V 93). Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (arrêt du TF du 28 juillet 2009 8C_315/2009, consid. 6.2.2; arrêt du TF du 28 juillet 2008 9C_49/2008 et les références citées, consid. 5.1; ATF 134 V 9 non publié, consid. 5.2.1; arrêt du TF du 13 juin 2008 8C_671/2007). De plus, en présence de troubles d'ordre psychique et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relative à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3).

13.2 L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement qu'ils rencontrent à accomplir leurs travaux habituels. L'OFAS a publié à cet égard des instructions détaillées dans la CIIAI (s'agissant des assurés qui s'occupent du ménage: chiffres marginaux 3084 à 3089 dans la version valable dès le 1er janvier 2013), jugées conformes à la loi par le Tribunal fédéral (RCC 1986 p. 244). Ainsi, les activités des assurés qui s'occupent du ménage ont été réparties en sept domaines, chacun représentant une part inégale de l'ensemble des travaux liés au ménage, dont l'importance devra être déterminée, selon les circonstances du cas particulier, en attribuant à chaque domaine un pourcentage compris dans une fourchette prédéterminée (CIIAI chiffre marginal 3086 s.), le total de ces pourcentages devant toujours se monter à 100% (Pratique VSI 6/1997 p. 298). Une fois établie l'importance de chaque domaine, on déterminera la limitation conditionnée par l'état de santé dans les différents domaines partiels et on en tirera finalement le degré d'invalidité.

13.3 En ce qui concerne l'incapacité de travail dans les travaux ménagers, A._____ indique dans le rapport d'une enquête ménagère

effectuée à son domicile le 24 février 2012 (pce 44) qu'elle a besoin l'aide de sa famille à raison de 18 à 28 heures par semaine pour l'exécution de quasiment toutes les tâches ménagères dans la tenue de son ménage composé de son mari et sa fille adulte (appartement de 5 pièces); l'intéressée décrit un état de passivité et de manque d'énergie général l'empêchant d'apporter autre chose qu'une aide ponctuelle aux membres de sa famille, à l'exception des courses qu'elle fait encore si elle est accompagnée. La personne chargée de l'enquête estime toutefois, au vu du diagnostic retenu de trouble dépressif moyen et de l'aide apportée par les proches de l'intéressée, qu'une incapacité ne peut pas être prise en compte dans la mesure décrite par l'assurée, en discutant chaque catégorie de tâches. Le responsable considère que l'assurée est encore capable de prendre en charge certaines tâches ménagères, son ménage se composant uniquement de son mari et d'un enfant adulte et retient dès lors l'incapacité suivante:

	Activité	Min	Max	Pondération en %	Limitation en %	Handicap en %
1	Conduite du ménage	2	5	5	0	0.00%
2	Alimentation	10	50	30	20	6.00%
3	Entretien du logement	5	20	20	30	6.00%
4	Achats	5	10	10	0	0.00%
5	Lessive et entretien des vêtements	5	20	20	35	7.00%
6	Autres	0	50	15	0	0.00%
TOTAL				100		19.00%

Appelé à prendre position, le Dr F. _____, médecin du RAD, dans un avis du 13 mars 2012 (pce 45), se référant au diagnostic retenu par les experts psychiatres consultés, déclare que, considérant que l'assurée peut mieux répartir les tâches et gérer son temps dans le cadre familial, il est normal qu'elle présente une incapacité inférieure à celle de 50% retenue dans le cadre professionnel. Il estime même que l'assurée pouvant se faire aider pour une partie par son mari et sa fille adulte, un taux de 19% d'incapacité dans la tenue de son ménage lui paraît acceptable, bien que relativement élevé. Malgré son caractère succinct, cette évaluation est de nature à convaincre le Tribunal de céans. En effet, aucun élément au dossier ne vient remettre en cause la valeur probante de l'enquête ménagère qui remplit les conditions citées plus haut (cf. consid. 13.1). De plus, l'assurée indique elle-même dans le cadre de

cette enquête que, si elle ne peut plus endosser la responsabilité du ménage, elle continue d'apporter une aide restreinte pour la préparation des repas et pour la lessive, ce qui est cohérent avec les constatations des experts psychiatres consultés qui lui reconnaissent dans le cadre professionnel une incapacité de 50%.

13.4 A cet égard, il y a lieu de préciser qu'afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré qui s'occupe du ménage, s'il n'accomplit que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail, par exemple en organisant son travail, en adoptant une méthode de travail adéquate ou en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés. L'assuré demandera également, dans une mesure convenable, l'aide de ses proches; à cet égard, une incapacité significative ne peut être admise chez une personne travaillant dans le ménage que si les tâches lui incombant doivent être assumées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui subissent de ce fait une perte de gain ou, du moins, une charge extraordinaire. L'aide des proches va ainsi plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les réf., ATF 130 V 97 consid. 3.3.3, arrêts du Tribunal fédéral 8C_440/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2 et I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; MICHEL VALTERIO, op. cit., n° 2175, 2157).

Cette aide accrue, que l'on peut raisonnablement attendre de l'entourage de la recourante – à savoir en l'occurrence de son mari et de son enfant adulte –, de même que le fait que l'intéressée puisse mieux gérer son temps et ses efforts dans son ménage que dans une activité lucrative sont également des éléments qui expliquent que la recourante puisse encore accomplir ses tâches ménagères dans une plus large mesure, que dans une activité professionnelle.

Dès lors, étant donné que les conclusions de l'enquête sur le ménage, ayant pleine valeur probante, correspondent aux constatations médicales, le Tribunal n'a pas de raison de s'en écarter. En accord avec l'autorité inférieure, il convient donc de retenir que la recourante présente une incapacité de travail de 19% dans les travaux ménagers dès le mois de novembre 2010.

14.

14.1 Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Il reste donc à examiner si l'autorité inférieure a correctement déterminé le degré d'invalidité global de la recourante, en application de la méthode mixte. Si le taux d'invalidité de la recourante dans les travaux ménagers, soit 19%, a d'ores et déjà été déterminé, il s'agit, avant d'appliquer la formule propre à la méthode mixte, de procéder à une comparaison des revenus afin d'établir la perte de gain de l'intéressée dans son activité lucrative.

14.2 Selon l'art. 16 LPGA, 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 raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison des revenus doit s'effectuer en principe au moment où le droit à la rente aurait pu naître au plus tôt (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.4.; art. 29 al. 1 LAI), à savoir dans le cas d'espèce le 28 août 2011. Le revenu sans invalidité se détermine en principe en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement réalisé au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et les réf.). Il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. C'est précisément ce que l'autorité intimée a fait lors de l'évaluation de l'invalidité de l'assurée du 24 mai 2011 (pce 48) en se basant sur le formulaire pour l'employeur daté du 4 avril 2011 (pces 13 et 46), qui fait par d'un salaire mensuel brut en 2011 de Fr. 3'365.-- et de Fr. 3'645.41 avec le 13^e salaire pour un taux d'activité de 85%. Cette manière de faire est correcte et peut être suivie par le Tribunal.

14.3 Le gain d'invalidité est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, la jurisprudence admet le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Les rémunérations retenues par l'ESS servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle

de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005). L'important dans cette opération est que les deux termes de la comparaison, à savoir revenu sans invalidité et revenu d'invalidité, soient équivalents, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à un même marché du travail (ATF 110 V 273 consid. 4d; arrêt du Tribunal fédéral I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4) et à une même année de référence. S'agissant d'une ressortissante française frontalière ayant exercé sa dernière activité en Suisse, c'est à juste titre que l'autorité s'est référée à l'ESS pour déterminer son gain hypothétique d'invalidité.

En l'espèce, il est admis par les experts psychiatres que l'assurée peut travailler à 50% dans son activité habituelle de vendeuse ou dans des activités de substitution comme ouvrière à la fin du délai d'attente d'une année prévue par l'art. 28 al. 1 LAI. Dans une évaluation de l'invalidité de l'assurée du 24 mai 2011 (pce 48), l'OAIE a ainsi comparé le revenu avant invalidité avec le salaire statistique moyen pour une femme en 2010 dans des activités dans le commerce de détail, niveau de qualification 4 (Fr. 4'164.--), en adaptant ce chiffre à la durée de travail moyenne en 2010 et en l'adaptant à un taux de 50%. A cet égard, le Tribunal relève toutefois, que, compte tenu du fait que d'autres activités de substitution en tant qu'ouvrière sont également possibles selon les médecins, l'autorité inférieure aurait dû prendre en compte le salaire moyen pour une femme en 2010, toutes branches économiques confondues, niveau de qualification 4, pour procéder à ce calcul, soit un salaire mensuel à temps plein de Fr. 4'225.--. De plus, on note également que le revenu après invalidité n'a pas été indexé à l'année 2011, moment déterminant en l'espèce (cf. consid. 14.2). Ainsi, contrairement à l'autorité intimée, le Tribunal retient comme salaire après invalidité un montant de Fr. 4'447.25 (100%). Ce chiffre résulte de l'adaptation à l'année 2011 du salaire mensuel moyen de Fr. 4'225.-- ressortant de la table TA1 2010 de l'ESS tous secteur confondus, niveau de qualification 4 (TA1, Salaire mensuel brut selon les branches économiques (NOGA08) - Secteur privé – Suisse; $[(4'225 \times 2604) / 2579] = \text{Fr. } 4'265.95$), cf. évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011) et de l'adaptation à la durée hebdomadaire de travail normal en 2011 tous secteurs confondus, soit 41.7 h/sem. $[(4'265.95 / 40) \times 41.7] = 4'447.25$; La Vie économique, 10-2012, B 9.2, p. 94).

14.4 Selon la jurisprudence, il y a lieu selon les circonstances d'opérer une déduction sur le salaire ressortant des statistiques pour tenir compte du fait que l'assuré ne peut, en raison de divers facteurs, exploiter sa capacité de travail résiduelle qu'avec des chances inférieures à la

moyenne. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2; ATF 126 cité consid. 6).

14.5 Or, le Tribunal remarque qu'aucun abattement sur le salaire invalide n'a été retenu par l'administration. Cette approche peut être suivie en l'espèce, si l'on considère que l'assurée avait 43 ans au moment de la décision entreprise. De plus, considérant que la diminution de rendement a dûment été prise en compte pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée (50%), elle ne saurait l'être une seconde fois, dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalide, en tant que facteur de réduction du salaire statistique (VALTERIO, n°2131 et réf. citées; arrêt du TF 9C_474/2010 du 11 avril 2011, arrêt du TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.1; arrêt du TF 8C-25/2011 du 27 mars 2011 consid. 3.3). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également relevé que les femmes employées à temps partiel ne gagnent pas nécessairement moins – proportionnellement – que celles qui travaillent à plein temps, notamment dans les domaines dans lesquels il existe des niches à combler par des emplois à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2.2; ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; arrêt du Tribunal fédéral I 383/04 du 26 novembre 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral I 64/03 du 18 novembre 2003 consid. 5.2.2; arrêt du Tribunal fédéral U 314/98 du 5 juillet 1999).

14.6 Le salaire après invalidité à 50% se monte ainsi à Fr. 2'223.62 (4'447.25 / 2). Dès lors, la comparaison du salaire avant invalidité de Fr. 3'645.41 (cf. consid. 14.2) avec celui après invalidité de Fr. 2'223.62, fait apparaître une perte de gain de 39% $([3'645.41 - 2'223.62] \times 100 / 3'645.41)$.

15.

Selon le chiffre marginal 3101 CIIAI, le taux d'invalidité, en cas

d'application de la méthode mixte, se détermine à l'aide de la formule suivante: " $([E \times IE] + \{[EZ - E] \times H\}) : EZ = \text{taux d'invalidité}$ ". Dans cette formule, l'abréviation "E" correspond au travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine, soit en l'occurrence 35 heures; "IE" se rapporte au handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative en pourcent, soit en l'espèce 39%; "EZ" vaut pour la durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine, à savoir 41.7 heures dans la présente affaire (durée hebdomadaire du travail dans le secteur commerce de détail en 2011; voir La Vie économique, 10-2012, B9.2, p. 94) et "H" concerne le handicap rencontré dans le ménage en pourcent, soit ici 19% (voir supra consid. 13). L'application de cette formule avec les données déterminées ci-dessus fait ainsi apparaître un taux d'invalidité de 35.78% ($([35 \times 39] + \{[41.7 - 35] \times 19\}) : 41.7$), arrondi à 36% (ATF 130 V 393; ATF 130 V 243 consid. 3.4), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

16.

Eu égard à tout ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision du 27 août 2012 confirmée.

17.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF) et sont compensés avec l'avance sur les frais de procédure déjà versée le 3 janvier 2013 (TAF pce 17).

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 a contrario 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 rejeté.

2.

Les frais de procédure, fixés à Fr. 400.--, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. __.__.__.__; Recommandé; annexes: copie des courriers de la recourante des 7 mars, 4 avril, 6 mai et 30 mai 2013 et de leurs annexes [TAF pces 22, 24, 26 et 27])
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

La présidente du collège : La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz Audrey Bieler

Indication des voies de droit:

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition: