



Cour III
C-8038/2007

{T 0/2}

Arrêt du 16 avril 2009

Composition

Francesco Parrino (président du collège), Madeleine Hirsig-Vouilloz, Vito Valenti, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
représentée par Maître Jean-Paul Maire à Lausanne,
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 24 octobre 2007).

Faits :**A.**

La ressortissante portugaise A._____, née en 1953, a travaillé en Suisse comme ouvrière et femme de ménage de 1981 à 1988 (pces 17, 26). De retour au Portugal elle n'a plus exercé d'activité lucrative. En 2005 elle a déclaré un cancer du sein droit suivi d'une mastectomie radicale et d'une radio- et chimiothérapie. Le 6 décembre 2005 elle a déposé une demande de prestations d'invalidité suisse auprès du Centro Nacional de Pensoes de Lisbonne (pce 1) qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAIE porta au dossier les pièces suivantes:

- le questionnaire à l'assurée daté du 8 janvier 2007 selon lequel l'intéressée, sans activité lucrative, a cessé son aide non rémunérée à son mari, tenancier d'un bar, à compter de février 2005 en raison d'un cancer [du sein] (pce 11),
- le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage daté du 8 janvier 2007 selon lequel l'intéressée vit dans un ménage de trois personnes, dont un enfant de 17 ans, a aidé son mari de 1998 à 2004 dans la gestion d'un bar, et n'effectue aucune tâche ménagère (pce 10),
- une attestation d'incapacité de travail de 80% à compter de janvier 2005 datée du 19 avril 2005 signée de la Dresse C._____ (pce 13),
- un rapport médical daté du 15 novembre 2005 du Centro de Saude de Cantanhede indiquant le diagnostic de mastectomie radicale du sein droit pour cause de cancer, avec pronostic réservé, ainsi que douleurs récurrentes au niveau droit et dorsalgies (pce 14),
- un rapport médical daté du 1^{er} juin 2006 faisant état d'un status post mastectomie (27 avril 2005) avec traitement radio-et

chimiothérapie et traitement actuel hormonal prévu de 5 ans jusqu'en 2010; signe tumoral négatif (pce 16),

- un rapport E 213 de la Sécurité sociale portugaise daté du 6 juin 2006 selon lequel l'intéressée (164cm/60kg) a subi une mastectomie du sein droit avec radio- et chimiothérapie et souffre de douleurs et altérations de la sensibilité du thorax sur le côté droit, avec un léger oedème au bras droit, soit un status stabilisé avec pronostic réservé et un déficit fonctionnel au niveau du bras droit ne lui permettant pas d'effectuer quelque travail que ce soit (pce 15).

C.

L'OAIE transmet le dossier de l'assurée au Dr D._____ de son service médical pour prise de position. Dans son rapport du 17 mai 2007, il posa le diagnostic de carcinome invasif détecté en janvier 2005, de mastectomie radicale le 27 avril 2005, de radio- et chimiothérapie, de traitement hormonal, de non récurrence, de léger oedème et légère limitation du bras droit. Il nota une incapacité de travail de 100% du 20 janvier au 31 juillet 2005, de 50% du 1^{er} août 2005 au 31 janvier 2006 dans les activités habituelles et les travaux du ménage. Il nota une pleine capacité retrouvée au 1^{er} février 2006. Le Dr D._____ nota qu'aucune récurrence n'avait été signalée, qu'une pleine capacité de travail était présumable dans les travaux nécessitant des efforts légers à moyens et que le questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage n'était pas déterminant. Il indiqua une capacité de travail dans les tâches ménagères de 100% (pce 18).

D.

Par projet de décision du 22 mai 2007, l'OAIE informa l'assurée qu'il était apparu de son dossier une incapacité de travail de 100% dès le 20 janvier 2005 passant à 50% dès le 1^{er} août 2005 jusqu'au 31 janvier 2006 et qu'à compter du 1^{er} février 2006 sa capacité de travail était entière fondant le droit à une demi-rente à compter du 20 janvier 2006 jusqu'au 30 avril 2006 compte tenu du fait que si la capacité de gain s'améliore il y a lieu de considérer que ce changement déterminant modifie le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (pce 19).

E.

L'intéressée s'opposa au projet de décision par acte du 22 juin 2007.

Elle indiqua ne pouvoir exercer quelque activité lucrative, ne pas pouvoir faire usage de son bras droit, avoir des douleurs à la colonne vertébrale dues à l'arthrose la limitant dans ses mouvements, souffrir de séquelles irréversibles liées à sa mastectomie. Elle joignit un rapport médical daté du 21 juin 2007 du Centro de Saude de Cantanhede faisant état d'arthrose de la colonne vertébrale et au genou droit, de paresthésie du bras droit, d'hypertension artérielle et de la pathologie connue post cancer du sein droit (pces 20 s.).

Invité à se déterminer sur cette nouvelle documentation médicale, le Dr D._____ releva dans un rapport du 16 août 2007 que les diagnostics d'arthrose vertébrale et du genou de même que l'hypertension artérielle étaient nouveaux sans allégation de déficit fonctionnel, il indiqua que l'arthrose était courante dans la tranche d'âge de l'assurée et ne constituait pas en lui-même une cause d'incapacité de travail et ce d'autant moins s'agissant d'activités légères à moyennes. Il maintint sa prise de position antérieure du 17 mai 2007 (pce 23).

F.

Par décision du 24 octobre 2007, l'OAIE accorda à l'intéressée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} janvier au 30 avril 2006 conformément aux termes du projet du 22 mai 2007 précisant que la nouvelle documentation médicale n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier le bien-fondé du projet de décision (pce 26).

G.

Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours en date du 23 novembre 2007 auprès du Tribunal administratif fédéral faisant valoir être dans l'impossibilité d'exercer quelque travail que ce soit du fait de ses pathologies et ne percevoir aucune rente d'invalidité du fait qu'elle n'avait travaillé qu'en Suisse. Elle conclut implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité (pce TAF 1).

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 23 janvier 2008 conclut à son rejet. Il fit valoir que selon son service médical l'intéressée a présenté une incapacité de travail de 100% du 20 janvier au 31 juillet 2005, de 50% du 1^{er} août 2005 au 31 janvier 2006 et qu'à compter du 1^{er} février 2006 elle était médicalement apte à 100% à exercer ses activités comme ménagère. Se référant à la période d'attente légale d'une année depuis le début de l'incapacité de gain, l'OAIE indiqua qu'un droit à une demi-rente s'était ouvert le 20

janvier 2006 et que compte tenu de l'amélioration de santé constatée le 1^{er} février 2006 le droit à la rente s'éteignait trois mois plus tard au 30 avril suivant conformément à la réglementation de l'assurance-invalidité (pce TAF 3).

H.

Par décision incidente du 11 mars 2008, l'intéressée fut invitée à procéder à une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 300.-, montant dont elle s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 5, 8).

I.

Par réplique du 22 mai 2008, l'intéressée, représentée par Me Jean-Paul Maire, requit qu'il soit procédé à des mesures d'instruction complémentaires sur son état de santé et son aptitude à exercer ses activités comme ménagère. Elle releva que la décision dont était recours était fondée sur les prises de position du service médical de l'OAIE formulées en mai et août 2007 sans avoir été examinée et que ces prises de position étaient en contradiction avec les certificats médicaux de ses médecins traitants portugais des 21 juin 2007 et 28 février et 15 mai 2008. Les deux derniers rapports médicaux établis par le Centro de Saude Cantanhede furent joints, le dernier fit état de plus d'un syndrome anxio-dépressif (pce TAF 12).

J.

Invité à se déterminer par ordonnance du 26 mai 2008, l'OAIE transmet la réplique au Dr D._____. Dans sa réponse du 8 juin 2008 il rappela les diagnostics antérieurs et nouveaux de l'assurée. Il indiqua que le rapport médical du Dr E._____ du 28 février 2008 n'apportait aucune information nouvelle et n'indiquait pas en quoi le diagnostic posé fondait une incapacité de travail dans les activités antérieures. Il confirma ses avis antérieurs de légères limitations de la capacité de travail en raison de léger oedème et légère limitation dans l'abduction du bras droit. Par duplique du 26 juin 2008, l'OAIE réitéra sa proposition de rejet du recours en se référant à la prise de position du Dr D._____ (pce TAF 14).

La duplique fut portée à la connaissance de l'intéressée par acte du 1^{er} juillet 2008 (pce TAF 15).

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAf, RS 173.32), le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAf, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAf. En particulier, les décisions rendues par l'OAIE concernant l'octroi de rente d'invalidité peuvent être contestées devant le Tribunal administratif fédéral conformément à l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

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

2.

2.1 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 régi-

mes 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 Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). 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.

2.2 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.

2.3 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 du 4 février 2003 consid. 2; 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 une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 L'examen du droit à des prestations 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 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la 5^{ème} révision de la

LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

3.2 La recourante a présenté sa demande de rente le 6 décembre 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGGA, 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 le recourant avait droit à une rente le 6 décembre 2004 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 24 octobre 2007, 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. 2.1 et 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:

- être invalide au sens de la LPGGA et de la LAI (art. 8 LPGGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

5.

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

5.2 L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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. 28 al. 1^{er} 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 pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

5.3 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

L'invalidité des assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, 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^{bis} LAI) telles les tâches domestiques.

L'art. 27^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise que lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

5.4 Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, 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 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). Une incapacité de travail de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

5.5 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA 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.

5.6 Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5).

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 831.301) lequel prévoit que, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence 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.

6.1 Il résulte du dossier que la recourante n'exerçait pas d'activité lucrative rémunérée et était active dans le cadre des tâches ménagères, ainsi que dans le cadre de l'activité de son mari tenancier de bar. L'intéressée a indiqué dans les questionnaires qu'elle a remplis avoir aidé son mari de 1998 à 2004 dans la gestion de son bar, sans toutefois préciser quelle était l'importance de cette aide. Cette activité doit être prise en considération pour définir quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable en l'espèce. Un complément d'instruction s'avère donc nécessaire afin de déterminer quel était le temps que l'intéressée consacrait au bar et dans quelle mesure peut être considérée comme personne sans activité lucrative.

6.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGa et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 cons. 4b)bb, ATF 116 V 246 consid. 1b; Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2009 IV n° 8 p. 16). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa).

Selon une jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c ;arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

7.

7.1 En l'espèce l'intéressée présente un status post mastectomie du sein droit survenue en avril 2005 suivie d'une radio- et chimiothérapie avec un léger oedème au bras droit et une limitation de l'abduction de ce membre. Elle présente également une spondylarthrose et une gonarthrose droite ainsi que de l'hypertension artérielle. Un syndrome anxio-dépressif s'est déclaré en 2008 ultérieurement au prononcé de la décision dont est recours. Le Tribunal de céans ne peut toutefois prendre en considération cette dernière pathologie parce que son pouvoir d'examen est limité à la date de la décision attaquée (cf. consid. 3.2 ci-dessus).

7.2 A défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

8.

8.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

8.2 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} éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

8.3 Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves

nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

9.2 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge

peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. 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 351 consid. 3b/dd et les références citées).

10.

En l'espèce, le médecin de l'OAIE, le Dr D._____, a fondé son diagnostic et reconnu à l'intéressée, dans ses rapports des 17 mai et 16 août 2007 et finalement du 8 juin 2008, une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} février 2006, suite à un cancer du sein décelé en janvier et traité en avril 2005 par une mastectomie radicale et une radio- et chimiothérapie. Pour ce faire, il s'est fondé sur les rapports médicaux portugais des 15 novembre 2005 et 6 juin 2006 complétés par un rapport médical du 1^{er} juin 2006 ne relevant pas de signe de récurrence du cancer. L'OAIE n'a pas requis de complément d'instruction ni un autre avis d'un médecin de son service. Un tel complément était pourtant nécessaire car les examens médicaux étaient relativement anciens et l'OAIE devait examiner l'état de santé de l'intéressée jusqu'à la date de la décision attaquée. Il n'est dès lors pas possible pour le Tribunal de céans de suivre l'OAIE dans la confirmation d'une pleine capacité de travail au 1^{er} février 2006 vu par ailleurs l'existence de rapports médicaux portugais, tant de la Sécurité sociale de cet Etat que du médecin traitant de l'intéressée, établissant une incapacité de travail. Il sied également de relever que le rapport E 213 du 6 juin 2006 est particulièrement succinct et ne tient pas compte de l'évolution de la radio- et chimiothérapie. Pour les mêmes raisons on ne peut pas admettre que l'état de santé s'est sans autre amélioré au 1^{er} février 2006 soit 4 mois avant le rapport défavorable E 213 en question, même si au dossier figure un document médical du 1^{er} juin 2006 attestant d'une non récurrence du cancer quelque 14 mois après la mastectomie. Force est dès lors de considérer que l'instruction du dossier est incomplète et qu'un nouveau E 213 s'impose prenant en compte le status oncologique de l'assurée mais également ses affections rhumatismales alléguées.

Par ailleurs, afin de déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, il sied de compléter l'instruction sur l'activité effective passée de l'intéressée en tant que aide de son conjoint et de requérir de l'intéressée de remplir un nouveau questionnaire pour les assurés travaillant dans le ménage (cf. consid. 6.1 ci-dessus).

11.

La recourante ayant eu partiellement gain de cause obligeant le renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de Fr. 300.- versé à titre d'avance de frais lui est restitué.

La recourante ayant agi en étant représentée à compter de la brève réplique du 22 mai 2008, il lui est alloué une indemnité de dépens de Fr. 600.- (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]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 24 octobre 2007 annulée en ce sens que la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants 6.1 et 10 et pour nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais de procédure de Fr. 300.- est remboursée à la recourante.

3.

Il est allouée une indemnité de dépens à la recourante de Fr. 600.- à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Acte judiciaire)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____)
- à l'Office fédéral des assurances sociales

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 de la loi 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :