



Cour III
C-3657/2018

Arrêt du 3 mai 2022

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Viktoria Helfenstein, juges,
Adrien Renaud, greffier.

Parties

A. _____, (Portugal),
représentée par **B.** _____,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente
(décision du 5 juin 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assurée ou recourante) est une ressortissante portugaise née le (...) 1962, mariée et mère de 3 enfants nés en 1979, 1981 et 1984. Elle réside à (...) au Portugal (AI pce 28). Elle a travaillé en Suisse comme femme de chambre en décembre 1987, de janvier à avril et de juin à septembre 1988, ainsi que de mai à octobre 1994, totalisant une période de cotisations aux assurances sociales suisses de 15 mois (AI pces 3, 27 à 30). En outre, elle a travaillé au Portugal dans l'agriculture et a cotisé auprès de la sécurité sociale portugaise de septembre 1986 à décembre 1987, d'avril à mai 1989, de mars à avril 1990 et en octobre 1996, totalisant une période d'assurance portugaise de 21 mois (AI pces 6, 35, 46).

B.

B.a Le 18 avril 2016, l'assurée a déposé, en tant que personne n'exerçant plus d'activité lucrative, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'organisme de liaison portugais respectivement de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure [AI pces 5 à 8, 18]).

B.b Procédant à l'instruction de la cause, l'OAIE a notamment recueilli la documentation médicale suivante :

- un rapport du 14 mars 2016 du C._____ (Dr D._____) indiquant que l'assurée avait été examinée dans le cadre d'une consultation orthopédique en raison d'une gonalgie bilatérale de nature invalidante, qu'elle présentait une surcharge pondérale importante et que la radiographie avait objectivé une arthrose modérée à sévère des deux genoux (AI pce 9) ;
- un rapport médical E 213 du 21 mars 2016 du Dr E._____ décrivant des antécédents (nodule de la thyroïde, anémie, obésité [162cm/107kg], trouble de la vue) et des plaintes principales (douleurs articulaires [arthralgies]) ; constatant un état de santé mental et émotionnel dans la norme, une lymphadénopathie de la glande ganglionnaire cervicale et sub-mandibulaire, une gonarthrose bilatérale entravant la mobilité, une incapacité totale, permanente et sans possibilité d'amélioration, d'exercer une activité lucrative habituelle ou adaptée, l'état de santé s'aggravant (AI pce 8) ;

- une attestation du 4 novembre 2016 du F._____ (Dresse G._____) indiquant que la recourante présente les séquelles d'une thyroïdectomie totale pratiquée à la suite d'un carcinome papillaire de la thyroïde, un syndrome dépressif, un rhumatisme dégénératif aggravé par l'obésité et une bronchite asthmatique avec des périodes aiguës (AI pce 43) ;
- un rapport du 6 avril 2017 du Dr H._____ du F._____ retenant les diagnostics de diabète sucré, dyslipidémie mixte, ostéoarthrose des genoux, syndrome des jambes sans repos, syndrome dépressif, carcinome papillaire de la thyroïde traité par thyroïdectomie totale en 2011 entraînant la paralysie de la corde vocale gauche et aggravant l'enrouement (AI pce 59) ;
- un rapport du 30 mai 2017 du Dr D._____ faisant état de gonalgies bilatérales à prédominance à droite, de douleurs au niveau de plusieurs doigts des mains compatibles avec une ténosynovite sténosante et d'ostéo-arthrose fémoro-tibiale médiale à prédominance à droite actuellement sous traitement conservateur (AI pce 57) ;
- un rapport E 213 établi le 19 juin 2017 par le Dr I._____ (spécialisation non mentionnée) mentionnant un carcinome papillaire de la thyroïde à titre d'antécédents et, à titre de plaintes, une paralysie unilatérale des cordes vocales et une hypothyroïdie iatrogène ; relevant un status pondéral normal (162cm/69kg), un état mental et émotionnel dépressif ; concluant à une incapacité totale, permanente et sans possibilité d'amélioration, d'exercer une activité lucrative habituelle aussi bien qu'adaptée, l'état de santé s'aggravant (AI pce 56) ;
- rapport du 16 avril 2018 du Dr I._____ selon lequel la recourante a subi une thyroïdectomie totale en 2011 pour traiter un carcinome malin de la thyroïde suivie d'une récurrence en 2012 entraînant une paralysie de la corde vocale gauche et le risque d'une nouvelle récurrence ; elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent traité par psychothérapie depuis 2015 qui n'était pas temporaire et présentait un diabète sucré de type 2, de l'arthrose au niveau des genoux et un syndrome des jambes sans repos, l'ensemble de ces pathologies fondant une incapacité de travail supérieure à 50 % (AI pce 67).

B.c L'autorité inférieure a en outre requis l'avis de son service médical. Aux termes de trois prises de position des 22 décembre 2016 et 10 janvier et 21 mai 2018, le Dr J. _____, spécialiste en médecine générale, a retenu au titre de diagnostic principal une gonarthrose bilatérale (M17.0) et aux titres de diagnostics associés avec incidence sur la capacité de travail, une ténosynovite de plusieurs doigts de la main, un syndrome métabolique (hypertension artérielle [I10], diabète sucré de type II [E1], surpoids [E66], dyslipidémie) et un status après thyroïdectomie pratiquée en 2011 à la suite d'un carcinome papillaire (avec status post récurrence en 2013 suivie d'un traitement à l'iode radioactif en 2014, paralysie de la corde vocale gauche et hypothyroïdie en traitement de substitution). Sur la base d'une évaluation correspondant à la circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), il a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 36 % à compter du 4 novembre 2016 et a recommandé de vérifier si un trouble psychiatrique pouvait influencer l'incapacité de travail (AI pces 47, 64, 73). Dans une prise de position du 23 mars 2018, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du service médical de l'OAIE, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) et, sur la base d'une évaluation CIIAI, retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % à compter du mois de novembre 2015, laquelle ne devait pas être additionnée à l'incapacité de travail de 36% liée aux causes somatiques (AI pce 65).

B.d Par projet de décision du 28 mars 2018, l'OAIE a informé l'assurée qu'elle présentait un degré d'invalidité de 36%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (AI pce 66).

B.e L'assurée a contesté ce projet de décision, produisant plusieurs rapports médicaux déjà au dossier, ainsi qu'un rapport établi le 16 avril 2018 par le Dr I. _____ (AI pces 67-71).

B.f Invité par l'OAIE à se déterminer sur les rapports médicaux ainsi portés en cause, le Dr J. _____ a considéré, par prise de position du 21 mai 2018, que le rapport précité du Dr I. _____ ne livrait aucun élément nouveau et a, par conséquent, maintenu sa précédente détermination (AI pce 73).

B.g Par décision du 5 juin 2018, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée, considérant, sur la base des prises de position du 23 mars 2018 du Dr K. _____ et de celles des 10 janvier 2018 et 21 mai 2018 du Dr J. _____, que les séquelles du carcinome papillaire de la thyroïde avaient certes entraîné une paralysie de la corde vocale gauche générant

une voix rauque chronique, mais n'empêchaient pas l'assurée de respirer normalement ou d'accomplir des efforts physiques. De même, la dépression avait constitué une réaction naturelle et temporaire. Nonobstant les atteintes à la santé constatées, l'exercice par l'assurée de ses activités habituelles demeurait exigible à plein temps, de sorte que les empêchements subis dans celles-ci correspondaient à un degré d'invalidité de 36% – déterminé en application de la méthode spécifique – n'ouvrant pas droit à une rente. L'OAIE a ajouté que la plupart des rapports médicaux produits par l'assurée après le projet de décision du 28 mars 2018 figuraient déjà au dossier, le seul nouveau rapport, à savoir celui du Dr I. _____ du 16 avril 2018, se limitant à évoquer des atteintes connues sans apporter d'élément nouveau (AI pce 74).

C.

C.a Par écriture postée le 21 juin 2018, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 5 juin 2018 auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité eu égard à ses atteintes à la santé tant physique que psychique. En particulier, elle a indiqué présenter une dépression depuis plus de 16 ans, du cholestérol, de l'anémie chronique, une gonarthrose affectant sa mobilité, un syndrome des jambes sans repos, avoir des séquelles suite à une thyroïdectomie, devoir suivre une lourde médication entraînant fatigue et maux de tête, avoir des difficultés à se lever le matin et souffrir de l'impossibilité d'avoir une vie normale, ne pouvant ni travailler ni s'occuper de ses tâches quotidiennes et étant ainsi dépendante de l'aide de son mari (TAF pce 1).

C.b Par décision incidente du 23 octobre 2018, le Tribunal a accordé l'assistance judiciaire partielle à la recourante, celle-ci ayant établi son indigence (TAF pce 12).

C.c Le 15 novembre 2018, l'OAIE a répondu au recours, concluant à son rejet. En substance, l'autorité inférieure a expliqué avoir déterminé le degré d'invalidité de la recourante en application de la méthode spécifique dès lors que celle-ci avait cessé toute activité professionnelle depuis octobre 1996. En outre, l'OAIE a fait valoir que son service médical avait retenu, à titre de diagnostic principal, une gonarthrose bilatérale et, à titre de diagnostics associés avec répercussions sur la capacité de travail, une ténosynovite des doigts de la main, un syndrome métabolique et un status post-thyroïdectomie, atteintes entraînant des restrictions fonctionnelles (pas de longs déplacements ni de positions debout prolongées, pas de port de

charges dépassant 10 kg, pas d'exposition au froid ni à l'humidité) et une invalidité ménagère inférieure à 40%. Sur le plan psychique, il a indiqué que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent qui ne l'empêchait d'effectuer ses activités ménagères que dans une mesure inférieure à 40% (TAF pce 14).

C.d Dans le cadre de sa réplique postée le 11 janvier 2019, la recourante a fait état d'une aggravation de son état de santé, notamment d'une infection des voies respiratoires subie en décembre 2018, joignant à son envoi divers rapports médicaux déjà au dossier ainsi qu'un rapport du Dr I. _____ établi le 28 décembre 2018 (TAF pce 17).

C.e L'OAIE a dupliqué le 19 février 2019, soulignant en particulier que le rapport du Dr I. _____ précité était identique à celui du 16 avril 2018. Ce dernier avait déjà été évalué par le service médical de l'autorité inférieure, lequel avait souligné l'absence de nouvelle pathologie ou l'évocation d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée susceptible de modifier l'incapacité de travail précédemment retenue. A défaut d'élément nouveau, l'OAIE a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours (TAF pce 19).

C.f Invitée aux termes d'une ordonnance prononcée le 12 mars 2019 et notifiée le 19 mars 2019 à faire valoir d'éventuelles observations au sujet de la duplique précitée à défaut de quoi l'échange des écritures serait clos, la recourante n'y a donné aucune suite (TAF pce 20).

D.

Par courriers des 13 octobre 2020 et 24 novembre 2021, la recourante a donné procuration à B. _____ pour qu'elle la représente dans le cadre de la présente procédure de recours (TAF pces 22-25).

E.

Les faits déterminants pour la présente procédure seront complétés dans la partie en droit ci-après, en tant que de besoin.

Droit :

1.

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

1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément 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 Le recours ayant été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), il se révèle recevable, la recourante ayant de surcroît été dispensée de payer les frais de procédure (art. 61 let. f LPGA et 65 al. 1 PA [cf. *supra* let. C.b]).

2.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR / ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (P. MOOR / E. POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative,

2^{ème} éd., 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative, 2013, n° 176). 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 et 121 V 204 consid. 6c ; André MOSER / MICHAEL BEUSCH / LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} éd., 2013, n° 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) et de motiver leur recours (art. 52 PA).

3.

La procédure présente un aspect transnational dans la mesure où la requérante est une ressortissante portugaise, domiciliée au Portugal et ayant travaillé en Suisse en 1987, 1988 et 1994 (cf. *supra* let. A).

3.1 La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'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). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. 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 Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

3.2 En outre, il est de jurisprudence constante que l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2).

4.

4.1 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 (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'espèce, la recourante est une ressortissante portugaise domiciliée au Portugal, Etat membre de l'Union européenne. Elle a déposé sa demande de prestations en avril 2016 tandis que la décision litigieuse a été rendue le 5 juin 2018. Ainsi, les dispositions légales de droit suisse en vigueur dans leur teneur au jour de la décision attaquée, soit au 5 juin 2018, sont applicables. Il en découle que, sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par le 6^{ème} 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. Par contre, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705 ; FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, ne s'appliquent pas au cas d'espèce.

4.2 Le tribunal des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à en influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées). En l'espèce, le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision litigieuse du 5 juin 2018, à l'exception de ceux établis ultérieurement et qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressée jusqu'à la décision sujette à recours. En particulier,

l'infection des voies respiratoires survenue en décembre 2018 selon la réplique déposée en cause par la recourante (cf. *supra* let. C.d) ne saurait être prise en considération dans la présente procédure de recours.

5.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, l'assuré doit remplir cumulativement les conditions suivantes : être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 4065 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004 ; ATF 131 V 390). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse pendant 15 mois et a été assurée au Portugal pendant 21 mois (cf. *supra* let. A). Elle remplit ainsi la condition afférente à la durée minimale de cotisations de 36 mois dont une année au moins en Suisse au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il convient dès lors d'examiner si, en outre, elle présente une invalidité lui ouvrant le droit à la rente.

6.

6.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle 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).

Selon 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

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 (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (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^{ème} phrase LPGA).

6.2 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 Tribunal fédéral 8C_759/2019 du 22 janvier 2020 consid. 4.2.2 et 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.2). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut en effet fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). 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 références citées). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au juge 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 Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

6.2.1 Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références citées, 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 LAI n° 33).

6.2.2 Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne, mais sur des pièces médicales, et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales. Elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; M. VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur

(concernant le SMR, arrêts du Tribunal fédéral 9C_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss et 8C_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; Michel Valterio, op. cit., art. 57 LAI n^{os} 7 et 42 ss, art. 59 LAI n^o 2) et l'OAIE ne peut se fonder uniquement sur de tels rapports que s'il ne subsiste aucun doute, même minimes, quant à leur bien-fondé, fiabilité et pertinence (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2021 du 4 novembre 2021 consid. 2.2.2).

7.

7.1 L'objet du présent litige porte sur la décision du 5 juin 2018 par laquelle l'OAIE a dénié à la recourante tout droit à la perception d'une rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 36%.

7.2 La recourante conteste l'appréciation médicale retenue par l'OAIE sur la base des prises de position des Drs J._____ et K._____. Elle fait valoir souffrir de diverses pathologies, à savoir d'une dépression depuis plus de 16 ans, de cholestérol, d'anémie chronique, de gonarthrose bilatérale affectant sa mobilité, ainsi que du syndrome des jambes sans repos. Elle explique qu'à la suite d'un carcinome papillaire de la thyroïde, elle a subi une thyroïdectomie avec récurrence traitée par application d'iode radioactif, traitement qui n'a pas supprimé la pathologie mais qui l'a en revanche stabilisée. Cette pathologie a en outre aggravé sa dépression et elle ne peut dès lors ni travailler ni accomplir certaines tâches ménagères telles que faire ses courses et tenir son ménage, celles-ci étant prises en charge par son mari et ses enfants. La recourante fait également état d'une importante fatigue et de maux de tête induits par une médication conséquente. Elle indique prendre du diazepam 5mg et des comprimés de 20mg de paroxétine (Seroxat), du loflazepatode éthyl 2mg 2x/jour (Victan) pour mieux dormir ; de la dapagliflozine/chlorhydrate de metformine 5mg/850mg (Xigduo), ainsi que du chlorhydrate de metformine 50mg/1000mg pour le diabète et en cas d'hypertension artérielle extrême; de l'insuline 100UL/ml (Insulatard Penfil) en cas d'hyperglycémie extrême; de la lévothyroxine sodique 200mg (Eutirox) du lundi au vendredi et de la lévothyroxine sodique 175mg du samedi au dimanche et les jours où elle ne peut pas se lever par manque de force ; de l'hydroxyde ferrique polymaltose 100mg (Ferrum Hausmann) en raison d'une anémie chronique qui entraîne des effets secondaires sur sa motricité, ajoutant devoir être hospitalisée pour recevoir du fer en intraveineuse lorsque son taux de fer est trop bas ; de la pitavastatine 1mg (Livazo) avec de l'acide acétylsalicylique 100mg (Aspirine GR) contre le cholestérol ; de l'étoricoxib 90mg (Exxiv) en raison d'atteintes au

niveau des genoux qui entravent ses déplacements et l'empêchent de rester longtemps debout en raison des fortes douleurs en résultant rapidement (TAF pce 1).

8.

8.1 Pour déterminer le degré d'invalidité litigieux, l'autorité inférieure a fait application de la méthode spécifique.

8.2 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut pas raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 RAI). Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare alors les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, la détermination du taux d'invalidité concernant l'activité dans le ménage implique, en règle générale, la mise en œuvre d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation des limitations intervient, de plus, sur la base d'un tableau correspondant à la CIIAI (version 16 en vigueur au moment du prononcé de la décision contestée) établie par l'Office fédéral des assurances sociales. Le contenu du rapport d'enquête doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations, et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation de l'incapacité de la personne assurée résidant à l'étranger dans l'accomplissement des travaux habituels doit se fonder sur des principes analogues. Si l'on peut admettre qu'en raison de

circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; voir également arrêts du TAF C-4872/2017 du 10 octobre 2019 consid. 6.3.3 et C-260/2020 du 21 avril 2021 consid. 5.4.2).

8.3 En l'occurrence, l'OAIE a appliqué la méthode spécifique d'évaluation du degré d'invalidité, considérant que la recourante avait travaillé en Suisse de décembre 1987 à avril 1988, de juin à septembre 1988 et de mai à octobre 1994, puis au Portugal durant les années 1986 à 1990 et un mois durant en 1996, avant de cesser l'exercice de toute activité lucrative depuis novembre 1996 (cf. attestation du 26 septembre 2016 de l'*Instituto da Segurança Social* [Al pce 35]). Le Tribunal ne voit pas de motif de s'écarter de ces considérations autant incontestées qu'incontestables, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité inférieure a fait application de la méthode spécifique d'évaluation du degré d'invalidité.

9.

Pour dénier tout droit à la rente, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position de son service médical, en particulier sur celles des 22 décembre 2016, 10 janvier 2018 et 21 mai 2018 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale (cf. *infra* consid. 9.1) et sur celle du 23 mars 2018 du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (cf. *infra* consid. 9.2).

9.1 Sur le plan somatique, le Dr J._____ pose le diagnostic principal de gonarthrose bilatérale (M17.0) et les diagnostics associés avec incidence sur la capacité de travail de ténosynovite de plusieurs doigts de la main, de syndrome métabolique (hypertension artérielle [I10], diabète sucré de type II [E1], surpoids [E66], dyslipidémie) et de status post thyroïdectomie subie en 2011 pour un carcinome papillaire (avec status post récurrence en 2013 suivie d'un traitement à l'iode radioactif en 2014, paralysie de la corde vocale gauche et hypothyroïdie en traitement de substitution). Il explique que la recourante, âgée de 55 ans, a été victime d'un carcinome de la thyroïde dont les séquelles se résument à une paralysie de la corde vocale gauche avec récurrence chronique permettant une respiration normale et les efforts physiques. Elle présente également un syndrome métabolique limitant les activités physiques normales et aggravant l'incidence de la gonar-

throse bilatérale sur l'état de santé global. L'ensemble de ces troubles entraîne les limitations fonctionnelles générales suivantes : pas de déplacements ou de positions debout prolongées, pas de port de poids excédant 10 kg, pas d'exposition au froid ou à l'humidité, tandis que la ténosynovite entraîne une incapacité de travail pour les travaux habituels de 36% à compter du 4 novembre 2016, déterminée comme suit, sur la base de la CIIAI actualisée au 1^{er} janvier 2018 : 8% (alimentation) + 20% (entretien du logement ou de la maison et garde des animaux domestiques) + 2,40% (achats et courses diverses) + 6% (lessive et entretien des vêtements) correspondant à une invalidité de 36.40%, arrondie à 36% (cf. prises de position des 22 décembre 2016, 10 janvier et 21 mai 2018 [AI pces 47, 64 et 73]).

Cela étant, le Tribunal constate que le Dr J. _____ retient une incapacité de travail de 36% déduite de la seule ténosynovite et, ce faisant, omet de prendre en compte les trois autres diagnostics auxquels il impute des effets sur la capacité de travail, à savoir la gonarthrose bilatérale (M17.0) – considérée de surcroît comme diagnostic principal –, le syndrome métabolique et le status post carcinome papillaire. D'autre part, il retient le status post carcinome papillaire au titre de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, alors même qu'il considère que les seules séquelles de cette atteinte se résument à une paralysie de la corde vocale gauche, avec récurrence chronique, permettant une respiration normale et des efforts physiques, sans décrire aucune limitation fonctionnelle corrélative. En outre, il pose le diagnostic de surpoids (E66) dans ses prises de positions des 10 janvier 2018 et 21 mai 2018 en reprenant ainsi son précédent diagnostic du 22 décembre 2016 (AI pce 47), contrairement aux constatations médicales ressortant du rapport E 213 établi le 19 juin 2017 par le Dr I. _____ (spécialisation non mentionnée) qui fait état d'un status pondéral normal (162cm/69kg [AI pce 56]). Ce faisant, le Dr J. _____ omet de reprendre, respectivement de s'exprimer sur, les dernières constatations médicales posées à la suite d'un examen effectué sur la personne de l'assurée le 19 juin 2017. Enfin, le Tribunal constate que le contexte médical pris en considération par le Dr J. _____ est incomplet, dans la mesure où il ne se détermine aucunement au sujet du diagnostic des jambes sans repos qui affecte, selon les pièces versées en cause, de manière conséquente le sommeil et la qualité de vie (cf. rapport du 6 avril 2017 du F. _____ [AI pce 59], rapport du 23 mai 2017 du Dr L. _____ [AI pce 60], rapport du 16 avril 2018 du Dr I. _____ [AI pce 67]). Ainsi, le Tribunal retient que le Dr J. _____ n'a pas établi l'état de santé somatique respectivement l'incapacité de travail correspondante à satisfaction de la

jurisprudence (cf. *supra* consid. 6.2.1), de sorte que ses prises de position ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

9.2 Sur le plan psychique, il ressort de la prise de position du 23 mars 2018 du Dr K. _____ que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent (F33) qui s'aggrave sous l'effet d'autres facteurs de stress comme le cancer et la perte de la voix, qu'il s'agit d'une réaction naturelle et généralement temporaire et que l'assurée reste en mesure d'assumer, grâce à l'aide de son mari et de son fils, les travaux domestiques dans le ménage. Procédant à une évaluation selon la CIIAI, le médecin-conseil retient une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % à compter du mois de novembre 2015 déterminée comme suit : 1,5% (conduite du ménage) + 9% (alimentation) + 6% (entretien du logement) + 3% (achats) + 6% (lessive et entretien des vêtements) + 4,5% (divers) correspondant à une invalidité de 30%. Il explique que les empêchements ainsi subis par l'assurée dans les tâches ménagères ne dépassent pas 30% depuis novembre 2015, raison pour laquelle l'assurée s'est limitée à inscrire, dans le *Questionnaire pour les assurés*, des causes somatiques comme justification de son incapacité de travail. Aussi, l'assurée est-elle capable d'assurer ses travaux habituels dans le ménage avec l'aide de son mari et de son fils, l'incapacité de travail de 30% déduite de la dépression ne devant pas être additionnée à l'incapacité de travail de 36% découlant des troubles somatiques. Le Dr K. _____ ajoute qu'avant de produire le rapport du 23 mai 2017 du Dr L. _____, l'assurée n'avait jamais évoqué de cause psychologique à son incapacité de travail ou remis de document psychiatrique et que ledit rapport est le seul document psychiatrique figurant au dossier (AI pce 65).

9.2.1 Selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert 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 (cf. 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). Toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1) – troubles dépressifs de degré léger ou moyen inclus (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1) – doivent en règle générale faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 afin de pouvoir évaluer le droit de la personne concernée à obtenir une rente d'invalidité. Cette procédure tient compte, d'une part, des facteurs d'incapacité et, d'autre part, des ressources de la personne assurée. Les limitations constatées doivent être examinées à l'aune des 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 suivi et l'évolution d'une thérapie adéquate de psychothérapie constituent un indicateur de la gravité de l'affection et sont exigibles compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (cf. ATF 143 V 409 consid 4.4 et consid. 4.5.2).

Pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes dénie toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structuré dans les cas où il est établi selon la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus,

elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1). Il n'y a pas davantage eu lieu de procéder à un examen normatif structuré dans une affaire où l'assuré avait notamment présenté une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif en rémission (arrêt du Tribunal fédéral 8C_341/2018 du 13 août 2018). Il est également possible de se passer d'une procédure d'établissement des faits basée sur des indicateurs si une maladie mentale n'affectant pas la capacité de travail a été diagnostiquée (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3).

9.2.2 Dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr L. _____ (spécialiste en psychiatrie) déclare suivre la recourante en consultation depuis novembre 2015 pour un trouble dépressif récurrent (F33.2 selon le CIM-10) traité par voie psychothérapeutique et psychopharmacologique (Escitalopram 20mg [1+0+0] et Lorazepam 2.5mg [1/nuit]). L'atteinte s'est développée depuis une quinzaine d'années à la faveur de facteurs endogènes liés à son état de santé somatique (carcinome papillaire de la thyroïde avec paralysie des cordes vocales, pathologie ostéoarticulaire dégénérative, syndrome des jambes sans repos affectant de manière conséquente le sommeil et la qualité de vie) et à des événements familiaux (deuils à la suite de la perte de membres de la famille directe). Le tableau clinique est caractérisé par des symptômes affectifs (tristesse, désintérêt, culpabilité), anxieux (angoisse, irritabilité), somatoformes (maux de tête), végétatifs (insomnie et sommeil non réparateur, asthénie avec clinophilie) et cognitifs (symptômes liés à la concentration et à la mémoire). Compiquée par une intolérance aux doses thérapeutiques de certains antidépresseurs et hypnotiques, cette affection psychique se révèle résistante au traitement. Les symptômes sont invalidants pour certaines des activités de la vie quotidienne, notamment celles liées aux activités professionnelles (AI pce 60). Dans un rapport E 213 établi le 19 juin 2017, le Dr I. _____ (spécialisation non mentionnée) atteste d'un état mental et émotionnel dépressif et conclut à une incapacité totale, permanente et sans possibilité d'amélioration, d'exercer une activité lucrative habituelle aussi bien qu'adaptée, l'état de santé s'aggravant (AI pce 56). Dans un rapport successif du 16 avril 2018, le Dr I. _____ ajoute que la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent traité par psychothérapie depuis 2015 et conclut à une incapacité de travail supérieure à 50 % (AI pce 67). Enfin, la dépression de la recourante est également mentionnée dans une attestation du 4 novembre 2016 du F. _____ (AI pce 43) ainsi que dans un rapport du 6 avril 2017 du F. _____ (AI pce 59).

Il ressort de ce qui précède que la recourante souffre depuis plus de quinze ans d'un trouble dépressif récurrent (F33) diagnostiqué sur la base d'un

système de classification reconnu. Elle est en suivi psychothérapeutique depuis novembre 2015 pour ce trouble qui se révèle, de l'avis du médecin traitant, résistant aux traitements. Ainsi, l'affirmation du Dr K. _____ selon laquelle le trouble dépressif de la recourante est « *eine natürliche Reaktion und meist vorübergehend* [une réaction naturelle et généralement temporaire] » est contredite par les rapports médicaux susmentionnés. De la même manière, l'affirmation du Dr K. _____ selon laquelle la recourante n'a jamais indiqué de cause psychologique comme justification de son incapacité de travail est également contredite par les pièces au dossier, celle-ci ayant fait valoir dans le « *questionnaire à l'assuré (UE)* » du 28 novembre 2016 qu'elle avait cessé l'exercice de toute activité lucrative depuis 1996 en raison de la dépression dont elle souffrait (Al pce 40, p. 5 – 9). En outre, l'incapacité de travail imputable au trouble psychique a été fixée de manière différenciée à 30% (cf. rapport du 23 mars 2018 du Dr K. _____ [Al pce 65]), à plus de 50% (cf. rapport du 16 avril 2018 du I. _____ [Al pce 67]), voire à 100% (cf. rapports E 213 du 21 mars 2016 du Dr E. _____ [Al pce 8] et du 19 juin 2017 du Dr I. _____ [Al pce 56]). Les médecins ayant examiné l'assurée ont ainsi retenu des incapacités de travail de 50% respectivement 100%, alors que le Dr K. _____, qui n'a pas examiné l'assurée, a retenu une incapacité de travail de 30%. Il résulte de ces considérations que les rapports médicaux livrent des appréciations discordantes sur la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'il subsiste des doutes sur le taux d'invalidité imputable au trouble psychique. En outre, de manière non-motivée, le Dr K. _____ s'écarte des constatations cliniques faisant état d'une incapacité de travail de 50% au moins et considère que l'incapacité de travail de 30% découlant du trouble psychique serait incluse dans celle de 36% découlant des troubles somatiques. Eu égard aux doutes entachant ainsi l'évaluation de l'état de santé psychique respectivement de la capacité de travail corrélative de la recourante, l'OAIE ne pouvait pas fonder la décision litigieuse sur le seul avis de son service médical. Compte tenu de surcroît d'une atteinte à la santé psychique diagnostiquée par des spécialistes sur la base d'une classification reconnue, du caractère chronique et des incapacités de travail rattachées à ce trouble, l'OAIE ne pouvait pas non plus faire l'économie d'une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs conçus par le Tribunal fédéral.

9.3 Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation de l'aptitude de la recourante à accomplir ses travaux habituels à prendre en considération dans le cadre de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité n'a pas été établie conformément à la jurisprudence (cf. *supra* consid. 8.2), dès lors qu'aucune enquête ménagère n'a été effectuée au domicile portugais de l'assurée

sans que les médecins-conseils ne se déterminent de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la recourante après entretien avec cette dernière, que les Drs J. _____ et K. _____ se sont écartés des constatations cliniques ressortant des rapports E213 du 21 mars 2016 du Dr E. _____ et du 19 juin 2017 du Dr I. _____ (Al pces 8 et 56) et qu'aucune procédure probatoire structurée n'a été opérée. Dans ces circonstances, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application l'art. 61 al. 1 PA, afin que celle-ci procède à un complément d'instruction propre à clarifier l'état de santé de la recourante respectivement à déterminer sa capacité d'accomplir ses travaux habituels. Bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel eu égard au principe de célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst. ; RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2), le Tribunal fédéral considère que le renvoi est justifié notamment lorsqu'il s'agit, comme en l'espèce, d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

Avant de statuer derechef sur l'éventuel droit de la recourante à une rente, l'autorité inférieure actualisera ainsi le dossier médical et statuera sur la base de l'état de santé présenté par celle-là au moment de la nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée ainsi que de sa capacité à accomplir ses travaux habituels. En particulier, elle ordonnera une expertise médicale pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, de l'orthopédie et de la psychiatrie – impliquant en particulier la mise en œuvre d'une expertise probatoire structurée – ainsi que dans d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Il est en effet primordial que la question de savoir comment les différentes incapacités de travail et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fasse l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4 1 ; voir aussi ANNE SYLVIE DUPONT, Assurance-invalidité, expertise pluridisciplinaire, incapacité de travail, évaluation globale, Art. 7, 8 et 44 LPGA, 4 LAI : commentaires de l'arrêt du TF 8C_483/2020, Newsletter RC assurances, vol. décembre 2020). Cette expertise devra notamment déterminer l'évolution de l'état de santé et poser le(s) diagnostic(s) présentés par la recourante

jusqu'au jour de l'expertise et, le cas échéant, évaluer de façon précise et cohérente les limitations fonctionnelles subies par celle-ci dans l'accomplissement de ses travaux habituels. En outre, elle devra répondre aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (cf. *supra* consid. 9.2.1 ; ATF 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418) et être pratiquée en Suisse, l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (cf. arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid 3.2), notamment en application de la plateforme d'attribution aléatoire SuisseMED@P au sens de l'art. 72^{bis} al. 2 RAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.1).

10.

10.1 Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante obtient gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (art. 63 al.1 PA ; ATF 132 V 21 consid. 5.6). Compte tenu de son caractère subsidiaire, l'assistance judiciaire partielle accordée à la recourante par décision incidente du 23 octobre 2018 ne s'applique pas (TAF pce 12). Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA).

10.2 Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (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]). En l'espèce, la recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens, pas plus qu'il n'en sera alloué à l'autorité inférieure (cf. art 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 et 3 FITAF).

(Le dispositif figure à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision du 5 juin 2018 de l'OAIE est annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier dans le sens des considérants.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFAS.

(L'indication des voies de droit figure à la page suivante)

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Adrien Renaud

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF 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. 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 :