



Arrêt du 30 janvier 2013

Composition

Francesco Parrino (président du collège),
Beat Weber, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Comité de protection des travailleurs
frontaliers européens, FR-68190 Ensisheim,
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 (décisions du 13 décembre 2011).

Faits :**A.**

La ressortissante française A._____, née en 1977, a travaillé en Suisse durant les années 2003 à 2008 en dernier lieu depuis juillet 2005 comme hôtesse d'accueil au grand casino de X._____ (pces 10 s.). A la suite d'une symptomatologie polymorphe avec polyalgie et de stress professionnel évoquant a priori une fibromyalgie qui engendrèrent une incapacité de travail totale à compter du 28 février 2008, elle fut hospitalisée du 28 avril au 2 mai 2008 (cf. pce 6). En date du 13 mai 2008 elle déposa une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Bâle-Ville (OAI-BS) au motif d'une fibromyalgie (pce 4). Elle fut licenciée pour raison de santé au 30 juin 2008 (pce 11). Sa demande de prestations fut rejetée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) du 4 septembre 2008 au motif qu'elle ne présentait aucune maladie justifiant une incapacité de travail et de ce fait ne pouvait prétendre ni à des mesures d'ordre professionnel ni à une rente (pce 28).

B.

En date du 22 juillet 2010 A._____ déposa une nouvelle demande de prestations (mesures d'orientation professionnelle et rente d'invalidité) auprès de l'OAI-BS au motif d'une dépression remontant au 28 février 2008 (pce 42).

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI-BS porta notamment au dossier les documents ci-après:

- le dossier de l'assureur perte de gain (pce 43) dont il appert le versement d'indemnités journalières pendant la période maximale de 730 jours du 28 février 2008 au 26 février 2010 (cf. jugement du 26 janvier 2010 du Sozialversicherungsgericht Basel-Ville),
- une attestation datée du 11 octobre 2010 de suivi régulier depuis le 30 septembre 2008 émise par le Dr B._____, psychiatre, pour un trouble anxio-dépressif occasionnant une incapacité de travail de 100% (pce 46),
- un certificat médical du Dr C._____, médecine physique et réadaptation, daté du 25 octobre 2010, attestant un suivi depuis le 20 mars 2008, relevant un syndrome polyalgique diffus avec douleurs articulaires périphériques et vertébrales, douleurs musculaires, signes digestifs, grande asthénie et découragement moral important, indiquant des

examens multiples, un état clinique et fonctionnel à mettre en relation avec un surmenage professionnel prolongé, notant un status restant encore fragile avec des algies musculo-articulaires récurrentes, des céphalées et des sensations vertigineuses récidivantes (pce 49),

- un rapport du Dr B._____ daté du 5 janvier 2011 confirmant une pathologie anxio-dépressive réactionnelle à des difficultés professionnelles avec suivi médicamenteux et status restant peu évolutif ne permettant pas d'exercer une activité professionnelle, l'incapacité étant de 100% (pce 54),
- une note du Dr D._____ du 31 mars 2011 pour l'OAI-BS relevant l'incohérence d'une demande de mesures d'ordre professionnelle et la production d'attestations réitérées d'incapacité de travail totale, indiquant la nécessité d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique (pce 60),
- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du BEGAZ Begutachtungszentrum BL daté du 28 juin 2011, établi par les Drs E._____, médecine générale, F._____, chirurgie orthopédique, G._____, psychiatrie, relatant une activité antérieure en divers emplois à 100%, pas de reprise de travail depuis le 28 février 2008, un status de personne seule, évoquant des dires de l'assurée la problématique d'un burnout en février 2008 l'ayant affectée dans tout son corps et l'affectant encore pareillement, indiquant un suivi psychiatrique 2 fois par mois sans bénéfice de stabilisation, notant un status sans particularité prima face (165cm/62kg), un abord cordial, coopérant, avec rires en cours d'entretien, indiquant les plaintes actuelles de dorsalgies et lombalgies irradiant à la jambe droite, de douleurs à l'omoplate droite s'étendant au bras, au coude et jusqu'aux doigts, indiquant des jours de blocage total et de dépendance de l'aide d'une voisine, relevant à l'examen une démarche fluide, un dés/habillage sans contrainte, une silhouette mince, musclée et harmonieuse (« gut kompensiert »), une bonne mobilité de la colonne vertébrale et des extrémités, quelques points douloureux tendomyotiques, pas d'inflammation des articulations, pas de fibromyalgie à l'examen des points positifs de contrôle, indiquant sur le plan purement orthopédique une pleine capacité de travail dans des activités légères et moyennes sans ports répétés de charges de plus 10kg au-dessus de la tête en raison des douleurs tendo-musculaires, notant à l'entretien psychiatrique un travail exercé avec plaisir et un esprit combatif jusqu'en février 2008 et depuis lors un status douloureux non reconnu, des plaintes de défi-

science d'énergie et de concentration, d'importantes variations de poids (45-75 kg) stabilisée à 58 kg, indiquant une bonne confiance en soi, pas d'idées suicidaires, un bon cercle d'amies avec lesquelles l'intéressée aime être, relatant des journées bien remplies d'activités domestiques et occupationnelles (lectures, internet, ménage, achats, tâches administratives, télévision, visites d'amies, promenades) avec rapides sensations de fatigue, indiquant de bonnes relations avec ses parents et de moyennes relations avec sa sœur et ses trois frères plus jeunes dont elle dut s'occuper durant leur jeune âge, une enfance heureuse, faisant état d'un suivi psychothérapeutique à 15 jours avec médication, indiquant une auto-appréciation de la capacité de travail limitée en raison des douleurs, même l'usage de la souris à l'ordinateur engendrant des douleurs, relevant à l'examen clinique une apparence soignée sans signe de contrainte, la possibilité de se tenir sans difficulté assise durant l'entretien de 1.25 heure, sans signe de douleurs, un status orienté en tous modes, coopérant, un discours fluent, un regard direct, des réflexions et une expression verbale en relation à une intelligence moyenne, une modulation de tonalité dans la voix légèrement restreinte, la capacité de rire, pas de perte de concentration ni signe de fatigue au long de l'entretien, ne retenant pas de pathologie psychomotrice ni de signe d'un processus psychotique, notant à l'appréciation globale une dépression légère dans un cadre relationnel intact et une certaine tendance à la verbalisation et dramatisation, relevant à titre d'exemples la perte de poids extrême annoncée, non documentée médicalement autrement que par une grande asthénie, et le fait que les douleurs annoncées n'ont pas été vérifiées à l'examen clinique de sorte que dans le cadre contextuel il ne saurait être retenu de fibromyalgie, posant le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode de type anxio-dépressif léger sans syndrome somatique (CIM10 F32) et, sans effet sur la capacité de travail, d'une accentuation de certains traits (histrioniques) de la personnalité (Z73.1), d'un syndrome douloureux tendomyofacial généralisé, de panalgésie sans fondement clinique d'une fibromyalgie selon les critères de l'ACR [American College of Rheumatology], de tendinose supraspinale à l'épaule droite, de lombo-ischialgie récidivante anamnestique, retenant depuis le 1^{er} janvier 2011, en raison de fatigue, sommeil perturbé et douleurs, une limitation de la capacité de travail de 10% dans des activités légères à moyennes, indiquant rétrospectivement une incapacité de travail de 40% de mi 2008 jusqu'à février 2010 et de 30% de février 2010 à fin 2010, relevant aux fins de confirmer l'incapacité actuelle de 10% un status psychosocial bien intégré en phase avec la réalité et riche de ressources existantes, rele-

vant le bien-fondé des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux dont il peut encore être attendue une amélioration de la capacité de travail, recommandant la mise en place de mesures d'ordre professionnel afin que l'intéressée recouvre au plus vite une activité professionnelle (pce 73),

- une note du Dr D. _____ du service médical de l'OAI-BL du 22 juillet 2011 confirmant les conclusions de l'expertise du BEGAZ (pce 75),
- une information de l'ancien employeur de l'intéressée datée du 13 septembre 2011 indiquant que pour 2009 le salaire aurait été de 3'900.- francs par mois [x 13, cf. pce 11] complété annuellement de pourboires totalisant 5'340.- francs et d'une "LVP" [Leistung/Verhalten Prämie] de 4'450.- francs (pce 79).

C.

C.a Par projet de décision du 26 septembre 2011, l'OAI-BS, se référant à la demande de prestations du 13 mai 2008, communiqua à l'intéressée qu'il était apparu de son dossier une incapacité de travail depuis février 2008 de taux variables, soit, suite au délai d'attente d'une année, une incapacité de travail de 40% à compter du 1^{er} février 2009, de 30% à compter du 1^{er} mars 2010 et une capacité actuelle de travail à compter de début janvier 2011 de 90% dans une activité légère à moyenne de type contrôle, surveillance, activités administratives simples, gestion des stocks, nettoyage, montage, etc. et qu'il en résultait à compter du 1^{er} février 2009 un degré d'invalidité de 48%, à compter du 1^{er} mars 2010 un degré d'invalidité de 40% et à compter d'au plus tard début janvier 2011 un degré d'invalidité de 22% ouvrant le droit à un quart de rente du 1^{er} février 2009 au 31 mars 2011, le droit à la rente cessant au 1^{er} avril 2011. Afin d'établir les degrés d'invalidité précités l'OAI-BS prit pour base le salaire annualisé de l'intéressée valeur 2009 indexé jusqu'en 2010 qu'il compara à celui d'une femme dans le secteur privé toutes branches confondues (niveau 4) valeur 2008 indexé 2009 et 2010 sans prise en compte d'un abattement de 5 à 25% pour circonstances particulières et personnelles (pce 82).

Contre ce projet, l'intéressée fit valoir en date du 14 octobre 2011 une aggravation de son état de santé et être toujours dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Elle joignit à son écrit une note médicale du Dr B. _____ datée du 11 octobre 2011 indiquant une pathologie anxio-dépressive (anxiété, insomnies, idées noires, péjoration de

l'avenir) réactionnelle à des difficultés professionnelles, un status peu évolutif ne permettant pas d'exercer une activité professionnelle à l'heure actuelle, status justifiant un suivi médicamenteux et psychothérapeutique, la durée de l'arrêt de travail [reconduit sans discontinuité au dossier depuis mars 2008] ne pouvant être déterminée (pce 85).

Invité à se déterminer sur l'opposition élevée, le Dr D. _____ dans une note du 1^{er} décembre 2011 indiqua que le rapport du Dr B. _____ du 14 octobre 2011 n'indiquait pas de modification par rapport à celui du 5 janvier 2011 du même médecin et que dès lors il pouvait être considéré que son rapport ne modifiait pas les conclusions du rapport d'expertise, que par ailleurs la médication énoncée était restée inchangée (pce 87).

C.b Par deux décisions du 13 décembre 2011 l'OAIE alloua à l'intéressée selon les motifs du projet de décision du 26 septembre 2011 un quart de rente d'invalidité du 1^{er} février 2009 au 31 mai 2010 pour 48% d'invalidité et également un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2011 pour un degré d'invalidité de 40%. L'OAIE indiqua que la documentation médicale nouvellement apportée, de l'avis de son service médical, n'était pas en mesure de modifier l'appréciation établie (pce 90).

C.c L'intéressée transmet le 22 décembre 2011 à l'OAI-BS deux rapports du Dr C. _____, médecine physique et de réadaptation, des 27 octobre et 21 décembre 2012, faisant état d'un syndrome polyalgique diffus avec douleurs articulaires périphériques et vertébrales, de douleurs musculaires, signes digestifs, d'une très grande asthénie avec découragement moral important, notant la persistance d'algies musculo articulaires accompagnées de céphalées et coups de fatigue importants, retenant une incapacité de travail toujours actuelle de 100%. L'intéressée indiqua expressément contester les degrés d'invalidité établis dans un document du 5 décembre 2011 [adressé en copie au Dr C. _____ par l'OAI-BS] (pce 91).

Les 9 janvier, 16 février et 5 mars 2012 l'intéressée adressa à l'OAI-BS des attestations de prolongation de son incapacité totale de travail (pces 92-94).

D.

Par décision du 9 janvier 2012 l'OAIE adressa à l'intéressée l'avis d'un versement d'intérêts moratoires vu le dépôt de sa demande le 13 mai 2008, le début du droit à la rente le 1^{er} février 2009, le paiement du ré-

troactif en date du 9 janvier 2011 et le début des intérêts à compter du 1^{er} février 2011 (pce TAF 1 annexe).

E.

Le 31 janvier 2012, indiquant agir suite à la décision du 9 janvier précédent, l'intéressée interjeta recours auprès du Tribunal de céans contestant son degré d'invalidité du fait qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle même partielle, elle fit valoir la documentation médicale établie par ses médecins déjà au dossier (pce TAF 1).

F.

Par réponse au recours du 29 mars 2012, l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation des décisions du 13 décembre 2011 se référant à la prise de position de l'OAI-BS du 20 mars 2012. Dans celle-ci cet office releva une première demande de prestations d'invalidité déposée le 13 mai 2008, rejetée le 4 septembre 2008, et le dépôt d'une nouvelle demande de prestations en date du 22 juillet 2010 ayant donné lieu à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité pour les degrés d'invalidité de 48% et 40% respectivement du 1^{er} février 2009 au 31 mai 2010 et du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2011, indiquant qu'à compter du 1^{er} avril 2011 elle n'avait plus droit à une rente du fait d'une capacité de travail recouvrée de 90% dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité de 22%. Il nota que le rapport BEGAZ était complet et détaillé et fondait objectivement la capacité de travail de l'intéressée alors que les rapports de ses médecins traitants ne faisaient que redonner une appréciation subjective de celle-ci non étayée. Il indiqua que la recourante ne contestait pas dans ses écritures les bases de calcul des taux d'invalidité de sorte que ceux-ci n'étaient en tant que tels pas contestés (pce TAF 3).

G.

Par répliques des 4 et 18 mai 2012 l'intéressée fit valoir avoir été victime d'un burnout en février 2008 et d'une résiliation de ses rapports de travail particulièrement abrupte. Elle joignit à ses écrits nouvellement un certificat médical du Dr C._____ daté du 3 mai 2012 répliquant celui du 27 octobre 2011, une attestation du Dr H._____ indiquant un dépistage en cours de la maladie de Lyme (pce TAF 6) et un rapport médical du Dr B._____ du 12 mai 2012 reprenant quasi intégralement le rapport du 5 janvier 2011 énonçant une incapacité de travail totale (pce TAF 6 et 8).

Par duplique reçue le 12 juillet 2012, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée se référant à la duplique de l'OAI-BS du 29 juin 2012. Dans celle-ci cet office releva que les rapports

des médecins traitants de l'assurée fournis en cours de procédure ne faisaient état que de plaintes subjectives sans fondement médical et qu'à ce titre ils avaient été pris en compte dans le rapport BEGAZ de sorte qu'ils ne permettaient pas de revenir sur l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressée (pce TAF 10).

H.

Par décision incidente du 24 juillet 2012, le Tribunal de céans porta à la connaissance de la recourante la duplique précitée et requit de sa part une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 11-13).

I.

La recourante fit parvenir le 21 septembre 2012 au Tribunal de céans un certificat du Dr C._____ daté du 18 septembre 2012 au contenu identique à celui du 3 mai 2012 (pce TAF 14) qui n'appela pas de modification de la position de l'OAIE, respectivement de l'OAI-BS, selon la communication de l'OAIE du 25 octobre 2012 (pce TAF 16). Par actes des 26 octobre et 8 novembre 2012 l'intéressée produisit des attestations de prolongation d'arrêt de travail établies par le Dr B._____ (pce TAF 18 s.).

J.

Par acte du 26 novembre 2012 l'intéressée adressa au Tribunal de céans un rapport de M. I._____, thérapeute diplômé en médecines complémentaires, du 17 septembre 2012, faisant état d'un suivi depuis le 3 novembre 2011 d'acupuncture pour ses atteintes connues (pce TAF 21).

K.

Par ordonnance du 27 novembre 2012 le Tribunal de céans rappela à la recourante que par décision du 4 septembre 2008 l'autorité inférieure avait rejeté sa première demande de prestations déposée le 13 mai 2008, que la décision précitée était entrée en force, que le 22 juillet 2010 elle avait déposé une nouvelle demande de prestations, que par décisions du 13 décembre 2011 l'autorité inférieure l'avait mise au bénéfice d'un quart de rente entre le 1^{er} février 2009 et le 31 mars 2011 mais que les décisions du 13 décembre 2011 étaient cependant manifestement erronées dans la mesure où le droit à la rente ne pouvait prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la présentation de la demande, qu'en l'occurrence elle ne pouvait avoir droit à une prestation qu'à partir du 1^{er} janvier 2011. Il précisa que par conséquent s'il devait se prononcer sur le recours il devrait supprimer le droit aux prestations entre le 1^{er} février 2009 et le 31 décembre 2010 et

l'appeler à restituer les montants indûment perçus et qu'en l'état de la procédure il était aussi envisagé de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède à une instruction complémentaire du point de vue médical et prenne une nouvelle décision. Il indiqua que suite à ce renvoi la question du droit à la rente et, cas échéant, celle de son taux demeuraient ouvertes de sorte que l'instruction complémentaire pourrait aboutir pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2011 aussi bien à une augmentation de la prestation octroyée entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2011 qu'à sa confirmation ou encore à sa suppression, ce qui pourrait lui porter préjudice, de sorte qu'il lui était donnée la possibilité de prendre position et en particulier de retirer son recours du 31 janvier 2011. Il nota qu'en l'absence de prise de position dans le délai imparti le recours serait considéré comme maintenu et qu'un éventuel retrait du recours devait être déclaré par écrit sans réserve ni condition (pce TAF 20).

L.

Par courriers des 7 décembre 2012 et 14 janvier 2013 l'intéressée, agissant toujours par son représentant, adressa au Tribunal de céans des certificats d'incapacité de travail signés de son médecin traitant le Dr B._____ (pces TAF 23 s.).

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la

législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

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

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable. Il sied ici de préciser que si le recours du 30 janvier 2012, déposé à la poste le jour suivant, paraît formellement porter sur la décision d'octroi d'intérêts moratoires du 9 janvier 2012, la contestation matérielle de la recourante porte en réalité sur les degrés d'invalidité retenus dans les décisions du 13 décembre 2011. En effet, la recourante a joint à son courrier du 30 janvier 2012 aussi les décisions du 13 décembre 2011. Compte tenu des fêtes judiciaires entre le 18 décembre et le 2 janvier, le recours du 30 janvier 2012 n'est pas tardif. Auparavant, par son acte du 22 décembre 2011 adressé à l'OAI-BS, elle avait en outre déjà exigé un nouvel examen de son dossier.

1.5 En application de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, selon lequel 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, l'OAI-BS a enregistré et instruit la demande dont la décision, notifiée par l'OAIE conformément à la disposition précitée, a été déférée devant le Tribunal de céans.

2.

2.1 La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ALCP, RS 0.142.112.681).

2.2 L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1^{er} avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Toutefois, le cas d'espèce reste

régi (par renvoi de l'art. 80a LAI) par la version de l'annexe II en vigueur jusqu'au 31 mars 2012 (cf. RO 2002 1527, RO 2006 979 et 995, RO 2006 5851, RO 2009 2411 et 2421) et selon laquelle les parties contractantes appliquent entre elles notamment les actes communautaires suivants: 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, RO 2008 4219, RO 2009 4831) – 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 le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RO 2005 3909, RO 2009 621, RO 2009 4845).

2.3 Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

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

3.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI entrées en

vigueur le 1^{er} janvier 2008 sont applicables pour l'examen du droit à la rente jusqu'au 31 décembre 2011 vu le recours matériellement à l'encontre des décisions du 13 décembre 2011. 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) ne sont applicables.

4.

4.1 La décision dont est recours fait suite à une demande de rente ayant été rejetée par décision du 4 septembre 2008 de l'OAIE au motif que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail durable selon les éléments médicaux et professionnels.

4.2 En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il appartient au demandeur d'apporter cette preuve. Le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5).

4.3 Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2).

En l'espèce, l'OAIE, respectivement l'OAI-BS, a examiné du point de vue matériel la nouvelle demande de prestations. Le Tribunal peut donc se limiter à examiner si la recourante remplit les conditions d'octroi d'une rente jusqu'au 13 décembre 2011, date des décisions attaquées marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 136 V 24 consid. 4.3 avec les réf.).

5.

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

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

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

6.

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

6.2 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LA). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI – selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) – n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

6.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux ha-

bituels 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. Une incapacité de gain de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art., 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.4 Selon l'art. 29 LAI 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^{ème} anniversaire de l'assuré.

6.5 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 du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

6.6

6.6.1 En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI, RS 831.201) lequel prévoit (dans sa version valable jusqu'au 31 décembre 2011) à l'al. 1 que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soin découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que

l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.6.2 L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, déterminant le moment à partir duquel la diminution de la rente prend effet, s'applique en cas de révision, la disposition suppose l'existence d'une rente en cours. Elle n'est donc pas applicable quand, statuant pour la première fois sur l'octroi de prestations de rente, l'administration alloue rétroactivement d'abord une rente entière puis une rente partielle ou la supprime en raison du changement survenu dans le degré d'invalidité. Dans ce cas, le passage d'une rente à l'autre ou la limitation de la rente dans le temps est uniquement déterminé par l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 106 V 16; arrêts du Tribunal fédéral I 251/03 du 2 mars 2004 consid. 3.1, I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2, 9C_255/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2 et 3.3; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivante (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Zurich 2011, n° 3112).

7.

7.1 La recourante a notamment travaillé en Suisse comme hôtesse de réception de juillet 2005 à février 2008. Une demande de prestations AI alors déposée le 13 mai 2008 fut rejetée le 4 septembre suivant du fait que l'intéressée ne présentait pas d'invalidité au sens de la législation. Cette décision est entrée en force. Il appert du dossier que l'intéressée n'a plus repris d'activité lucrative depuis le 28 février 2008.

7.2 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 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 (méthode générale).

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

8.

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

8.2 Le Tribunal des assurances doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Il est à relever dans ce cadre, en ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical (cf. dans ce sens relativement aux expertises de parties: arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

9.

9.1 En l'espèce contre les décisions du 13 décembre 2011 la recourante opposa, d'une part, les rapports du Dr C._____ des 27 octobre et 21 décembre 2011 faisant état d'un syndrome polyalgique diffus avec douleurs articulaires périphériques et vertébrales, de douleurs musculaires, de signes digestifs, d'une très grande asthénie avec découragement moral important, notant la persistance d'algies musculo-articulaires accompagnées de céphalées et coups de fatigue importants, retenant une incapacité de travail toujours actuelle de 100% et, d'autre part, les arrêts de travail de son médecin psychiatre traitant le Dr B._____ et ses rapports médicaux succincts faisant état invariablement d'une pathologie anxio-dépressive réactionnelle à des difficultés professionnelles avec suivi médicamenteux et status peu évolutif ne permettant pas d'exercer une activité professionnelle, l'incapacité étant de 100%. Par la suite les rapports médicaux des Drs C._____ et B._____ n'ont pas apporté d'éléments nouveaux, les rapports produits reprenant le contenu des précédents.

9.2 De son côté le rapport d'expertise BEGAZ du 28 juin 2011 conclut, sur le plan somatique, à la suite d'un examen clinique systématique, à une pleine capacité de travail dans des travaux légers à moyen sans port répété de charges de plus de 10kg au-dessus de la tête en raison des douleurs tendo-musculaires. Sur le plan somatique si effectivement lors de son burnout la recourante s'est retrouvée dans une situation de fortes douleurs généralisées ayant entraîné une incapacité de travail totale pendant un certain temps un tel status sans fondement médico-somatique n'a pas perduré selon les experts et n'a pu être vérifié lors de l'expertise du BEGAZ. Sur le plan psychologique, on observe qu'au moment du burnout de la recourante et durant une certaine période ultérieurement celle-ci a présenté une incapacité de travail totale; celle-ci s'est atténuée graduellement selon les experts compte tenu des ressources personnelles de l'assurée.

9.3 Sur la base de ces constatations, l'expertise BEGAZ retient une incapacité de travail de 40% depuis mi-2008 jusqu'au 1^{er} février 2009, de 30% du 1^{er} février 2009 à fin 2010 et de 10% au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2011. Il en découle que la recourante aurait droit à un quart de rente entre le 1^{er} février 2009 (une année après le début de son incapacité de travail) et le 31 mars 2011. Toutefois force est de constater que le jugement du 26 janvier 2010 du Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt a reconnu à l'intéressée une entière incapacité de travail totale au delà du 31 juillet 2008 condamnant l'assureur perte de gain maladie au versement

des indemnités journalières, ce que celui-ci a fait pendant la période maximale de 730 jours correspondant à la période du 28 février 2008 au 26 février 2010. L'arrêt précité n'a pas été attaqué de sorte que le Tribunal de céans ne peut retenir sans autre l'appréciation contraire de l'évolution de l'état de santé présentée par l'expertise BEGAZ du 28 juin 2011. Cette expertise contredit l'arrêt du 26 janvier 2010 sans en expliquer les raisons et ne peut dès lors être suivie.

L'expertise BEGAZ n'étant pas convaincante sur la période allant jusqu'à fin février 2010 (date jusqu'à laquelle l'assureur-maladie a reconnu une incapacité de travail totale), elle ne l'est pas davantage en ce qui concerne la période postérieure. En effet, les médecins du BEGAZ ne peuvent pas se prononcer de manière convaincante sur l'amélioration de l'état de santé de la recourante si, au préalable, ils n'ont pas pu établir correctement l'évolution de l'incapacité de travail de l'intéressée. La date de la suppression de la rente (dont l'ampleur reste à vérifier), que les experts BEGAZ fixent au 31 mars 2011, n'est pas non plus détaillée et ne saurait être suivie par le Tribunal de céans sans procéder à une instruction complémentaire. Pour rappel, le certificat du Dr B. _____ atteste le 5 janvier 2011 encore une incapacité de travail totale et l'expertise du BEGAZ est datée du 28 juin 2011. En ces circonstances, on ne voit pas comment l'amélioration de l'état de santé de la recourante puisse se situer déjà en décembre 2010 (selon l'art. 88a al. 1 RAI l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé doit en principe intervenir trois mois avant la réduction ou suppression de la rente, cf. consid. 6.6.1).

Pour ces motifs la décision attaquée doit être annulée et le dossier retourné à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 PA (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle se détermine sur ces contradictions et lacunes après avoir consulté les experts du BEGAZ ou, si nécessaire, tout autre service médical.

9.4 Les décisions attaquées du 13 décembre 2011 doivent en outre être annulées et réformées pour un autre motif. En l'espèce l'intéressée a déposé sa deuxième demande de prestations en date du 22 juillet 2010. Or, le droit à la rente ne peut s'ouvrir, si les conditions en sont remplies, au plus tôt que le 1^{er} janvier 2011 (cf. consid. 6.4 ci-dessus). Dans la mesure où l'autorité inférieure a alloué à la recourante un quart de rente déjà à partir du 1^{er} février 2009, elle ne peut pas être suivie. La décision attaquée doit donc être annulée et réformée en ce sens que la recourante n'a pas droit à une rente (in casu le quart de rente) entre le 1^{er} février 2009 et le 31 décembre 2010. Par ordonnance du 27 novembre 2012, le Tribunal

de céans a invité la recourante à se prononcer sur la reformatio in pejus envisagée et lui a donné la possibilité de retirer le recours. La partie recourante ne s'est toutefois pas exprimée sur ce point dans ses écrits des 7 décembre 2012 et 10 janvier 2013. Il convient dès lors de procéder à une reformatio in pejus comme indiqué dans l'ordonnance du 27 novembre 2012.

9.5 L'OAIE, respectivement l'OAI-BS, s'est prononcé dans les décisions du 13 décembre 2011 sur le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité et non sur les mesures d'orientation professionnelle qui avaient été demandées dans la demande de prestations du 22 juillet 2010. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir, ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. À défaut de décision sur les mesures d'ordre professionnel, le Tribunal de céans ne peut toutefois pas se prononcer sur cette question. Le dossier est donc retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle se prononce également sur cette prestation.

10.

10.1 La recourante ayant eu partiellement gain de cause dans le sens d'un renvoi de la cause à l'autorité inférieure (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA). L'avance de frais de 400.- francs lui est remboursée.

10.2 La recourante ayant agi en s'étant fait représenter, il lui est alloué une indemnité de dépens de 800.- francs à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), compte tenu de l'issue du recours, de la difficulté de la cause ainsi que du travail effectué par le représentant.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et les décisions du 13 décembre 2011 sont annulées. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des consid. 9.3, 9.4 et 9.5.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il est alloué à la recourante une indemnité de dépens de 800.- francs à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (N° de réf. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :