



Cour III
C-1991/2018

Arrêt du 31 juillet 2020

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, Viktoria Helfenstein, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, (France)
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, rente d'invalidité (décision du 7 mars
2018).

Faits :**A.**

La double ressortissante franco-suisse, A. _____ (ci-après : assurée ou recourante), née le (...) 1957, mariée et mère de 5 enfants nés en 1984, 1987, 1989 et 1994 (cf. extrait des actes de naissance [AI pce 20 pp. 4 à 6]), a cotisé des nombreuses années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI; extrait du compte individuel du 22 août 2017 [AI pce 39]).

B.

Le 29 juin 2017 (AI pce 22), l'assurée dépose une demande de prestations AI auprès de l'Office B. _____ (ci-après : B. _____). Elle indique qu'elle souffre depuis Noël 2016 de bronchites, de lombalgies et des douleurs à l'épaule droite traitées par infiltration pour retarder une intervention chirurgicale. Elle verse au dossier des nombreux rapports médicaux ainsi que son CV et des certificats de travail.

B. _____ entame l'instruction de la demande pendant laquelle plusieurs documents ont été versés en cause. Le 5 octobre 2017, il transmet le dossier à l'Office AI pour les assurés à l'étranger (ci-après : OAIE) pour raison de compétence (AI pce 54). Sont encore produites des nouvelles pièces et l'OAIE invite le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) à prendre position (rapport final SMR du 12 janvier 2018; AI pce 68).

Par projet de décision du 24 janvier 2018, l'OAIE informe l'assurée qu'il entend rejeter la demande de prestations (AI pce 69). Il explique pour l'essentiel qu'il ressortirait du dossier qu'il n'y aurait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que la mise en place de la prothèse à l'épaule droite le 5 décembre 2017 ne justifierait pas une incapacité de travail durable. L'assurée s'oppose à ce projet le 8 février 2018 (AI pce 71) et transmet des nouveaux documents médicaux que l'OAIE soumet au SMR (rapport du 1^{er} mars 2018; AI pce 77).

Par décision du 7 mars 2018, l'OAIE, maintenant sa position, rejette la demande de prestations de l'assurée (AI pce 78).

C.

Le 2 avril 2018, l'assurée interjette recours contre cette décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal) et demande implicitement une rente. En substance, elle avance ses différents

problèmes de santé, soit des burnout, douleurs et opérations nombreuses. Elle décrit également ses activités professionnelles et les conditions de travail difficiles ainsi que les années de chômage et les recherches d'emploi. De plus, elle souligne son âge proche de la retraite. Enfin, elle remarque qu'elle est disposée à se soumettre à un examen psychologique. Elle verse en cause des nombreux documents qui se trouvent pour la plupart déjà dans le dossier (TAF pce 1). Le 30 avril 2018, elle produit encore quelques nouvelles pièces (TAF pce 4 et annexes).

Dans sa réponse du 5 juillet 2018 (TAF pce 8), l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se fonde notamment sur le nouvel avis du SMR (avis du 19 juin 2018; TAF pce 8 annexe 2).

Par réplique du 10 août 2018 (TAF pce 12) et duplique du 4 octobre 2018 (TAF pce 17), les parties persistent essentiellement dans leurs positions. L'OAIE se fonde en particulier sur la prise de position du SMR (prise de position médicale du 14 septembre 2018; TAF pce 17 et annexe 2) qui s'est déterminé sur la nouvelle documentation transmise par la recourante aussi par son courrier du 1^{er} juillet 2018 (TAF pces 10 et 12 et annexes).

Les 15 et 28 octobre ainsi que le 25 novembre 2018, la recourante remet des nouvelles pièces et informations (TAF pces 19, 21 et 23 et leurs annexes). Dans sa prise de position du 29 novembre 2018 (TAF pce 24 et annexes), l'OAIE maintient ses conclusions. Se basant sur les avis des 19 et 26 novembre 2018 du SMR, il considère toutefois que les nouveaux documents font état d'une cervico-brachialgie dans les suites de l'opération du 5 décembre 2017 qui aurait empêché l'assurée de reprendre une activité lucrative. Pourtant, il est d'avis que cette modification de l'état de fait, postérieure à la décision attaquée, devrait faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

Les 4 et 26 décembre 2018, 7 février et 13 mai 2019 ainsi que les 31 janvier et 3 mars 2020, la recourante verse encore des nouveaux documents et informe de sa situation (TAF pces 27, 28, 29, 31, 33 et 35 et annexes).

Droit :**1.**

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA; art. 52 al. 1 PA). Par décision incidente du 16 mai 2018, la recourante a été dispensée du paiement des frais de procédure (TAF pce 5).

En conséquence, le TAF peut entrer en matière sur le recours.

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n. 1.55).

2.3 En particulier, le Tribunal examine d'office les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure devant l'autorité inférieure, soit le point de savoir si l'autorité qui a rendu la décision litigieuse était compétente (ATF 142 V 67 consid. 2.1; 140 V 22 consid. 4; notamment :

arrêts du TAF C-3841/2015 du 8 janvier 2019 consid. 3.2 et 5; A-5658/2013 du 18 août 2014 consid. 2.2; voir aussi JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n°98 p. 67).

A ce sujet, il est remarqué qu'aux termes de l'art. 40 al. 1 let. b RAI (RS 831.201) c'est l'OAIE qui est compétent pour enregistrer et examiner les demandes si les assurés sont domiciliés à l'étranger sous réserve de l'al. 2 notamment. Cet al. 2 prévoit que l'office AI du secteur d'activité dans lequel la frontalière exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. Par contre, dans ces cas, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

En l'espèce, le TAF constate que la recourante qui habite en France a travaillé pendant de nombreuses années, jusqu'en 2013, comme frontalière en Suisse (notamment : extrait du compte individuel [AI pce 39]). En dernier lieu, elle a cependant travaillé en France (AI pce 60) et elle a déposé sa demande de prestations le 29 juin 2017 (AI pce 22). En vertu de l'art. 40 al. 1 let. b RAI, c'est donc à juste titre que l'OAIE a instruit la cause et rendu la décision contestée.

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

3.2 Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision

litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 7 mars 2018. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b).

3.3 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante, ressortissante franco-suisse est domiciliée en France et a été assurée plusieurs années en Suisse (AI pce 39). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de 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; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 29 juin 2017 (AI pce 22).

5.

A titre initial, il est relevé que l'assurée remplit la condition de la durée minimale de cotisations de 3 ans au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente au sens de l'art. 36 LAI, ayant notamment cotisé à l'AVS/AI suisse pendant de nombreuses années (cf. AI pce 39).

Il convient d'examiner si la recourante est invalide au sens de la loi et a droit à la rente.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a),
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 29 al. 1 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 la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18^e anniversaire. L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

L'invalidité correspond en principe à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). En

vertu de l'art. 7 al. 1 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.

Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, tels à titre d'exemple, l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 8 al. 3, 1^{ère} phrase, LPGA et art. 27 RAI [RS 831.201]).

Selon l'art. 6, 1^{ère} phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, 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.

L'assurance-invalidité suisse ne couvre ainsi pas l'atteinte à la santé en tant que telle mais les pertes économiques liées à cette atteinte, respectivement l'empêchement d'accomplir les travaux habituels à cause de celle-ci (cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

6.3

6.3.1 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentiel de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet, personne non active, personne exerçant une activité lucrative à temps partiel.

6.3.2 L'invalidité d'une personne assurée exerçant une activité lucrative est déterminée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus compte tenu d'un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

L'invalidité d'une personne qui n'exerce pas d'activité lucrative est évaluée selon la méthode spécifique impliquant une comparaison des activités habituelles afin d'établir dans quelle mesure la personne est empêchée de les accomplir (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA) ; par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité résulte de règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI), sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; cf. ch. 3087 du Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance, CIIAI).

Quant à l'invalidité de la personne qui à la fois exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels, elle est en règle générale évaluée sur la base de la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et art. 27^{bis} RAI), tenant compte de la méthode ordinaire d'une part, et de la méthode spécifique d'autre part. Par contre, lorsque la personne a diminué son taux d'activité sans accomplir de travaux habituels pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne lui permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé que son taux d'invalidité serait calculé en fonction de l'étendue du taux d'activité lucrative selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ATF 142 V 290 consid. 7; 135 V 58 consid. 3.4.1; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2).

6.3.3 Pour déterminer le statut d'une personne et la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2; 129 V 150 consid. 2.1; notamment : arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). Il convient alors de tenir compte de sa situation familiale, sociale, financière et professionnelle (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2), établie au degré de la

vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; 137 V 334 consid. 3.2 et références; arrêts du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3; voir aussi consid. 8.4) et de prendre en compte l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

6.4 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. La personne assurée a droit à un quart de rente si elle 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 LAI).

L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

7.

7.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

7.2 Les troubles psychiques et la capacité de travail exigible de la personne souffrante sont évalués dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (cf. pour les troubles douloureux somatoformes : ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2; les affections psychosomatiques assimilées, telles la fibromyalgie : ATF 141 V 281 consid. 4.2; 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.; aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.). Cette procédure est basée sur une vision ouverte et tient compte de

l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les réf. cit.). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3).

Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"
 - 1.1. Complexe "atteinte à la santé"
 - 1.1.1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic
 - 1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard
 - 1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard
 - 1.1.4. Comorbidités
 - 1.2. Complexe "personnalité" (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles)
 - 1.3. Complexe "contexte social".
2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)
 - 2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - 2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a précisé que ce catalogue n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

7.3 Le Tribunal fédéral a souligné le maintien de la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 6.2) laquelle exige, d'une part, que seules les limitations, comme conséquences de l'atteinte à la santé, sont prises en considération et impose, d'autre part, un examen objectif de l'exigibilité de l'exercice d'une activité (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 6; cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2). Les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne sont pas explicables d'un point

de vue médical ne peuvent pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). Si la preuve d'une incapacité de travail durable et importante due à un trouble psychiatrique ne peut pas être apportée, la personne assurée en supporte les conséquences conformément aux règles (matérielles) sur le fardeau de la preuve (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 143 V 418 consid. 6; 143 V 409 consid. 4.5.2; 141 V 281 consid. 6; voir aussi arrêt du TF 8C_628/2018 du 31 octobre 2018 consid. 4.3).

7.4 Le Tribunal fédéral a également remarqué qu'il n'y a pas d'invalidité lorsque les limitations résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui dépasse clairement une simple tendance (inconsciente) à l'extension et à l'accentuation des symptômes (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1; 9C_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2). Toutefois, les indices d'incohérences, d'aggravation ou de simulation ne motivent pas dans tous les cas une exclusion du caractère invalidant de l'atteinte psychique ; un examen approfondi de la gravité fonctionnelle de l'atteinte est nécessaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1; arrêt du TF 9C_501/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1).

8.

8.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) – l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255).

Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 5) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le

Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les réf. cit.). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au tribunal de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2017 consid. 5.2; 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3).

Cela étant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

8.2 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. aussi consid. 2.2). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8) et il sied de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'évaluer les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

8.3.1 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 son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, art. 57 n° 33).

8.3.2 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 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 351 consid. 3b/dd; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

8.3.3 Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se baser uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se fondent pas sur des examens effectués sur la personne de l'assurée (arrêts du TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références).

8.3.4 S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.2), il sied de rappeler qu'ils ne sont déterminants que pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et références).

8.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

9.

9.1 Lorsque l'OAIE a pris la décision contestée, il disposait dans un premier temps notamment des documents médicaux ci-après :

- le compte-rendu opératoire du 19 décembre 2005 de l'intervention par ténolyse du deuxième orteil droit en griffe (AI pce 24 p. 20),
- le rapport opératoire du 5 novembre 2008 de l'hystérectomie totale (AI pce 24 p. 23) ainsi que le résultat du 6 novembre 2008 du prélèvement d'une pièce d'hystérectomie (AI pce 24 p. 24; pour la version complète voir TAF pce 1 annexe 40),
- le certificat d'incapacité de travail partielle du 1^{er} au 14 janvier 2009 du Dr C._____, chirurgien gynécologique (AI pce 24 p. 22) et la prolongation de l'incapacité de travail du 28 janvier 2009, signée par la Dresse D._____, médecin généraliste (AI pce 24 p. 21),
- le compte-rendu d'hospitalisation et opératoire du 14 mai 2009, établi par le Dr E._____, chirurgien orthopédique, relatif à l'intervention au niveau du 2^e orteil droit (AI pce 24 p. 19; pour le rapport complet : TAF pce 1 annexe 35),

- le rapport cardiologique du 2 avril 2010 du Dr F. _____ qui relève que l'assurée ne présente aucun facteur de risque cardiovasculaire concernant l'intervention prévue pour une prothèse de hanche (AI pce 34 pp. 2 ss),
- le compte-rendu d'hospitalisation et opératoire du 5 mai 2010, signé du Dr E. _____ lequel fait part de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche en raison d'une coxarthrose gauche (AI pce 24 p. 25 s.),
- le certificat d'arrêt de travail du 1^{er} février 2011 pour 13 jours, établi par la Dresse D. _____ (AI pce 34 p. 1),
- les comptes-rendus opératoires des 8 juin 2011 et 11 avril 2012 relatifs à une libération du nerf médian au canal carpien à droite et à gauche, établis par le Dr G. _____ (AI pce 24 pp. 16 s.),
- le compte-rendu opératoire, daté du 5 janvier 2015 et établi par le Dr H. _____, chirurgien orthopédique du membre supérieur, s'agissant d'une intervention du 28 février 2014 par arthroplastie pour une rhizarthrose gauche (AI pce 24 pp. 14),
- le compte-rendu opératoire, daté du 5 janvier 2015 et établi par le Dr H. _____, concernant une intervention du 5 décembre 2014 par arthrodèse définitive pour une arthrose de l'articulation interphalangienne (IPD) de l'index (D2) et du petit doigt (D5) de la main droite et tendinite de Quervain du côté gauche (AI pce 24 pp. 13),
- le compte-rendu opératoire du 4 mai 2015 relatif à une méniscectomie médiale partielle arthroscopique intéressant la corne postérieure au genou gauche, établi par le Dr E. _____ (AI pce 24 p. 11),
- le bulletin de situation du 20 novembre 2015 de la Clinique I. _____, attestant l'entrée de l'assurée le 24 octobre et sa sortie le 20 novembre 2015 (AI pce 24 p. 10),
- le compte-rendu d'hospitalisation du 31 mars 2016 de la Clinique I. _____, établi par le Dr J. _____ lequel informe que l'assurée a été hospitalisée du 24 octobre au 20 novembre 2015 dans l'unité de psychiatrie adulte pour des signes de trouble de dépression, tels que l'anhédonie, l'aboulie, la tristesse de l'humeur, la fatigue avec

beaucoup de temps passé au lit et des idées suicidaires dans un contexte de « conjuguopathie » (AI pce 24 pp. 7 s.),

- le compte-rendu opératoire, daté du 20 octobre 2016 et établi par le Dr H. _____, de l'intervention du 22 mars 2013 par ténolyse du pouce droit et infiltration du pouce gauche en raison d'un pouce droit à ressaut au stade de blocage et débutant à gauche (AI pce 24 p. 15; voir aussi AI pce 51 p. 3),
- l'ordonnance médicale du 10 août 2016 pour un antidépresseur et des anxiolytiques (AI pce 24 p. 9),
- les ordonnances médicales des 3 janvier et 23 mars 2017 pour des séances de kinésithérapie de rééducation lombaire et de l'épaule droite, signées par la Dresse D. _____ (AI pce 24 pp. 3 s.),
- l'attestation de suivi du 5 avril 2017 de K. _____, psychologue clinicienne concernant la période du 12 juin 2009 au 14 janvier 2010 (AI pce 24 p. 27),
- le résultat du 19 avril 2017 de l'examen par arthroscanner de l'épaule droite, signé par le Dr L. _____ (AI pce 24 p. 6),
- le rapport médical et l'ordonnance du 22 mai 2017 du Dr M. _____, rhumatologue, lequel fait état des antécédents dont un état dépressif traité et observe des signes d'omarthrose droite avec mobilité articulaire assez bien conservée ; il conseille un traitement par infiltration et rééducation (AI pce 24 pp. 2 et 5),
- l'ordonnance médicale du 22 juin 2017, signée par le Dr E. _____ pour une rééducation du genou gauche pour entorse bénigne du ligament collatéral médial datant de novembre 2016 (AI pce 51 p. 6),
- le rapport médical manuscrit du 22 août 2017 de la Dresse D. _____ laquelle mentionne les antécédents dont une dépression et observe des limitations articulaires et des douleurs importantes (+++) ; elle se demande si une prothèse est indiquée, l'infiltration ayant été inefficace (AI pce 60),
- le rapport médical du 8 septembre 2017 de la Dresse D. _____ qui indique notamment une omarthrose à l'épaule droite sévère avec

douleurs devenues généralisées depuis environ 6 mois, limitant le port de charge et la conduite. Ce médecin fait également état d'une dépression avec fatigue, dépréciation, intolérance aux cris et aux pleurs et impossibilité de gérer les enfants. Elle atteste une incapacité de travail totale comme auxiliaire scolaire depuis le 22 août 2017 (AI pce 44),

- le rapport du 8 septembre 2017 du Dr E. _____ lequel mentionne les opérations orthopédiques du 14 mai 2009 au 2^e orteil droit, du 26 avril 2010 de la prothèse totale de hanche et du 4 mai 2016 de la ménissectomie médiale partielle arthroscopique gauche (AI pce 48).

Le SMR a été invité à prendre position. La Dresse N. _____, dans le rapport final SMR du 12 janvier 2018, retient les antécédents médicaux de la recourante et considère qu'une prothèse de l'épaule droite a été mise en place le 5 décembre 2017 laquelle, selon elle, justifie une incapacité de travail de 3 mois. Dans le ménage elle estime que le taux d'empêchement, pour passer l'aspirateur et nettoyer les vitres, ne dépasserait pas 20%. Elle mentionne comme limitations fonctionnelles le port de charges de max. 10-15 kg ainsi que des activités qui impliquent de lever le bras droit au-dessus de l'épaule, de travailler à hauteur d'établi et de monter sur une échelle (AI pce 68).

9.2 Suite au projet de décision du 24 janvier 2018 ont été versés en cause les nouveaux rapports suivants :

- le rapport du 7 novembre 2017 de l'examen cardiologique de la Dresse O. _____ laquelle conclut qu'il n'y a pas de contre-indication à la chirurgie de prothèse d'épaule droite envisagée mais qu'à distance de l'opération il faudrait envisager un test d'effort (AI pce 74),
- le compte-rendu opératoire du 19 décembre 2017, établi par le Dr P. _____ concernant la mise en place d'une prothèse totale de l'épaule droite en raison d'une omarthrose ; voir aussi son ordonnance médicale du même jour (AI pce 73),
- le rapport du 8 février 2018 de la Dresse D. _____ laquelle indique suivre l'assurée depuis 2008 et que l'état de santé de celle-ci se dégrade depuis cette époque avec à l'heure actuelle une impossibilité totale de reprendre le travail. Ce médecin fait état d'un syndrome

dépressif très fluctuant avec traitement et suivi ininterrompu depuis 10 ans qui occasionnerait des difficultés de concentration et une fatigabilité émotionnelle accrue, des troubles de dos (arthrose évoluée), des prothèses de hanche gauche, du pouce gauche et de l'épaule droite et des gonalgies d'origine arthrosique. Elle note également que l'assurée est porteuse d'une arthrose précoce et sévère diffuse justifiant la pose de différentes prothèses. Enfin, elle observe que sa patiente présente des grosses difficultés à se déplacer (conduite) et ne peut plus porter (AI pce 72).

La Dresse N._____ du SMR conclut le 1^{er} mars 2018 que la nouvelle documentation produite n'apporte aucune modification à ses conclusions précédentes. Elle avance notamment que les atteintes mentionnées par le médecin généraliste sont anciennes hormis la prothèse de l'épaule droite posée en décembre 2017 (AI pce 77).

9.3

9.3.1 Dans le cadre de la présente procédure ont été produits dans un premier temps les nouveaux documents médicaux ci-après :

- le bulletin de situation du 6 mai 2010 faisant état d'une entrée au 5 mai 2010 (TAF pce 1 annexe 34),
- le rapport, daté du 5 janvier 2015 et établi par le Dr H._____, relatif à une consultation qui a eu lieu le 2 février 2012 ; le médecin informe que l'assurée présente un pouce omolatéral à ressaut débutant qui va bénéficier d'une infiltration (TAF pce 1 annexe 22),
- le bulletin de situation du 24 octobre 2015 faisant état de l'entrée de l'assurée le 22 octobre 2015 et de son transfert à la Clinique I._____ le 24 octobre 2015 (TAF pce 1 annexe 21),
- le rapport daté du 20 octobre 2016, établi par le Dr H._____ relatif à la consultation du 21 février 2013 ; ce médecin fait état d'un pouce à ressaut bilatéral débutant à gauche, avéré à droite avec un nodule, d'un problème de rhizarthrose bilatérale de moyenne gravité qui n'est pas au stade chirurgical ainsi que de l'arthrose IPD de l'index droit qui n'est pas non plus au stade chirurgical (TAF pce 1 annexe 28),

- le rapport daté du 20 octobre 2016 et établi par le Dr H. _____ relatif à une consultation du 3 février 2014 ; il signale que l'assurée présente une rhizarthrose gauche très symptomatique (TAF pce 1 annexe 30),
- le rapport daté du 20 octobre 2016, et établi par le Dr H. _____ relatif à la consultation du 2 mai 2015 ; ce médecin observe des suites assez classiques de l'opération d'un pouce droit à ressaut (TAF pce 1 annexe 29),
- la lettre de liaison du 5 janvier 2018 du Dr Q. _____, médecin général, faisant état de l'hospitalisation de l'assurée du 26 décembre 2017 au 5 janvier 2018 dans l'unité Rééducation fonctionnelle et réadaptation motrice après l'opération du 19 décembre 2017 au niveau de l'épaule droite ; le médecin fait également état des antécédents médicaux dont le syndrome anxio-dépressif (TAF pce 1 annexe 13),
- le bulletin d'hospitalisation du 22 décembre 2017 relatif à l'hospitalisation du 18 au 22 décembre 2017 (TAF pce 1 annexe 14),
- les avis d'arrêt de travail du 22 août 2017 au 22 avril 2018, signés des Drs D. _____ et P. _____ (TAF pce 1 annexes 45 à 49).

Le SMR a été invité à se déterminer sur la nouvelle documentation médicale. Dans son avis du 19 juin 2018, la Dresse N. _____ maintient son évaluation précédente (TAF pce 8 annexe 2).

9.3.2 Ultérieurement a été versée la nouvelle documentation suivante :

- l'ordonnance médicale du 24 mai 2018 pour des séances de kinésithérapie de rééducation de l'épaule droit et du rachis, établie par la Dresse D. _____ (TAF pce 10 annexe 4),
- les résultats du 15 juin 2018 des examens radiographiques du genou gauche et du rachis dorsal, signés par le Dr L. _____ (TAF pce 10 annexe 3),
- le rapport du 25 juillet 2018 du Dr P. _____, observant que l'évolution suite à l'opération du 19 décembre 2017 reste limitée par des phénomènes douloureux et une limitation de la mobilité (TAF pce 12 annexes 1),

- l’ordonnance du 25 juillet 2018 du Dr P. _____ pour une scintigraphie osseuse de l’épaule droite (TAF pce 12 annexe 2),
- l’ordonnance du 5 octobre 2018 relative à des séances de kinésithérapie de rééducation de l’épaule droite, émise par la Dresse D. _____ (TAF pce 19 annexe 2),
- les résultats du 9 octobre 2018 des examens radiographiques du rachis lombaire et du bassin ainsi que de l’échographie pelvienne, signés par la Dresse R. _____ (TAF pce 19 annexe 3),
- le rapport du 22 octobre 2018 du Dr P. _____ qui note pour l’essentiel que l’évolution de la prothèse anatomique de l’épaule droite est perturbée par des phénomènes douloureux à irradiations cervicales et brachiales mais la mobilité de l’épaule est bonne ; il indique également que les radiographies du rachis cervical montrent une disparition des disques C5-C6 et C6-C7 avec une uncarthrose évoluée responsables de cervico-brachialgies. Le médecin discute, en outre, des traitements éventuels à entreprendre et ordonne un IRM du rachis cervical (TAF pce 21 annexes 2 et 3),
- les avis d’arrêt de travail du 4 avril au 2 septembre 2018 et du 5 octobre au 11 novembre 2018, signés par Dresse D. _____ (TAF pce 4 annexe et TAF pce 10 annexes 1 et 2, TAF pce 19 annexe 1).

La Dresse N. _____ du SMR prend les 19 et 26 novembre 2018 position (TAF pce 24 annexes 1 et 3). Eu égard au rapport du 22 octobre 2018 du Dr P. _____ qui a fait état de cervico-brachialgies dans les suites de l’opération de l’épaule droite et aux investigations en cours, le médecin du SMR considère que la situation n’est pas stabilisée et que la reprise de l’activité n’a pas pu avoir lieu malgré un bon résultat de l’opération de l’épaule droite. Elle atteste alors une incapacité de travail dans toute activité dès le 5 décembre 2017 jusqu’à stabilisation de la situation. Selon elle, une nouvelle évaluation devait être prévue dans 3 à 4 mois (TAF pce 24 annexe 1).

9.3.3 Ensuite, la recourante a encore transmis les nouveaux documents médicaux ci-après :

- les résultats du 13 novembre 2018 de l’IRM cervicale, signés par le Dr S. _____ (TAF pce 27 annexe 2),

- les avis d'arrêt de travail du 12 novembre 2018 au 10 février 2019, signés par les Drs T._____ et D._____ (TAF pce 27 annexe 3, TAF pce 28 annexe),
- le courrier du 30 janvier 2019 de la Dresse U._____ de la sécurité sociale française, remarquant qu'au 1^{er} mars 2019 il y a stabilisation avec passage en invalidité de catégorie 2 (TAF pce 29 annexe 2),
- le résultat du 5 février 2019 de l'examen radiographique du rachis lombaire et du bassin, établi par la Dresse R._____ (TAF pce 29 pce 3),
- les avis d'arrêt de travail du 9 février 2019, signé par la Dresse D._____ (TAF pce 29 annexe 5),
- le résultat du 17 décembre 2019 de la radiographie du pouce droit et échographie pelvienne, signé par la Dresse V._____ (TAF pce 35 annexe 5),
- la prescription médicale du 18 février 2020 (TAF pce 35 annexe 6).

9.4 En outre, dans le dossier se trouvent encore les documents suivants :

- divers certificats de travail et autres documents relatifs aux activités professionnelles exercées par l'assurée (AI pces 33, 36 et 38),
- le courrier du 18 avril 2010 de l'assurée adressé à Mme K._____, la psychologue et au Centre W._____ (TAF pce 1 annexe 37),
- la notification de décision du 3 juin 2015 accordant la demande de reconnaissance de travailleur handicapé du 2 juin 2015 au 1^{er} juin 2020 (TAF pce 1 annexe 11),
- la notification de décision du 25 janvier 2017 rejetant une demande d'allocation pour adulte handicapé puisque le taux d'incapacité était inférieur à 50% (AI pce 24 p. 1),
- l'attestation du 9 janvier 2017 de salaire pour le paiement des indemnités journalières (TAF pce 1 annexe 50),

- le courrier du 10 août 2017 de l'assurée au Centre médico-psychiatrique X. _____ (TAF pce 1 annexe 38),
- le questionnaire à l'assuré, rempli et signé le 23 octobre 2017 par l'assurée laquelle indique notamment qu'elle a une formation comme secrétaire de direction, qu'elle a en dernier lieu travaillé à (...) comme auxiliaire de vie scolaire ce qui a consisté à assister des enfants en difficultés en milieu scolaire, qu'il s'agissait d'un contrat précaire sans formation, qu'elle n'avait pas trouvé d'autres postes, qu'auparavant, jusqu'en février 2013, elle avait travaillé à (...) à 60%, qu'elle se trouve en arrêt de maladie depuis le 22 août 2017 puisque son état physique et mental se serait dégradé et qu'elle serait limitée dans ses différentes tâches ménagères (AI pce 57),
- le courrier du 15 novembre 2017 de l'assurée apportant des précisions s'agissant de sa situation personnelle et professionnelle (AI pce 65),
- le questionnaire pour l'employeur, rempli et signé le 28 novembre 2017, duquel il appert que le contrat de travail a débuté le 1^{er} octobre 2016, que l'assurée a présenté des incapacités de travail du 3 janvier au 15 janvier 2017 et depuis le 22 août 2017, qu'elle a travaillé 21 heures/semaine et que le poste de travail était particulièrement exposé au stress (AI pce 66),
- les bulletins de paye de mai à juillet 2017 et de janvier à mars 2018 (TAF pce 4, annexes 9 à 17),
- le titre de pension d'invalidité du 25 février 2019 de la sécurité sociale française attribuant à l'assurée une pension dès le 1^{er} mars 2019 après avoir constaté que celle-ci présentait un état d'invalidité réduisant des 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain justifiant son classement dans la catégorie 2 (TAF pce 31 annexe 6),
- la carte mobilité inclusion valable du 9 juillet 2019 au 8 juillet 2022 (TAF pce 35 annexe 1),
- la notification de décision du 11 juillet 2019 concernant le rejet d'une allocation aux adultes handicapés (TAF pce 35 annexe 2).

10.

10.1 L'OAIE fonde sa position principalement sur les avis du SMR (AI pces 68 et 77, TAF pce 8 annexe 2 et pce 24 annexes 1 et 3; consid. 9.1, 9.2, 9.3.1 et 9.3.2). Pour la période déterminante, limitée au moment où la décision du 7 mars 2018 a été rendue (cf. consid. 3.2), il a soutenu que l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année et que la mise en place de la prothèse de l'épaule le 5 décembre 2017 ne justifiait pas une incapacité de travail durable.

10.2

10.2.1 Sur le plan somatique, le TAF constate qu'il est établi que l'assurée a subi des nombreuses opérations entre 2005 et 2015, en particulier au niveau de l'orteil droit, la hanche, les mains et le genou gauche (comptes-rendus opératoires relatifs à l'orteil : AI pce 24 pp 19 s.; voir aussi TAF pce 1 annexe 35; compte-rendu opératoire relatif à la prothèse totale de la hanche : AI pce 24 p. 25 s.; comptes-rendus opératoires relatifs aux mains : AI pce 24 p. 13 à 17; voir aussi AI pce 51 p. 3 ainsi que les rapports relatifs à des consultations des 2 février 2012, 21 février 2013, 3 février 2014 et 2 mai 2015 : TAF pce 1 annexes 22 et 28 à 30; compte-rendu opératoire relatif au genou : AI pce 24 p. 11; voir aussi le rapport relatif à l'hystérectomie pratiquée le 5 novembre 2008 : AI pce 24 p. 23).

Le 19 décembre 2017, l'assurée a été soumise à une nouvelle intervention avec mise en place d'une prothèse totale de l'épaule droite en raison d'une omarthrose (cf. compte-rendu opératoire : AI pce 73) qui a été signalée par le Dr M. _____, rhumatologue, dans son rapport du 22 mai 2017 (AI pce 24 p. 5).

10.2.2 La Dresse D. _____, médecin de famille, dans ses rapports des 22 août et 8 septembre 2017 et du 8 février 2018 (AI pces 44, 60 et 72), a fait état des interventions multiples et noté que l'assurée est porteuse d'une arthrose précoce et sévère diffuse qui se manifeste aussi au dos et au genou et laquelle a justifié la pose de différentes prothèses à la hanche gauche, au pouce et à l'épaule droite. Ce médecin a également mentionné que l'assurée souffrait de douleurs importantes (AI pce 60) et présentait des limitations articulaires avec grosses difficultés à conduire et à se déplacer et impossibilité de porter des charges (AI pces 44 et 72). Elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 22 août 2017 (AI

pce 44) et estimé que sa patiente est en invalidité, ne pouvant plus prétendre à un emploi (AI pce 72).

10.2.3 La Dresse N. _____ du SMR a reconnu les atteintes somatiques de l'assurée. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé que les interventions chirurgicales antérieures à la demande de prestations en juin 2017 n'ont pas justifié des incapacités de travail prolongées puisqu'elles n'ont pas empêché l'assurée de poursuivre ses activités professionnelles (AI pces 68 et 77; TAF pce 8 annexe 2). Quant à la nouvelle atteinte à l'épaule droite, le médecin du SMR a confirmé une incapacité de travail depuis le 21 août 2017 (TAF pce 8 annexe 2). Toutefois, dans un premier temps, elle a estimé que l'incapacité de travail n'était pas durable et qu'une reprise de travail trois mois après l'opération était envisageable dans l'activité habituelle d'auxiliaire de vie scolaire laquelle serait physiquement légère et respecterait les limitations (AI pce 68 et 77), soit le port de charges de max. 10-15 kg ainsi que des activités qui n'impliquent pas de lever le bras droit au-dessus de l'épaule, de travailler à hauteur d'établi et de monter sur une échelle. Dans le ménage elle a estimé que le taux d'empêchement, pour passer l'aspirateur et nettoyer les vitres, ne dépasserait pas 20% (AI pce 68). Ultérieurement, au regard de la nouvelle documentation versée en cause dans le cadre de la présente procédure de recours, la Dresse N. _____ a considéré que le Dr P. _____, dans son rapport du 22 octobre 2018 (TAF pce 21 annexe 2), a fait état de cervico-brachialgies dans les suites de l'opération de l'épaule droite. Elle a alors conclu que la situation n'était pas encore stabilisée et que la reprise de l'activité professionnelle n'avait pas encore pu avoir lieu (TAF pce 24 annexe 1).

10.2.4 Le Tribunal retient au regard du dossier constitué que l'assurée qui souffre d'arthrose diffuse a subi des nombreuses interventions chirurgicales et porte différentes prothèses. Le TAF peut, en outre, suivre l'appréciation du médecin du SMR s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée pour la période litigieuse jusqu'au 7 mars 2018 et considère qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 7.4) que celle-ci a présenté à partir du 21 août 2017 une incapacité de travail totale pour des motifs somatiques. Cette date du 21 août 2017 correspond au dernier jour de travail effectif (cf. questionnaire pour l'employeur du 28 novembre 2017; AI pce 66) et le médecin de famille a attesté une incapacité de travail depuis le lendemain (AI pce 44) aussi pour des motifs de dépression (cf. consid. ci-dessous). Les atteintes pour

lesquelles l'assurée a été opérée avant sa demande de prestations n'ont pas donné lieu à des incapacités de travail de longues durées, l'explication du médecin SMR y relative est convaincante. S'agissant de la situation postérieure à la décision querellée du 7 mars 2018, le Tribunal retient, qu'en novembre 2018, l'état n'était pas encore stabilisé et que l'assurée n'avait pas encore pu reprendre le travail (cf. consid. ci-dessus), contrairement à ce que le médecin SMR estimait dans un premier temps. A l'instar de l'OAIE, le TAF remarque par contre que cette modification de la situation devrait en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative puisqu'elle dépasse l'examen du Tribunal qui est limité au 7 mars 2018 (cf. consid. 3.2). Compte tenu de l'issue de la cause (cf. consid. 12), cette considération n'est cependant pas déterminante. De plus, le Tribunal est d'avis qu'au regard de l'arthrose diffuse et des douleurs rapportées par le médecin de famille, l'OAIE devrait, avant de rendre une nouvelle décision, compléter l'instruction administrative d'une façon approfondie, le cas échéant, par une expertise.

10.3

10.3.1 Il ressort également du dossier que l'assurée a été suivie par une psychologue entre le 12 juin 2009 et le 14 janvier 2010 (AI pce 24 p. 27) et qu'elle a été hospitalisée du 22 octobre au 20 novembre 2015, notamment dans l'unité psychiatrique de la Clinique I._____ (AI pce 24 pp. 7, 8, 10; TAF pce 1 annexes 14 et 21).

De plus, la Dresse D._____ a indiqué dans ses rapports des 8 septembre 2017 et 8 février 2018 (AI pces 44 et 72) que l'assurée souffrait aussi d'une dépression chronique, respectivement d'un syndrome dépressif très fluctuant avec traitement et suivi ininterrompu depuis 10 ans. Elle a prescrit un antidépresseur (Venlafaxine) et un anxiolytique (Seresta). Ce médecin a également observé des limitations relatives à ce trouble, soit une fatigue, une dépréciation, une intolérance aux cris et aux pleurs et une impossibilité de gérer les enfants (AI pce 44) ainsi que des difficultés de concentration et une fatigabilité émotionnelle accrue (AI pce 72). Par ailleurs, elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 22 août 2017, ceci aussi pour des motifs somatiques (AI pces 44 et 72; cf. consid. 10.2.2).

10.3.2 La Dresse N._____ du SMR dont la spécialisation médicale n'est pas connue a retenu comme diagnostic sans répercussion sur la capacité

de travail un état dépressif, se référant au rapport médical du 31 mars 2016 de la clinique I : _____ (AI pce 24 pp. 7 s.). Par ailleurs, elle ne s'est pas prononcée sur ce trouble et sur les rapports récents du médecin de famille y relatifs (AI pces 68 et 77).

10.3.3 Or, le TAF constate que les symptômes mentionnés par la Dresse D. _____ sont précis et que l'assurée suit un traitement par psychotropes. De plus, la dernière activité exercée comme auxiliaire scolaire a été qualifiée de stressante de la part de l'employeur (AI pce 66) ce qui est convaincant et la Dresse D. _____ a formulé des limitations psychiques concrètes à ce sujet, soit une intolérance aux cris et aux pleurs et une impossibilité de gérer les enfants (AI pce 44). Les autres limitations observées par le médecin traitant, à savoir une fatigue, une dépréciation, des difficultés de concentration et une fatigabilité émotionnelle accrue, peuvent également justifier des limitations de la capacité de travail dans de plusieurs domaines, en particulier dans l'activité de secrétaire que l'assurée a exercée pendant de nombreuses années ainsi que dans le ménage. Enfin, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les constats du médecin de famille. Dans cette situation, l'OAIE ne pouvait donc pas les ignorer. Au regard de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (cf. consid. 7) et conformément à la maxime inquisitoire (consid. 8.1), il aurait dès lors dû mettre en œuvre une expertise psychiatrique. En outre, le SMR aurait dû soumettre le dossier en interne à un médecin psychiatre. En effet, de jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant pour juger du bien-fondé de son avis, cela d'autant plus lorsque l'on se trouve en présence d'une maladie psychique (cf. notamment : arrêts du TF 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5; cf. consid. 8.3.1).

En l'état du dossier, le Tribunal ne saurait donc confirmer l'avis du médecin SMR selon lequel l'assurée ne présentait aucune restriction de sa capacité de travail d'un point de vue psychique.

10.4 Il s'ensuit que l'OAIE a instruit l'état de santé global de l'assurée d'une façon lacunaire et que la capacité de travail résiduelle de celle-ci n'a pas encore été établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.4). Dans ce sens, c'est à tort que l'OAIE a conclu que l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail durable.

11.

11.1 Au regard de ce qui précède, le Tribunal ne peut pas se prononcer sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

11.2 Par ailleurs, l'OAIE devra encore déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable en l'occurrence (cf. consid. 6.3) puisqu'il ressort du dossier que l'assurée a exercé une activité professionnelle à temps partiel. Ainsi, elle a indiqué qu'elle avait travaillé en Suisse en dernier lieu à 60% et en France, dans son dernier poste, à 21 heures/semaine (AI pces 57 et 66; consid. 9.4) ce qui correspond également à un temps de travail de 60% compte tenu des 35 heures par semaine ordinaires en France. De plus, le TAF considère qu'il n'y a en l'état du dossier pas d'indices dans le sens que l'assurée qui s'occupe d'un très grand ménage (cf. notamment AI pce 57) aurait réduit le taux d'activité pour des hobbies ou un perfectionnement professionnel ou qu'elle aurait souhaité de poursuivre une activité professionnelle à 100% mais que le marché du travail ne lui permettait pas d'avoir une activité à plein temps, ce qui impliquerait que son taux d'invalidité devrait être évalué en fonction de l'étendue du taux d'activité lucrative (cf. consid. 6.3.2). Toutefois, ces points doivent encore être élucidés par l'autorité inférieure (cf. consid. 6.3.3). Le cas échéant, elle devra en outre compléter son instruction par une enquête de ménage (consid. 6.3.2).

11.3 Enfin, l'assurée se trouve proche de l'âge de la retraite, fixée pour une femme en Suisse à 64 ans (cf. art. 21 al. 1 let. b LAVS [RS 831.10]). L'OAIE devra dès lors se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle-ci est en mesure d'exploiter économiquement une capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré du travail (cf. art. 7 et 16 LPGA; notamment : ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1 ss; arrêt du TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2). En effet, l'on ne saurait pas se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (notamment : arrêts du TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2; 9C_651/2008 du 7 octobre 2009 consid. 6.2.2.1).

12.

En conclusion, la décision attaquée du 7 mars 2018 doit être annulée et l'affaire renvoyée à l'OAIE conformément à l'art. 61 al. 1 PA afin qu'il procède aux instructions complémentaires au sens des considérations ci-dessus. Ce renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester

exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. [RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 10.4). L'administration devra notamment mettre en œuvre une expertise psychiatrique (consid. 10.3.3) qui au sens de la jurisprudence (notamment consid. 7.2) doit faire état d'une étude globale et ouverte de l'état de santé de l'assurée et de ses répercussions sur sa capacité de travail. De plus, l'OAIE, pour sa nouvelle décision, devrait également examiner d'une façon approfondie l'évolution de l'état de santé somatique de l'assurée, le cas échéant, par une expertise (consid. 10.2.4). Compte tenu des atteintes multiples dont l'assurée souffre, une expertise bidisciplinaire pourrait être nécessaire. Il appartiendra à l'OAIE et à son service médical d'en décider. L'OAIE devra également déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable et, le cas échéant, compléter l'instruction par une enquête de ménage (consid. 11.2). Enfin, s'agissant de l'exploitation d'une éventuelle capacité de travail résiduelle par l'assurée sur le marché du travail, l'Office tiendra compte de la jurisprudence concernant les personnes assurées se trouvant proche de l'âge de la retraite (cf. consid. 11.3). Il rendra ensuite une nouvelle décision.

13.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. La recourante qui a obtenu gain de cause dans la mesure où la cause est renvoyée (ATF 132 V 215 consid. 6.2) a, du reste, été dispensée du versement de ces frais (TAF pce 5) et l'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas y participer (cf. art. 63 al. 2 PA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens puisque la recourante n'a pas invoqué qu'elle avait supporté des frais indispensables et relativement élevés en raison du recours (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 et 8 du règlement 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 admis et la décision du 7 mars 2018 annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

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

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :