



Cour III
C-5571/2016

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Michela Bürki Moreni, juges,
Audrey Bieler, greffière.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Michael Imhof,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente, nouvelle demande,
décision du 19 juillet 2016.

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née le (...) 1970, actuellement domiciliée en Suisse (pce 42) a travaillé et cotisé aux assurances sociales suisses entre 1988 et 2011 (cf. l'extrait du compte individuel du 27 février 2013 [pce 75 p. 3]). L'assurée, coiffeuse de formation et mère au foyer depuis 1992, a notamment repris une activité de conseillère en vente dans un magasin de moto depuis mars 2009, puis comme vendeuse en bijouterie depuis le mois de février 2011 (cf. les questionnaires à l'employeur datés des 5 et 28 mars 2013 [pces 73 et 74]). Son contrat de travail a été résilié au 31 juillet 2011 pour maladie de longue durée.

En raison d'une dégradation de son état de santé depuis le mois de mai 2010, l'assurée a été mise en arrêt de travail complet depuis le 11 avril 2011 par son médecin traitant le Dr B._____ (cf. notamment les rapports médicaux du Dr B._____ des 18 mai 2011, 17 janvier 2012 et 12 octobre 2012 ; pce 85 pp. 26 ss et pp. 52 à 55).

B.

B.a Le 7 janvier 2013 (pce 91), l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office d'assurance-invalidité du canton de Berne (ci-après : l'OAI ou l'Office AI ; date de réception : 6 février 2013). Il ressort des pièces médicales au dossier que l'assurée présente principalement une atteinte à la hanche gauche des suites d'une perforation des intestins/rectum avec septicémie. L'intéressée a subi une biopsie du grand trochanter gauche en septembre 2010 (cf. les rapports médicaux des 23 juin 2010 et 12 novembre 2010 de la Dresse C._____ [pce 76 pp. 24 et 25, pp. 26 et 28], ainsi que le rapport médical du 14 septembre 2010 du Dr D._____ [pce 76 p. 27]). Après deux opérations en avril 2011 de la hanche et du col du fémur gauche, il est finalement nécessaire d'implanter à l'assurée une prothèse partielle de la hanche à gauche en novembre 2011. Elle a également souffert de troubles urinaires et gastriques (diarrhée, vomissements, infections, perte de poids).

B.b À cet égard sont notamment versées en cause les pièces suivantes :

- un rapport en infectiologie du 18 mars 2011 de la Dresse E._____ (pce 76 pp. 20, 22 et 23) dont il ressort que l'assurée présente de la fatigue, ainsi que des douleurs persistantes au niveau de la hanche et

du fessier gauche avec irradiations dans le membre inférieur gauche ; sont diagnostiquées des altérations dégénératives débutantes au niveau de la hanche gauche et une large rupture du labrum supérieur avec abrasion du cartilage du fémur gauche ;

- deux rapports de chirurgie orthopédique des 12 et 20 avril 2011 (pce 76 pp. 18 s. et 21) établis par le Dr F._____ faisant état d'une arthroscopie de la hanche gauche ayant eu lieu le 11 avril 2011 (biopsie, résection d'ostéophytes, débridement du labrum, etc.) ;
- un rapport de chirurgie orthopédique du 12 avril 2011 établi par le Dr F._____ attestant d'une opération du 11 avril 2011 au niveau du pied gauche pour traiter un hallux limitus (pce 85 p. 49) ;
- deux rapports médicaux des 23 et 27 avril 2011 établis par le Dr G._____ dont il ressort que l'assurée a subi une fracture spontanée du col du fémur gauche et a été opérée le 23 avril 2011 par ostéosynthèse (pce 76 pp. 14, 16 et 17) ;
- un rapport médical du 18 mai 2011 du Dr B._____ attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 11 avril 2011 au 9 juin 2011 (pce 85 p. 52) ;
- deux rapports de consultations orthopédiques des 9 juin 2011 et 19 juillet 2011 établis par le Dr G._____ lequel atteste une incapacité de travail de 100% à 2 et 3 mois de la chirurgie du fémur et de la hanche gauche ; une évolution satisfaisante est évoquée malgré une tendinite des adducteurs et la nécessité de suivre des séances de physiothérapie (pce 76 pp. 13 et 15) ;
- un rapport de sortie d'hospitalisation du 23 novembre 2011 établi par le Dr G._____ dont il ressort qu'une prothèse partielle de hanche a été finalement posée à l'assurée le 17 novembre 2011 du côté gauche en raison d'une pseudarthrose (pce 85 p. 41) ;
- plusieurs rapports de consultations orthopédiques des 27 décembre 2011, 22 février 2012 et 13 juillet 2012 établis par le Dr G._____ qui constate, en dépit des douleurs résiduelles, une bonne évolution suite à la pose de prothèse lorsqu'il décrit la force et la mobilité ; il mentionne qu'une incapacité de travail de 100% de l'assurée ne sera probablement plus justifiée à partir du mois de mars 2012 (pce 76 pp. 11 s. et pce 85 p. 40) ;

- un rapport médical du 22 janvier 2013 établi par le Dr G. _____ dont il ressort que l'assurée présente une probable atrophie/faiblesse du muscle droit fémoral ayant entraîné plusieurs chutes ; le médecin ordonne des séances de physiothérapie et recommande un examen neurologique (pce 76 p. 7) ;
- un rapport du 18 février 2013 établi par le Dr B. _____ lequel reprend les diagnostics déjà posés en ajoutant que l'assurée présente une limitation de la mobilité du bassin, des douleurs au niveau de la hanche gauche, une fatigue chronique, ainsi que des sentiments dépressifs ; il lui reconnaît une incapacité entière de travail depuis le 11 avril 2011 (pce 76 pp. 2 à 6) ;
- des résultats d'IRM de la colonne lombaire datant du 12 mars 2013 attestant d'une irritation de la racine S1 avec une petite hernie discale en L5-S1 causant à l'assurée des lombosciatalgies gauches irradiant jusque dans le pied (pce 71 p. 8) ;
- un rapport neurologique du 13 mars 2013 établi par le Dr H. _____ lequel diagnostique à l'assurée un syndrome radiculaire en S1 à gauche, ainsi qu'une faiblesse du muscle fléchisseur de la hanche gauche et une hypoesthésie du talon gauche (pce 71 pp. 4 à 8) ;
- un rapport médical du 21 mai 2013 établi par le Dr B. _____ attestant que l'état de santé de l'assurée s'améliore lentement (pce 71 pp. 1 à 3) ;
- un rapport médical du 16 octobre 2013 établi par le Dr B. _____ attestant d'une amélioration partielle des symptômes de l'assurée depuis le mois de juillet 2013 qui lui permettrait de reprendre une activité adaptée à 50% (4 heures par jour), par exemple comme coiffeuse (pce 59).

C.

Au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée (pas de port de charges de plus de 10 kg, nécessité d'alterner les positions assise et debout, d'éviter de monter des escaliers et de travailler en position accroupie) et de sa formation initiale, lui sont accordées par l'Office AI des mesures professionnelles sous la forme d'un réentraînement au travail du 4 juillet 2013 au 18 février 2014 dans un salon de coiffure (cf. les communications de l'OAI des 27 août 2013 [pce 66] et 4 novembre 2013

[pce 56], ainsi que les communications des 17 janvier 2014 et 1^{er} avril 2014 [pces 43 ss, en particulier les pièces 44 et 49]).

D.

Dans un avis du 2 décembre 2013, le Dr I. _____, médecin interniste du service de l'OAI, propose qu'une expertise bi-disciplinaire soit conduite afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée (pce 54).

E.

Sont encore versés au dossier les rapports médicaux suivants :

- plusieurs certificats d'arrêt de travail établis par les Drs B. _____ et J. _____ attestant pour l'assurée d'une incapacité de travail de 50% du 1^{er} novembre au 27 novembre 2013, puis de 100% depuis le 13 février 2014 pour quelques semaines environ en raison d'un accident (pces 43, 46 et 51) ;
- des résultats de radiographie des 21 février 2014, 22 février 2014 et 24 février 2014 dont il ressort que l'assurée présente une fissure de la ligne épiphysaire avec contusion de la partie avant du tibia, ainsi qu'une légère fracture d'impression au niveau du plateau du tibia postero-latéral (pce 42 pp. 28 à 31) ;
- un rapport ambulatoire du service orthopédique du centre hospitalier de (...) du 19 mars 2014 établi par le Dr J. _____ dont il ressort que l'assurée doit se déplacer avec des béquilles après avoir chuté sur le côté gauche du corps ; elle présente des douleurs et des contusions au niveau de l'épaule, du genou et de la hanche, ainsi qu'une fissure légère/fracture d'impression du tibia en plusieurs endroits (pce 42 pp. 26 et 27) ;
- un rapport du même spécialiste du 3 juin 2014 fait état chez l'assurée de douleurs au niveau des articulations de la cheville, du genou et de la hanche gauche ; il est indiqué qu'une incapacité de travail de longue durée ne devrait pas intervenir ; en outre l'assurée se déplace sans problèmes avec les béquilles et le médecin conseille des séances de physiothérapie (pce 30 pp. 1 à 5).

F.

Sur mandat de l'Office AI, les Drs K. _____ et L. _____ ont rendu un rapport d'expertise psychiatrique et orthopédique du 10 avril 2014 (pce 42 pp. 1 à 25). Ils retiennent principalement des douleurs persistantes à la

hanche (M 25.55 ICD-10), des séquelles suite à une fracture du tibia (T 39.2 ICD-10), des troubles de l'adaptation (F43.21 ICD-10), ainsi qu'un manque de force et une fatigabilité élevée.

Il est reconnu que malgré son atteinte à la santé, l'assurée pourra, lorsqu'elle aura récupéré de sa dernière chute dans un délai de 6 semaines, exercer son activité professionnelle habituelle de coiffeuse à 50% en tenant compte de la nécessité pour elle de faire des pauses répétées. Par contre, une activité adaptée légère sans port de charge de plus de 10 kg et permettant les changements de position est décrite comme exigible à plein temps. D'un point de vue psychiatrique, l'experte ne retient pas d'incapacité de travail.

G.

Du 10 juin 2014 au 7 septembre 2014, l'assurée a fait un stage d'observation professionnelle dans une fondation et bénéficié d'indemnités journalières (pces 32 ss, en particulier la communication du 23 mai 2014 de l'OAI [pce 34]; cf. également le rapport final d'observation professionnelle du 26 août 2014 [pce 22 pp. 1 à 3]). Il ressort qu'un taux de travail de 70% dans l'activité de montage électronique et de montage d'appareil a été possible mais difficile en raison d'une fatigue et d'une résistance physique problématique.

L'intéressée a ensuite bénéficié d'une aide au placement du 17 septembre 2014 interrompue à sa demande en octobre 2014 (pces 14, 15 et 20). En raison de son état de santé, l'assurée a finalement décidé de partir s'établir à l'étranger en janvier 2015 (cf. le protocole interne à l'Office AI du 10 février 2016 [pce 92]).

H.

Le 18 décembre 2015 (pce 11), l'OAI a rendu une décision de refus de prestations d'invalidité et de mesures professionnelles en retenant un degré d'invalidité de 12% sur la base des conclusions de son service médical et de l'expertise bi-disciplinaire effectuée en avril 2014.

I.

I.a Le 5 février 2016 (pces 1 à 7), l'assurée, domiciliée en Thaïlande, a présenté une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé laquelle est transmise à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE ou l'autorité inférieure ; pces 95 ss, ainsi que les pièces 1 à 10). Elle verse en cause un rapport

cardiologique du 14 avril 2016 établi par le Dr M._____ (pces 103 et 104), ainsi que des échocardiographies des 11 et 12 janvier 2016 et des radiographies du thorax datées du 15 janvier 2016 (pces 107 à 110).

De ce rapport, il ressort que l'assurée a fait une crise cardiaque en Thaïlande en janvier 2016 avec thrombolyse (cf. les rapports médicaux thaïlandais ; pces 106 et 110), ce qui a motivé son retour en Suisse. Le Dr M._____ décrit dans son rapport du 14 avril 2016 une situation stabilisée et l'absence de troubles coronariens, à l'exception d'une fonction systolique du ventricule gauche légèrement en dessous de la normale avec une légère hypokinésie distale antérolatérale. Il prescrit plusieurs médicaments à l'assurée et conseille l'arrêt total du tabac.

I.b Dans un bref avis médical du 13 mai 2016, le Dr N._____, médecin généraliste du service médical de l'OAIE, a conclu - après avoir examiné les nouveaux rapports médicaux - que la capacité de travail de l'assurée était inchangée (pce 113).

I.c Par projet de décision du 19 mai 2016 (pce 114) confirmé par décision du 19 juillet 2016 (pce 115), l'OAIE a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations d'invalidité déposée par l'assurée.

J.

Le 13 septembre 2016, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de ladite décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Elle signale présenter de la fatigue, ainsi qu'une pression constamment haute et prendre dix médicaments différents (TAF pce 1).

Par ailleurs, la recourante indique avoir repris domicile à (...) en Suisse le 4 juillet 2016 (cf. l'attestation du service des habitants ; pièce jointe [PJ] n°2) et être au bénéfice de l'assurance sociale depuis le 5 août 2016 (PJ n°4).

Elle verse également deux certificats d'arrêt de travail à 100% pour les mois d'août et septembre 2016 établis par le Dr O._____, médecin traitant de l'assurée, sans indication de diagnostics (PJ n°10).

K.

Dans le cadre de la présente procédure, l'OAIE a soumis à nouveau le cas à son service médical (pce 126). Dans un avis du 8 octobre 2016 (pce 127), le Dr N._____ examine les pièces produites et en particulier les

constatations et conclusions ressortant du rapport du Dr M. _____ du 14 avril 2016. Selon le Dr N. _____ la recourante est toujours capable d'exercer une activité adaptée à 100% sans diminution de rendement, considérant que le problème de tension de l'intéressée peut être régulé par voie médicamenteuse, qu'elle ne souffre pas d'insuffisance cardiaque ni de troubles coronariens des suites de l'infarctus du myocarde intervenu en janvier 2016 et que le status après pose de la prothèse de hanche gauche est inchangé.

L.

Par réponse du 24 octobre 2016 (TAF pce 4), l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en se référant à l'avis de son service médical, lequel a estimé dans les deux avis médicaux précités qu'aucun nouvel élément médical ayant une influence sur la capacité de travail résiduelle de la recourante ne pouvait être retenu.

M.

M.a Par décision incidente du 5 janvier 2017 (TAF pce 8), le Tribunal exempte la recourante du paiement des frais de procédure suite à sa demande d'assistance judiciaire partielle du 27 novembre 2016 (TAF pce 5 ; cf. également le formulaire de demande d'assistance judiciaire et les moyens de preuve annexés [TAF pce 7]).

M.b Par acte du 9 mars 2017 (TAF pce 10), l'assurée dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale par l'intermédiaire de son nouveau mandataire, Maître Michael Imhof, qui indique, sur présentation d'une procuration, la représenter depuis le 2 mars 2017.

M.c Par décision incidente du 16 mars 2017, le Tribunal met la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et nomme Maître Michael Imhof comme avocat d'office (TAF pce 11).

N.

Après consultation du dossier (TAF pces 12 et 14), l'assurée dépose, par l'intermédiaire de son représentant, des observations datées du 30 mai 2017 (TAF pce 21). Il est mis en avant que le Dr N. _____, médecin généraliste consulté par l'administration, n'a à tort pas retenu les nouveaux diagnostics cardiaques (insuffisance cardiaque congestive NYHA de classe III) et pulmonaire (probable emphysème et bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO) dont souffre la recourante. Celle-ci invoque que ces deux affections ont une influence sur

sa capacité de travail et que les documents produits sont suffisants pour rendre plausible une aggravation de son état de santé, considérant notamment qu'elle est uniquement capable de fournir des efforts physiques très modestes. À l'appui de sa réplique, la recourante produit les pièces suivantes :

- un rapport cardiologique du 10 novembre 2016 du Dr P. _____ lequel fait état de résultats d'échocardiographie et d'un test d'effort (vélo-ergométrie) ; le médecin constate une maladie coronarienne avec dysfonction diastolique de degré II, une capacité limitée avec une dyspnée d'effort NYHA III qui empêche par exemple la recourante de monter plus d'un étage sans pause, ainsi qu'une tension artérielle haute ;
- un rapport pneumologique établi le 24 mai 2017 par le Dr Q. _____ qui diagnostique à l'assurée une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec limitation de degré moyen et une capacité respiratoire au trois quart de la norme avec indication d'emphysème et une dyspnée d'effort de stade II à III selon le mMRC (medical research council) ; il estime que d'un point de vue purement pulmonaire, on ne peut pas retenir une incapacité de travail, bien qu'il soit nécessaire pour la recourante d'avoir une place de travail avec une bonne qualité de l'air, en particulier sans exposition à la fumée tabagique ;
- deux notes explicatives des hôpitaux R. _____ sur les symptômes dus à une bronchopneumopathie chronique obstructive (2016) et une insuffisance cardiaque (2013).

O.

Dans une prise de position du 27 juin 2017, le Dr N. _____ du service médical de l'OAIE reprend le contenu des deux nouveaux rapports médicaux produits et conclut que, d'un point de vue cardiologique et pneumologique, on ne peut pas retenir une limitation de la capacité de travail de la recourante. Le médecin relève notamment une capacité pulmonaire conservée de trois quart par rapport à la normale et une fonction systolique normale du ventricule gauche avec une capacité cardiaque dans la moyenne au vu de son âge (TAF pce 23).

P.

Par duplique du 3 juillet 2017, l'OAIE maintient ses précédentes conclusions en se référant à l'avis de son service médical (TAF pce 23).

Q.

Par observations finales du 7 septembre 2017, la recourante continue à demander à ce que l'autorité inférieure entre en matière sur sa nouvelle demande d'invalidité du fait de l'aggravation de son état de santé. Il est reproché au Dr N._____ de ne pas avoir pris en compte les maladies clairement diagnostiquées par les Drs Q._____ et P._____ à savoir : une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) Gold II, une insuffisance cardiaque congestive (NYHA III), de l'hypertension artérielle, un emphysème pulmonaire, de la sarcopénie (diminution de la masse musculaire) et une hyperlipidémie (TAF pce 25).

R.

Par courrier du 2 février 2018, le représentant de la recourante informe le Tribunal que celle-ci a été hospitalisée d'urgence pour des troubles cardiaques associés à de récents diagnostics de fibromyalgie et de sclérose en plaque. Il est également indiqué qu'une opération du cœur est prévue pour le 5 février 2018 (TAF pce 27).

Si besoin est, il sera revenu plus en détails sur les faits dans la partie en droit.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'OAIE.

1.2 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 LPGA (RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3 Le Tribunal 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 141 V 206 consid. 1.1, 140 V 22 consid. 4 et 133 I 185 consid. 2 et les références). L'examen de la compétence de l'autorité de première instance ne constitue pas une condition de recevabilité du recours formé contre la décision devant le Tribunal de céans et sera

examiné ultérieurement (JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n°98).

1.4 Touché par la décision entreprise, la recourante présente un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification et a qualité pour recourir selon l'art. 59 LPGA. Elle a déposé son recours en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA). Elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et exemptée du paiement des frais de procédure (TAF pces 8 et 11).

1.5 Ainsi, le recours est recevable et il est entré en matière sur le fond du recours.

2.

2.1 En sa qualité d'autorité de recours, le Tribunal dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit. Il revoit librement l'application du droit par l'autorité inférieure, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, la constatation des faits et l'opportunité de la décision attaquée (art. 49 PA). Le Tribunal définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ou par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, pp. 300 s. ; JÉRÔME CANDRIAN, op. cit., n°176). Cependant, 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, 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

2.2 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure, soit également le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 140 V 22 consid. 4 et l'arrêt du TAF A-5658/2013 du 18 août 2014, consid. 2.2).

2.2.1 En matière d'assurance-invalidité, c'est l'Office AI du canton de domicile qui connaît des demandes de prestations déposées par les assurés qui habitent ou résident en Suisse (art. 55 LAI et art. 40 al. 1 let. a et al. 2 RAI [RS 831.201]). L'OAIE examine quant à lui une demande de prestations d'invalidité lorsque l'assuré qui la dépose est domicilié à

l'étranger (art. 56 LAI et art. 40 al. 1 let. b RAI). Lorsqu'un assuré domicilié à l'étranger prend, en cours de procédure, sa résidence habituelle ou son domicile en Suisse, la compétence passe à l'office AI dans le secteur d'activité duquel l'assuré a sa résidence habituelle ou son domicile (art. 40 al. 2^{ter} RAI).

2.2.2 Dans le présent cas, la recourante était domiciliée en Thaïlande lorsqu'elle a déposé sa seconde demande de rente d'invalidité le 5 février 2016 (pces 1 à 7) et l'OAIE était compétente pour la traiter. Par contre, au moment de rendre la décision attaquée le 19 juillet 2016, la recourante avait repris domicile en Suisse depuis quelques semaines (le 4 juillet 2016 ; cf. *supra* Faits let. J). Dans un courriel du 3 mars 2016, l'OAIE avait demandé à l'assurée de l'avertir lorsqu'elle reprendrait domicile en Suisse (pce 98), ce qu'elle a fait durant la procédure de recours en transmettant l'attestation du service des habitants de la ville de (...). L'OAIE n'était ainsi pas informé que la recourante avait repris officiellement domicile en Suisse au moment où la décision a été rendue. On ne peut ainsi pas le lui reprocher ce d'autant que le projet de décision a été rendu le 19 mai 2016, soit avant la prise de domicile en Suisse. Toutefois, selon l'art. 40 al. 2^{ter} RAI et 13 LPGa, la compétence de rendre la décision aurait dû passer à l'Office AI du canton de Berne dès le moment où l'assurée a pris sa résidence habituelle en Suisse. Or le Tribunal constate, selon une note interne à l'administration du 21 mars 2016 (pce 99), que l'OAIE a été informé à ce moment-là du retour de l'assurée en Suisse. Ainsi, d'un point de vue formel, l'OAIE n'était pas territorialement compétent pour rendre la décision entreprise et le dossier aurait dû être transmis à l'Office AI du canton de Berne.

2.2.3 Dans le cas d'une décision rendue par une autorité incompétente territorialement, la jurisprudence du Tribunal fédéral prévoit qu'en principe celle-ci est annulable (ATF 143 V 66 consid. 4.2, 142 V 67 consid. 2.1 et l'arrêt du TF I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4.1 ; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in : RBS - Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^e éd. 2014, pp. 544 s). Ainsi, si une décision a été rendue par un office AI territorialement incompétent, l'autorité de recours doit en principe annuler la décision rendue et transmettre la cause à l'autorité compétente.

2.2.4 Toutefois, selon cette même jurisprudence, le principe d'économie de procédure permet à l'autorité de recours de renoncer à l'annulation de la décision et de traiter la cause au fond lorsque deux conditions sont remplies cumulativement. D'une part, les parties ne doivent pas avoir

soulevé l'exception d'incompétence et, d'autre part, la cause doit être en état d'être jugée (ATF 142 V 67, consid. 2.1 *in fine* et les arrêts du Tribunal fédéral 9C_891/2010 du 31 décembre 2010 consid. 2.2. et I 232/03 du 22 janvier 2004 consid. 4 ; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 7^e éd., 2016, pp. 241 s., n°1103 s.), ce qui est le cas en l'espèce.

3.

La législation applicable est en principe celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2, 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la recourante était domiciliée en Thaïlande au moment où elle a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité en Suisse, mais elle a résidé en Suisse quelques mois avant de reprendre domicile en Suisse le 4 juillet 2016, soit avant que la décision attaquée soit prise.

La présente cause doit donc être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

4.

En l'espèce, le litige se limite au point de savoir si l'autorité inférieure était fondée à refuser d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de la recourante.

4.1 Lorsque la rente d'invalidité a été refusée, comme en l'espèce (cf. la décision du 18 décembre 2015 ; pce 11) parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Les conditions d'entrée en matière prévues pour les nouvelles demandes ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

4.2 Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande de rente, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

4.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Bien plutôt, l'assuré supporte le fardeau de la preuve quant à la condition d'entrée en matière (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_895/2011 du 16 janvier 2012 consid. 2).

4.4 Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est toutefois pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurances sociales, et se limite au contraire à la simple vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Ainsi, des indices d'une certaine consistance (simple vraisemblance) qui militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé suffisent, même s'il subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi. Par ailleurs, la modification du degré d'invalidité peut tout autant résulter d'un changement notable de l'état de santé que d'une modification de la capacité de gain (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_244/2016 consid. 2.2, 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et les références ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, 2011, n°3071 et 3100).

5.

5.1 Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse (ici : le 19 juillet 2016) et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations, soit en l'espèce la décision du 18 décembre 2015 de l'Office AI du canton de Berne

(ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier 5.4, 130 V 71 consid. 3.2.3, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 368 consid. 2 et les références ; cf. également ATF 130 V 64 consid. 2, 109 V 262 consid. 4a).

5.2 Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. En principe, il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, 121 V 366 consid. 1b et les référence ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). C'est en principe à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'Office AI compétent (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. également les arrêts TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3 ; 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2).

5.3 Eu égard au caractère atypique de la procédure de l'art. 87 RAI dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués.

5.4 La recourante se repose sur la jurisprudence de l'ATF 130 V 64 précité afin que les pièces médicales postérieures à la décision entreprise soient prises en compte dans l'examen de sa nouvelle demande (cf. le rapport

cardiologique du 10 novembre 2016 établi par le Dr P. _____ et le rapport pneumologique du 24 mai 2017 du Dr Q. _____ ; les observations du 30 mai 2017, page 3 [TAF pce 21]). Selon elle, l'OAIE aurait dû lui impartir un délai pour compléter ses moyens de preuve avant de refuser d'entrer en matière sur sa demande et aurait dû attirer son attention sur le fait que les preuves fournies étaient insuffisantes pour rendre plausible une modification de son degré d'invalidité.

5.5 In casu, le Tribunal ne saurait retenir ce grief. En effet, la recourante a eu l'occasion lors de la procédure d'audition de produire des pièces supplémentaires, ce dont elle s'est abstenue. Par ailleurs, elle ne s'est pas contentée de renvoyer à des pièces médicales qu'elle se proposait de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon elle être recueillis d'office. Celle-ci a au contraire transmis à l'OAIE en avril 2016 le rapport médical établi en Thaïlande accompagné d'une radiographie du 15 janvier 2016 et de tracés cardiaques des 11 et 12 janvier 2016 (pces 106, 107 et 111), ainsi qu'un rapport cardiologique avec les résultats de différents tests établi à sa demande par le D M. _____ le 14 avril 2016 après deux consultations (pces 103 à 105). On ne peut ainsi pas reprocher à l'autorité de ne pas lui avoir impartit un second délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve contrairement à ce qu'avance la recourante (cf. le courriel du 12 février 2016 [pce 96]). Le médecin de l'OAIE a estimé dans un avis du 13 mai 2016 que la capacité de travail de la recourante n'était pas modifiée par la nouvelle affection cardiaque. Les pièces médicales récentes et *prima facies* complètes n'ont pas été considérées comme insuffisantes, mais comme ne prouvant pas, au degré de la simple vraisemblance, que l'invalidité de la recourante s'était modifiée de manière à influencer ses droits malgré cette nouvelle affection cardiaque.

5.6 Les rapports médicaux des Drs Q. _____ et P. _____ n'ont ainsi pas à être examinés ici dans la mesure où le Tribunal ne doit prendre en compte que ceux en possession de l'OAIE lorsqu'il a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt TF 9C_265/2017, consid. 5.2). Ils pourront éventuellement être à la base du dépôt d'une nouvelle demande de prestations qu'il appartiendra à la recourante de déposer.

6.

6.1 La première demande de prestations déposée par la recourante en janvier 2013, a été rejetée par l'Office AI par décision du 18 décembre 2015 (pce 11) après une procédure d'instruction qui a permis de déterminer que

l'intéressée présentait alors selon les calculs de l'administration un degré d'invalidité de 12%. Cette décision est entrée en force sans qu'un recours ait été déposé.

Selon le rapport d'expertise psychiatrique et orthopédique de l'époque établi le 10 avril 2014 par les Drs K._____ et L._____ (pce 42 pp. 1 à 25), la recourante présentait principalement, des suites de la pose d'une prothèse partielle, des douleurs persistantes à la hanche gauche (M25.22 ICD-10), ainsi que des séquelles au niveau du tibia (T 39.2 ICD-10) des suites d'une chute intervenue en février 2014. Au vu de ses atteintes, les experts ont retenu que la recourante était uniquement capable d'exercer une activité professionnelle légère, sans port de charge de plus de 10 kg, lui permettant de faire des pauses et d'alterner les positions. Les troubles dégénératifs légers au niveau de la colonne lombaire entraînant des lombosciatalgies, ainsi que le trouble de l'adaptation reconnu par l'expert psychiatre (F 43.21 ICD-10) n'ont pas été considérés comme ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante.

Finalement, les experts et l'Office AI ont retenu que la recourante était apte à exercer son ancienne activité de coiffeuse à 50% et une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100%. Leurs conclusions étaient cohérentes considérant les conclusions du médecin traitant de la recourante, le Dr B._____, lequel retenait dans son rapport médical du 16 octobre 2013 une capacité de travail de 50% de la recourante en tant que coiffeuse dès le mois de juillet 2013 (pce 59). La chute intervenue en février 2014 n'avait entraîné selon les experts et les médecins traitant qu'une incapacité passagère de travail (cf. l'expertise bi-disciplinaire du 14 avril 2014, ainsi que le rapport du 3 juin 2014 du Dr J._____ [pce 30 pp. 1 à 5]).

6.2 Le dépôt de la seconde demande de prestations d'invalidité de la recourante a été motivé par la survenance de l'apparition d'une pathologie cardiaque. Au mois de janvier 2016, la recourante a subi une crise cardiaque avec thrombolyse lorsqu'elle séjournait en Thaïlande. De retour en Suisse, la recourante a consulté à deux reprises le Dr M._____, lequel, dans son rapport du 14 avril 2016 (pce 104 ; cf. également les résultats d'échocardiographie du 31 mars 2016 [pce 103]), décrit une situation stabilisée après avoir examiné les rapports médicaux thaïlandais (y compris des résultats d'échocardiographies et de radiographies [pces 106 à 110]). En tant que spécialiste en cardiologie, il examine la recourante et effectue plusieurs tests, avant de conclure que la recourante ne présente pas à ce moment de troubles coronariens à l'exception d'une

fonction systolique du ventricule gauche légèrement en dessous de la normale avec une légère hypokinésie distale antérolatérale. Il estime qu'une clarification supplémentaire invasive n'est pas nécessaire et met la recourante sous traitement médicamenteux (inhibiteur des fonctions plaquettaires, bêtabloquant et anti-cholestérol).

Ces nouveaux rapports médicaux ont été soumis au Dr N. _____ du service médical de l'OAIE (cf. les avis des 13 mai 2016 [pce 113] et 8 octobre 2016 [pce 127]), lequel les a commentés en détail. Il confirme les diagnostics retenus par le Dr M. _____ s'agissant de l'absence de troubles coronariens après status d'un infarctus du myocarde transmural sans élévation du segment ST (NSTEMI) traité par fibrinolyse. Le Dr N. _____ relève l'absence d'insuffisance cardiaque et d'angine pectorale de la recourante dont le débit cardiaque est normal selon l'électrocardiogramme (ECG). Selon lui, on ne peut pas reconnaître de limitations fonctionnelles supplémentaires à la recourante, considérant qu'avec le bon dosage, la médication, notamment pour la pression artérielle, n'a pas d'influence sur sa capacité de travail. La recourante n'a pas apporté d'autres rapports médicaux susceptibles de remettre en cause le rapport médical du Dr M. _____ lors de la procédure d'audition.

7.

En conclusion, le Tribunal constate que les pièces produites par la recourante à l'appui de sa demande de prestations du 5 février 2016 n'étaient pas de nature à rendre plausible un changement de circonstances susceptible d'influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité depuis la décision du 18 décembre 2015 rejetant sa première demande de prestations.

Partant, c'est à bon droit que l'OAIE n'est pas entré en matière sur la seconde demande de prestations du 5 février 2016. Le recours déposé par l'assurée est donc rejeté et la décision du 19 juillet 2016 confirmée.

8.

8.1 Par décisions incidentes des 5 janvier 2017 et 16 mars 2017 (TAF pces 8 et 11), la recourante a été mise au bénéfice, pour la présente procédure de recours, de l'assistance judiciaire totale portant sur la dispense des frais de procédure et la désignation d'un avocat d'office (art. 65 PA).

8.2 En vertu de l'art. 63 al. 1 PA, les frais de procédure sont à la charge de la partie qui succombe. Toutefois, la recourante, en tant qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, est exemptée du paiement des frais de procédure.

8.3 Maître Michael Imhof ayant été désigné défenseur d'office de la recourante, il y a lieu de lui allouer une indemnité afférente aux frais de représentation (art. 65 al. 3 PA et art. 12 et 14 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). Conformément à l'art. 65 al. 4 PA, la recourante aura néanmoins l'obligation de rembourser ce montant si elle revient à meilleure fortune.

8.4 À défaut de décompte de prestations produit par l'avocat nommé d'office, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2^{ème} phrase FITAF). Pour se faire, il doit tenir compte des circonstances de l'affaire, de l'ampleur du travail accompli par le mandataire et de la difficulté de la cause. En l'espèce, Maître Michael Imhof a été mandaté par la recourante en cours de procédure et est intervenu au stade de la réplique (cf. le courrier du 9 mars 2017 ; TAF pce 10). Il a produit une requête d'assistance judiciaire de quatre pages (TAF pce 10), des observations de quatorze pages accompagnées de cinq pièces jointes (TAF pce 21), ainsi que des observations finales de neuf pages (TAF pce 25). Partant, le Tribunal considère le versement d'une indemnité de représentation de 2'800 francs comme équitable en la présente cause pour les services de son défenseur d'office.

(Le dispositif se trouve à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il est alloué à Maître Michael Imhof une indemnité de dépens de 2'800 francs à titre d'assistance judiciaire, provisoirement à charge de la caisse du Tribunal de céans. Si la recourante revenait à meilleure fortune, elle serait tenue de rembourser au Tribunal de céans les honoraires et les frais d'avocat.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire)
- 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 :

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 LTF). 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 :