



Cour III
C-5756/2009

Arrêt du 10 août 2011

Composition

Vito Valenti (président du collège),
Franziska Schneider et Johannes Frölicher, juges,
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE)**, avenue Edmond-Vaucher 18,
case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 7 mai 2009).

Faits :**A.**

A.a La requérante A._____, ressortissante espagnole née le [...] 1959, a travaillé en Suisse de 1982 à 1991 en qualité de femme de ménage dans l'hôtellerie pour divers employeurs (pces 6, 42 p. 2 n° 3.4). De retour en Espagne, elle a œuvré pendant plusieurs années à plein temps en tant que nettoyeuse de poissons dans une fabrique de conserves jusqu'en juillet 2000, puis a été au chômage jusqu'en septembre 2004 (pces 9 p. 1 n° 3a et p. 4 n° 10a, 11 p. 2 n° 3.4, TAF 1 p. 25). Souffrant de problèmes cardiaques dès mars 2004, les institutions de sécurité sociale espagnoles la mettent au bénéfice d'une rente d'invalidité à partir du 20 septembre 2004 (pces 11 p. 2 n° 3.4.4, 42 p. 2 n° 3.4.4, 39, TAF 1 p. 24).

A.b Une première demande de rente auprès des autorités suisses, déposée le 29 juin 2004 (pce 1 p. 4 n° 13), est rejetée par décision sur opposition du 31 mars 2006 (pce 29) confirmée par arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2739/2006 du 9 mars 2007 (pce 30) et arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2007 du 7 février 2008 (pce 31).

B.

En date du 9 octobre 2008 (pce 32 p. 7 n° 14), l'assurée présente une deuxième demande de prestations auprès de l'Institut national de la sécurité sociale espagnole (INSS), lequel transmet la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (ci-après: OAIE) en décembre 2008. Lors de la procédure d'examen de la demande, l'autorité inférieure recueille divers renseignements économiques et médicaux dont notamment un questionnaire pour l'assuré et un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage datés du 18 février 2009 (pces 40-41) ainsi que des rapports médicaux des 24 novembre 2008 (pce 42 [rapport médical détaillé E 213]) et 18 mars 2009 (pce 44 [prise de position du service médical de l'OAIE avec évaluation de l'incapacité de travail dans les travaux ménagers]).

C.

Le 23 mars 2009 (pce 45), l'OAIE informe l'intéressée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Selon lui, il ressort du dossier qu'il n'y a pas une incapacité de travail suffisante, pendant une année, au sens des dispositions du droit des assurances sociales suisse; malgré l'atteinte à la santé, l'accomplissement des travaux habituels serait toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il impartit à

l'assurée un délai de 30 jours dès réception dudit acte pour former ses objections.

D.

Par acte daté du 13 avril 2009 (pce 48), l'assurée fait part de son désaccord quant au projet de décision. Renvoyant à la documentation médicale au dossier, elle estime que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité lucrative quelconque ni d'accomplir ses travaux habituelles. Elle produit des certificats des 28 mars 2006 (pce 46) et 29 mai 2008 (pce 47).

E.

Par décision du 7 mai 2009 (pce 51 également envoyée à l'assurée par les autorités espagnoles en annexe à un formulaire E 211 du 9 juillet 2009 [pce 55]), l'autorité inférieure, se basant sur une prise de position de son service médical du 4 mai 2009 (pce 50), rejette la demande de prestations de l'intéressée en reprenant la motivation du projet de décision.

F.

Le 4 juin 2009, l'administration reçoit de l'INSS un nouveau rapport médical du 21 mai 2009 (pces 52-53). Par courrier du 24 juin 2009 (pce 54), elle informe l'assurée qu'elle ne peut tenir compte de ce nouveau document qui lui est parvenu après le prononcé de l'acte entrepris.

G.

Par acte du 11 septembre 2009 (pce TAF 1), l'intéressée défère la décision du 7 mai 2009 au Tribunal administratif fédéral en alléguant que l'autorité inférieure n'aurait pas tenu compte de l'ensemble de la documentation médicale existante. Elle produit un certificat médical du 18 juillet 2008 (pce TAF 1 p. 51), divers actes des institutions de sécurité sociale espagnoles desquels il ressort qu'elle reçoit une rente pour cause d'invalidité permanente totale (pces TAF 1 p. 23-26) et plusieurs rapports médicaux déjà versés à la cause.

H.

Par décision incidente du 21 septembre 2009 (pce TAF 2), le Tribunal de céans invite la recourante, dans un délai de 30 jours dès notification dudit acte, à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.- et à prendre position quant à la date à laquelle le formulaire E 211 du 9 juillet 2009 lui a été notifié.

La somme requise est versée sur le compte du Tribunal le 30 septembre 2009 (pce TAF 3 p. 2). En outre, par courrier du 2 octobre 2009 (pce TAF 5), la recourante informe le Tribunal de céans que le formulaire E 211 lui a été notifié par courrier simple le 6 août 2009.

I.

Dans un préavis du 14 janvier 2010 (pce TAF 9), l'OAIE relève que, selon l'avis de son service médical auquel il se rallie sans réserve, l'atteinte cardiologique de l'assurée resterait légère ce qui ne serait pas incompatible avec l'exercice à plein temps de son ancienne activité, à savoir nettoyeuse de poissons dans une conserverie, ou tout autre activité adaptée, ni non plus avec la tenue du ménage, activité pour laquelle l'incapacité demeure inférieure à 10%. Pour ces motifs, il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

J.

Invitée à répliquer par ordonnance du 5 février 2010 (pce TAF 10), l'assurée renonce à se déterminer dans le délai impart.

Droit :

1.

1.1. Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

1.2. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, auquel renvoie l'art. 37 LTAF, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 al. 1 LAI mentionne que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

1.3. Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4. Conformément à l'art. 48 al. 1 du Règlement CEE n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11), les délais de recours ne commencent à courir qu'à partir de la réception de la note récapitulative (formulaire E 211) par le requérant. Par ailleurs, selon les dispositions topiques, le délai de recours est de 30 jours (art. 60 LPGA), ne commence à courir qu'au lendemain de la communication de l'acte y relatif (art. 38 al. 1 LPGA) et ne court pas durant les fêtes judiciaires ayant notamment lieu du 15 juillet au 15 août (art. 38 al. 1 et 4 let. b LPGA). La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a). Selon la jurisprudence, la notification d'un acte ou d'une décision n'est par ailleurs soumise à la règle de la stricte preuve qu'en cas de procès pendant et non pas déjà au stade de l'administration de masse. La règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable généralement dans le domaine du droit des assurances sociales, est donc suffisante en ce qui concerne la preuve de faits déterminants pour la notification d'une décision ou d'une décision sur opposition de l'administration (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2099 du 26 février 2010 consid. 4.2; ATF 121 V 5 consid. 3b). La notification de la décision attaquée est contestée par la recourante qui affirme n'avoir eu connaissance de l'existence de celle-ci qu'au 6 août 2009 — ce qui n'est par ailleurs pas mis en doute par l'administration —, date à laquelle elle aurait reçu, par courrier simple, le formulaire E 211 daté du 9 juillet 2009 (pce TAF 5 p. 1). Il y a donc lieu de se fonder sur les déclarations de la recourante, d'autant plus que le recours, remis à la Poste espagnole le 11 septembre 2009, serait tardif, compte tenu des fêtes judiciaires, seulement dans l'hypothèse, peu probable, où le formulaire E 211 aurait été notifié à la recourante le 10 juillet 2009 déjà. Par conséquent, il faut conclure que le recours a été interjeté en temps utile.

1.5. Le recours a finalement été déposé dans les formes requises par la loi (art. 52 PA), de sorte qu'il est recevable.

2.

L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1^{er} juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972 susmentionné. Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Par ailleurs, l'art. 20 ALCP dispose que, 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. L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (cf. dans ce contexte la circulaire AI n° 292 du 10 mai 2010 de de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]).

3.

3.1. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Ainsi, par rapport aux dispositions de la LAI, il s'ensuit que le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de cette loi consécutives à la 5^{ème} révision de la LAI. Il sied de relever que le nouveau droit n'a aucune influence sur le calcul des rentes d'invalidité mais qu'il a par contre introduit des dispositions plus restrictives quant à la naissance du droit à la rente au plus tôt et au temps de cotisation nécessaire pour avoir droit à une rente. Dans ce contexte, on note que, selon la lettre-

circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 émise par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) concernant la 5^{ème} révision de la LAI et le droit transitoire, le régime de l'ancien droit relatif à la naissance du droit à la rente reste applicable si le délai d'attente d'une année (cf. consid. 5.1 in fine) a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et que la demande de rente a été déposée avant le 31 décembre 2008. En l'occurrence, les problèmes de santé de la recourante sont apparus bien avant le 1^{er} janvier 2008. Il se justifie dès lors d'appliquer in casu le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 pour déterminer à partir de quel moment l'éventuel droit à une rente aurait pu naître au plus tôt. Sauf indication contraire, les dispositions citées ci-après sont donc celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, étant précisé que l'application de nouveau droit n'aurait aucune incidence sur l'issue de la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-1853/2009 du 15 juillet 2011 consid. 3 et les références citées).

3.2. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente le 9 octobre 2007 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 7 mai 2009, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes: d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI); d'autre part compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI; 3 ans selon le droit en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008). La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plusieurs années (pce 6) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

5.

5.1. L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui

peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Au vu des atteintes dont est victime la recourante, la lettre b de cette disposition est applicable en l'espèce.

5.2. 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. 28 al. 2^{ter} LAI et 27 RAI) telles les tâches domestiques (méthode spécifique). 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il y a lieu d'examiner 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. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents

personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 3.1 et I 603/04 du 5 septembre 2005 consid. 3).

5.3. Il sied également de relever que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2). Ainsi, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doivent être prise en considération (art. 40 du Règlement [CEE] n° 574/72). Quoiqu'en dise l'assurée, il n'est donc pas en soi déterminant que les institutions de sécurité sociale espagnoles lui ait reconnu le droit à des prestations basé sur une incapacité de travail permanente totale (cf. let. A ci-dessous). Par ailleurs, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En particulier, si l'assuré ne peut plus exercer sa profession habituelle et qu'un changement de métier est médicalement exigible de sa part, il est tenu de chercher un emploi adapté dans un autre secteur d'activités dans un temps raisonnable (ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.1).

6.

Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. 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^{ème} 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).

7.

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

8.

8.1. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 RAI ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies. Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité alléguée s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2).

8.2. En l'espèce, par décision sur opposition du 31 mars 2006, confirmée par arrêt du Tribunal administratif fédéral du 9 mars 2007 et arrêt du Tribunal fédéral du 7 février 2008, la recourante ne s'était pas vu reconnaître le droit à une rente d'invalidité au motif qu'elle présentait un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. supra let. A.b). Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait retenu que le statut de personne active devait être reconnu à la recourante, la méthode spécifique — qui avait été appliquée par l'administration dans la décision sur opposition du 31

mars 2006 (cf. pces 22, 29) — n'ayant pas sa place dans la présente affaire (pce 31 p. 3). Cet état des faits appelle les remarques qui suivent.

8.2.1. Tout d'abord, contrairement à ce que semble croire l'assurée, l'objet du présent litige porte uniquement sur le point de savoir si son taux d'invalidité a connu une modification notable et d'une durée suffisamment longue pour ouvrir le droit à une rente successivement à la décision de rejet de rente du 31 mars 2006 jusqu'au 7 mai 2009, date de la décision attaquée (cf. également consid. 3.1). Dans la mesure où l'assurée remet en question le bien-fondé de la décision du 31 mars 2006 et des arrêts subséquents des Tribunaux des 9 mars 2007 et 7 février 2008, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant ces griefs dès lors que la recourante ne peut se prévaloir d'aucun titre permettant de procéder à un tel examen. Dans ce contexte, il sied de préciser qu'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA n'est pas possible en l'espèce étant donné que la décision du 31 mars 2006 a été confirmée par une autorité judiciaire (KIESER, op. cit., art. 53 n° 27; voire aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2.2.1).

8.2.2. En ce qui concerne le statut de la recourante, force est de constater que l'administration n'a pas été précise sur ce point. Alors que le projet de décision du 23 mars 2009 (pce 45) et la décision entreprise du 7 mai 2009 (art. 51) se réfèrent uniquement à l'absence d'une invalidité au sens de la LAI dans les activités ménagères, le préavis de l'autorité inférieure du 14 janvier 2010 (pce TAF 9) est plus large et relève que l'assurée ne présente pas d'invalidité autant dans son ancienne activité de nettoyeuse de poissons que dans les travaux ménagers, ce qui laisse ainsi la question du statut de l'intéressée ouverte. Le Tribunal de céans prend position comme suit sur ce point. Il ressort des actes de la cause que la recourante était depuis plus de trois ans au chômage lors de la survenance de l'atteinte à la santé en mars 2004 (cf. supra let. A.a). Or, le seul fait qu'elle ait été sans emploi durant ce laps de temps ne saurait signifier qu'elle entendait se contenter d'un statut de femme au foyer comme l'a reconnu le Tribunal fédéral dans son arrêt précité du 7 février 2008 concernant la présente affaire (cf. pce 31 p. 3). Rien au dossier ne permet de conclure que la situation doit être jugée différemment depuis lors. Bien plutôt, il y a lieu de retenir que cette situation n'est pas volontaire, mais qu'elle résulte des circonstances économiques auxquelles s'est ajoutée, par la suite, la conviction subjective de l'assurée de ne plus être en mesure de travailler suite à ses problèmes de santé. De plus, un examen attentif de la situation familiale (femme mariée avec trois enfants âgés de plus de 20 ans au moment déterminant et ayant exercé une activité lucrative dans les an-

nées précédant l'atteinte à la santé [pces 2 p. 2; 32 p. 1 et 6]) tend à établir qu'elle aurait très vraisemblablement exercé une activité lucrative à plein temps si l'atteinte à la santé ne s'était pas produite (voire arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 3).

9.

Lors du rejet de la première demande de prestations en mars 2006, le Dr B._____, de l'INSS, avait retenu les diagnostics de myocardiopathie dilatée avec coronarographie sans évidence de trouble coronarien, d'hypothyroïdisme subclinique et de syndrome anxieux (rapport médical détaillé E 213 du 7 juin 2005). Il précisait que la situation était stable depuis septembre 2004 (pce 18 p. 8 n° 8), que l'état mental et émotionnel de l'assurée ne comportait pas d'altérations d'intérêt (pce 18 p. 3 n° 4.1) et que la patiente présentait une asthénie physique ainsi que des limitations fonctionnelles dans l'exercice d'efforts physiques soutenus (pce 18 p. 8 n° 8). Selon lui, l'intéressée pouvait accomplir de façon régulière un travail léger moyennant un certain nombre de limitations (éviter les activités exercées dans un lieu chaud ou froid ou qui requièrent le soulèvement et le port fréquents de charge respectivement qui nécessitent l'usage de rampes ou d'escaliers; veiller à ce que les activités en cause permettent de changer les positions et ne soumettent pas l'assurée à des pressions quant au temps). Il concluait que, si l'intéressée ne pouvait plus accomplir qu'à 20% au maximum son ancienne activité de nettoyeuse de poissons dans une conserverie, elle était en revanche à même d'exercer un travail adapté à plein temps tel que gardienne d'immeuble, portière-réceptionniste, couturière (pce 18 p. 8-10). Dans un rapport du 8 août 2005 (pce 21), le Dr C._____, du service médical de l'OAIE, relevait que la fraction d'éjection selon le rapport médical du 10 mai 2005 se montait à 64.50% ce qui était au-dessus d'une valeur pathologique. Selon ce praticien, autant l'activité de nettoyeuse de poissons que celle de femme de ménage restaient médicalement exigibles sans restriction. C'est notamment sur la base de cette prise de position que l'administration avait rejeté la demande de rente de l'assurée par décision sur opposition du 31 mars 2006. Appelé à se déterminer sur ce point en procédure de recours, le Tribunal fédéral avait relevé que, au vu de la documentation médicale versée au dossier, on ne voyait pas en quoi l'exercice à 100% d'un travail léger autre que le métier d'ouvrière dans une usine de conditionnement du poisson s'avérait inadapté pour l'assurée. Ce constat suffisait pour exclure que la recourante présentât un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente (arrêt 9C_195/2007 du 7 février 2008 [pce 31 p. 3]).

10.

Dans le cadre de la nouvelle demande du 9 octobre 2008 dont est recouru, l'autorité inférieure a derechef versé à la cause un rapport détaillé E 213 établi par le Dr B._____ (rapport du 24 novembre 2008 rédigé suite à un examen personnel de l'assuré le 27 octobre 2008 [pce 42 p. 2 n° 2.1]). Ce praticien pose les diagnostics de cardiopathie dilatée familiale, de troubles du rythme cardiaque en observation et de tendinite calcifiante du sus-épineux droit (pce 42 p. 8 n° 8). Il relève que la situation est sans changement par rapport à celle ayant existé lors de l'établissement du dernier rapport médical E 213 du 7 juin 2005 (pce 42 p. 8 n° 8 in fine) et conclut à une capacité de travail de l'assurée restée identique (20% dans l'activité habituelle et 100% dans un travail adapté) avec quelques restrictions supplémentaires (pas de travail dans des lieux humides, pas d'exposition aux gaz, aux vapeurs et au bruit, pas de travail posté ou de nuit) (pce 42 p. 8-10). Dans des prises de position des 18 mars 2009 (pce 44) et 4 mai 2009 (pce 50), le Dr C._____, de l'OAIE, estime que la nouvelle documentation ne montre aucune modification significative par rapport aux documents de 2004 qui permettrait de revenir sur ses conclusions antérieures (capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et dans tout autre travail adapté). Selon lui, le rapport cardiologique du 29 mai 2008 ne montrerait qu'une légère diminution de la fraction d'éjection à 54% ce qui serait encore compatible avec une activité moyenne à lourde. La seule conclusion serait qu'il faut éviter les efforts intenses. Or, ceux-ci ne seraient pas nécessaires dans l'activité de nettoyage de poissons.

Se fondant notamment sur cette dernière prise de position, l'administration a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 7 mai 2009. L'assurée conteste cette appréciation en faisant valoir des affections totalement incapacitantes.

11.

11.1. Cela étant, force est de constater que, comme lors de la première demande de prestations, le corps médical est unanime quant à la faculté de la recourante à effectuer un travail léger à plein temps. En effet, si le tableau clinique de la recourante s'est quelque peu modifié avec l'apparition d'une tendinite à l'épaule droite et une diminution des valeurs en rapport avec la fraction d'éjection lors du dernier contrôle cardiologique, il appert que cette évolution négative de l'état de santé n'a manifestement pas eu de répercussions significatives sur la capacité de travail, ce qui est seul déterminant dans la présente affaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral

9C_70/2010 du 9 août 2010 consid. 5.1). Ainsi, le Dr B._____, en pleine connaissance de la tendinite nouvellement apparue, parle expressément d'un état de santé resté globalement stationnaire par rapport à celui de juin 2005 (doc 42 p. 8) et réitère son évaluation antérieure quant à la capacité de travail de la recourante (20% dans l'activité habituelle et 100% dans un travail léger adapté). Rien au dossier ne permet de remettre en cause cette appréciation. En effet, les rapports médicaux des 29 mai 2008 (pce 47) et 21 mai 2009 (pce 52) — tous deux établis au service de cardiologie de l'Hôpital D._____ — se limitent à indiquer que la patiente doit éviter les travaux intenses, ce qui est tout à fait compatible avec l'appréciation du médecin de l'INSS. En outre, on note que le dernier certificat cité mentionne un état stable par rapport à celui observé le 29 mai 2008, ce qui confirme la présence d'un état stationnaire au niveau cardiaque. Quant à la tendinite calcifiante de l'épaule droite, aucun document médical parle d'un caractère incapacitant de cette atteinte comme le relève de façon convaincante le Dr C._____ (prise de position du 18 mars 2009 [pce 44 p. 2]). Il y a donc lieu de conclure que, au moment déterminant, la recourante était à tout le moins en mesure d'exercer un travail léger adapté à plein temps.

11.2. Comme lors de la première demande de prestations, la seule divergence des praticiens consultés quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée consiste à savoir si celle-ci peut encore accomplir son activité habituelle de nettoyeuse de poissons. Le service médical de l'OAIE répond à cette question par l'affirmative alors que le médecin de l'INSS estime qu'une telle activité n'est pratiquement plus exigible. A l'instar de ce qu'a retenu le Tribunal fédéral en son temps (cf. arrêt 9C_195/2007 du 7 février 2008 [pce 31 p. 3]), ce point peut toutefois souffrir de rester indécis, dès lors que, même en se ralliant à l'opinion du Dr B._____, à savoir l'appréciation la plus favorable à la recourante, et en effectuant de ce fait une comparaison des revenus, il appert que celle-ci ne présente manifestement pas un taux d'invalidité suffisant pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité. A ce titre, il convient d'apporter les précisions qui suivent.

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 gagner en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. Le gain d'invalide est une donnée théorique et est évalué sur la base de statistiques. Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondé-

rante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé que la comparaison de revenus doit s'effectuer sur le même marché du travail (ATF 110 V 276 consid. 4b). S'agissant d'assurés étrangers résidant à l'étranger, en raison de la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie généralement entre la Suisse et leur pays de résidence, on ne saurait retenir le montant du dernier salaire obtenu par l'intéressé dans son Etat de résidence pour être comparé avec un revenu théorique statistique suisse. Dans ces situations, les rémunérations retenues par l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) peuvent aussi servir à fixer le montant des revenus que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet pas à ce titre de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 78 consid. 5).

En l'espèce, faute de savoir à partir de quel moment exact la recourante fait valoir une péjoration de son état de santé (cf. supra consid. 8.2.1) et eu égard à l'absence manifeste d'un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente, il convient de prendre comme référence pour la comparaison des revenus les données ESS 2009 (à savoir l'année où la décision entreprise a été prononcée) à titre purement informatif. Ainsi, le revenu de valide serait le salaire moyen d'une employée travaillant dans la catégorie "industries alimentaires et boissons", niveau 4, et se monterait à Fr. 4'194.42.- (à savoir Fr. 3'917.- [salaire usuel moyen obtenu par une salariée dans le secteur concerné pour 40 h./sem. en 2008] adapté à l'horaire usuel moyen de 42.2 h./sem et à l'augmentation des salaires de 1.5% en 2009). Le revenu d'invalide correspondrait à celui du niveau 4, toute section confondue, à savoir Fr. 4'381.04 (Fr. 4'116.- [salaire usuel moyen, tout secteur confondu, obtenu par une salariée pour 40 h./sem. en 2008] adapté à l'horaire usuel moyen de 41.7 h./sem et à l'augmentation des salaires de 2.1% en 2009). Or, même en retenant une déduction maximale de 25% pour tenir compte des circonstances particulières du cas d'espèce (75% de 4'381.04 = Fr. 3'285.78), il apparaîtrait que la recourante n'atteint pas un degré d'invalidité suffisant pour avoir droit à une rente ($\frac{4'194.42 - 3'285.78}{4'194.42} \times 100 = 21.66\%$).

12.

Au vu de tout ce qui précède, force est de constater que les actes de la cause — qui sont par ailleurs suffisants pour se prononcer valablement dans la présente affaire — ne permettent pas de conclure à une modification significative de l'état de santé de l'assurée susceptible d'avoir une in-

cidence sur sa capacité de gain dans une activité adaptée et, partant, sur le taux d'invalidité. La décision entreprise doit par conséquent être confirmée et le recours rejeté.

13.

Vu l'issue de la cause, les frais de procédure, fixés par le Tribunal de céans à Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante déboutée (art. 69 al. 2 LAI et art. 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ce montant est compensé par l'avance de frais du même montant fournie par l'assurée. Il n'est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA *a contrario* en relation avec les art. 7 ss FITAF).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de Fr. 300.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant est compensé par l'avance de frais déjà fournie de Fr. 300.-.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

Indication des voies de droit :

Le présent arrêt peut être attaqué 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. 44 ss, 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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 de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :