



Cour III
C-4585/2021

Arrêt du 25 mai 2023

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Beat Weber, Viktoria Helfenstein, juges,
Müjde Atak, greffière.

Parties

A. _____, (Espagne)
représentée par Maître José Nogueira Esmorís, avocat,
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 14 septembre 2021).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le (...) 1962, de nationalité espagnole et domiciliée en Espagne, est mariée et mère de quatre enfants majeurs, nés entre 1980 et 1987 (OAIE pce 10). L'intéressée a travaillé en Suisse de janvier 1980 à juin 1992, cotisant ainsi pendant douze ans et six mois aux assurances sociales suisses (ci-après : AI/AVS ; OAIE pces 7, 8 et 20). Dès 1993, l'intéressée a travaillé en Espagne, en dernier lieu en qualité de fleuriste indépendante (OAIE pce 14). L'assurée est en arrêt de travail depuis le 30 septembre 2019 en raison de douleurs lombaires (OAIE pces 12 p. 2 et 27 pp. 4 et 13).

B.

B.a Le 18 novembre 2020, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE ou autorité inférieure) qui l'a reçue le 2 février 2021, en indiquant en substance être en incapacité de travail depuis le 30 septembre 2019 (OAIE pces 10-16 et 29 p. 2).

B.b Dans le cadre de la demande de prestations AI de l'assurée, l'autorité inférieure a obtenu les informations et documents suivants.

Selon la radiographie du 18 décembre 2019 de la Dre B._____ (ci-après : Dre B._____), radiologue, la colonne lombaire est alignée correctement ; la hauteur et la morphologie des corps vertébraux sont conservées ; il existe une légère sclérose du bord latéral droit de l'espace L3-L4, associée à une probable petite hernie intersomatique et à un début de perte de la concavité postérieure du disque intervertébral L3-L4. Il est également observé une légère saillie globale du disque intervertébral L4-L5 qui semble associée à une hernie centrale à base large, comprimant légèrement le bord antérieur du sac thécal, des ostéophytes naissants faisant saillie vers les foramens conjonctivaux, qui peuvent être en contact discret avec le trajet foraminaux descendant de la racine L4 : ces observations suggèrent une sténose foraminale naissante avec une légère prédominance à gauche. Il est en outre fait état de petites calcifications de l'anneau fibreux du disque L5-S1 à prédominance postérieure, sans autres altérations (OAIE pces 11 et 24).

Dans son rapport médical du 12 novembre 2020, le Dr C._____ (ci-après : Dr C._____), médecin de spécialisation inconnue, indique en

substance être en attente d'une IRM lombaire et d'un contrôle ultérieur dans les consultations de la neurochirurgie (OAIE pce 25).

Selon le formulaire E 213, daté du 25 janvier 2021, la Dre D. _____ (ci-après : Dre D. _____), médecin de compétence inconnue (OAIE pce 12), a signalé comme antécédents une hypothyroïdie et une incapacité de travail du 30 septembre 2019 à décembre 2020 pour lombosciatalgie à gauche. Elle a indiqué que l'assurée souffrait des douleurs lombaires mécaniques, évoluant depuis des années et augmentant à l'effort, les douleurs étant prédominantes à gauche. L'assurée a rapporté des symptômes persistants avec une limitation fonctionnelle et qu'elle ne pouvait pas exercer sa profession de fleuriste en raison de la manipulation des charges lourdes. La Dre D. _____ a observé que l'intéressée était orientée et coopérative, qu'il n'existait pas de déficit au niveau de la conversation, les cours de la pensée et de la langue étant adéquats et conclu à l'intégrité des fonctions supérieures (OAIE pce 12 p. 3). Quant à l'appareil locomoteur, la Dre D. _____ a constaté, au niveau de la colonne vertébrale, un équilibre axial dans l'amplitude de mouvement, l'intéressée rapportant des douleurs à la rotation lombaire, et les manœuvres d'étirement radiculaire étant négatives ; aux niveaux des extrémités supérieures et inférieures, la bi-dextérité manuelle était conservée et l'amplitude de mouvement des articulations était équilibrée. A l'examen neurologique, la Dre D. _____ a indiqué que les manœuvres d'étirement radiculaire étaient négatives, les mouvements et la marche étaient normaux, sans claudication des orteils et des talons. Se référant à l'imagerie médicale du 18 décembre 2019 de la Dre B. _____, la Dre D. _____ a relevé en substance que les résultats de la radiographie suggéraient une sténose foraminale naissante avec une légère prédominance à gauche et des petites calcifications de l'anneau fibreux du disque L5-S1 à prédominance postérieure, des ostéophytes naissants faisant saillie vers les foramina-conjonctivaux, qui pourraient discrètement entrer en contact avec la trajectoire foraminale descendante de la racine L4 (OAIE pce 12 pp. 6-7). La Dre D. _____ a diagnostiqué une discopathie lombaire dégénérative multiple et a estimé qu'il s'agissait d'une maladie chronique avec des hauts et des bas cliniques (OAIE pce 12 p. 8). Au niveau des limitations fonctionnelles, elle a retenu que l'assurée ne pouvait pas réaliser des tâches exigeant des efforts physiques lombaires intenses et continus en cas d'exacerbation (OAIE pce 12 p. 8) et qu'elle avait la pleine capacité de travail dans son activité habituelle de fleuriste ainsi que dans une activité adaptée (OAIE pce 12 p. 10).

B.c Invité à se prononcer sur le dossier médical de l'assurée, le Dr E. _____ (ci-après : Dr E. _____), médecin généraliste FMH du SMR et expert médical certifié SIM, a indiqué en substance dans sa prise de position du 25 juin 2021 que l'intéressée souffrait depuis des années de douleurs lombaires dans le cadre d'une évolution dégénérative, s'étant aggravées avec une lombosciatique du côté gauche, et que les investigations ont confirmé qu'une atteinte radiculaire au niveau de L4 ne pouvait pas être exclue, notamment du côté gauche en charge ou lors de certains mouvements. Il a noté que l'examen clinique de janvier 2021 montrait une bonne récupération fonctionnelle, permettant ainsi certaines tâches du travail habituel et excluant les tâches lourdes, et qu'une activité adaptée était exigible à 100% (OAIE pce 32 p. 2). Le Dr E. _____ a retenu le syndrome lombo-spondylogène chronique-récidivant sur changements dégénératifs avec irritation radiculaire intermittente (OAIE pce 32 p. 1). S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr E. _____ a retenu que l'assurée pouvait exercer une activité lucrative à plein temps, avec la possibilité de faire des pauses de dix minutes, si nécessaire, travailler en position assise et alternée, sans effectuer des rotations du tronc, s'accroupir, soulever des charges supérieures à 5 kg, marcher sur un terrain irrégulier et devait également éviter un environnement froid et humide ainsi que des intempéries (OAIE pce 32 p. 2). En outre, le Dr E. _____ a déclaré que l'intéressée était en incapacité de travail à 80% dans son activité habituelle dès le 20 septembre 2019 et à 50% dès le 19 janvier 2021. En ce qui concerne une activité de substitution, le Dr E. _____ a indiqué que celle-ci était médicalement exigible, à 50%, dès le 20 septembre 2019 et que l'intéressée avait la pleine capacité de travail dès le 19 janvier 2021 (OAIE pce 32 p. 1).

B.d Par projet de décision du 7 juillet 2021, l'autorité inférieure a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations AI. Elle a indiqué en substance qu'il existait un droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 20 novembre (recte : septembre) 2020, prenant naissance à compter du 1^{er} mai 2021 puisque l'assurée a introduit la demande de prestations AI le 18 novembre 2020, et que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré depuis janvier 2021, raison pour laquelle il n'existait plus de droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2021, date à laquelle l'assurée avait une capacité de travail entière dans une activité de substitution avec une diminution de la capacité de gain de 18% (OAIE pce 34).

B.e Par acte du 30 juillet 2021, l'intéressée a contesté le projet de décision de l'OAIE et a produit un nouveau rapport médical, soit un rapport radiologique du 18 mai 2021 établi par le Dr F. _____ (ci-après :

Dr F. _____), radiologue, ainsi que deux autres rapports médicaux figurant déjà au dossier (OAIE pces 35-38). Dans le cadre de son opposition, l'assurée a notamment relevé qu'en raison des atteintes à sa santé, elle ne pouvait pas intégrer le marché du travail et qu'elle ne comprenait pas quelle profession elle pouvait exercer au vu des limitations fonctionnelles importantes retenues par l'OAIE, ces dernières ne pouvant pas être respectées même dans une activité légère (OAIE pce 38).

B.f Invité à se prononcer sur les rapports médicaux produits par l'intéressée lors de son opposition contre le projet de décision du 7 juillet 2021, le Dr E. _____ a indiqué dans la prise de position du 7 septembre 2021 que la documentation médicale produite confirmait les pathologies déjà connues, en particulier sur le plan radiologique, et qu'elle ne contenait pas de nouveaux éléments cliniques. Enfin, l'ensemble des informations transmises ne modifiait pas sa position antérieure (OAIE pce 40).

B.g Par décision du 14 septembre 2021, l'OAIE a rejeté l'opposition formée par l'intéressée et confirmé le projet de décision du 7 juillet 2021 (OAIE pce 41).

C.

C.a Le 13 octobre 2021 (timbre postal), l'assurée, représentée par Me José Nogueira Esmoris, a interjeté recours par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité (TAF pce 1). Elle a réitéré les mêmes conclusions et arguments qu'elle avait formulés dans son opposition du 30 juillet 2021, à savoir qu'elle ne pouvait pas intégrer le marché du travail en raison des atteintes à sa santé et ne comprenait pas quelle profession elle pouvait exercer au vu des limitations fonctionnelles importantes retenues par l'OAIE, lesquelles ne pouvaient pas être respectées même dans une activité légère. L'intéressée a joint à son recours trois certificats médicaux, soit le compte-rendu radiologique du 18 décembre 2019 de la Dre B. _____, le certificat médical du 12 novembre 2020 du Dr C. _____ et le rapport médical du 4 octobre 2021 non signé établi par le Dr G. _____ (ci-après : Dr G. _____), médecin dont la spécialisation n'est pas indiquée.

C.b Par décision incidente du 4 novembre 2021, le Tribunal a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception, sous peine d'irrecevabilité (TAF pce 5). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 6).

C.c Par réponse du 1^{er} février 2022, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal le dossier complet de la cause et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 10). Elle a en substance indiqué que son service médical a constaté que l'assurée a présenté une incapacité de travail de 80% dans sa dernière activité en tant que fleuriste depuis le 20 septembre 2019 en raison des affections dorsales et qu'à partir du 19 janvier 2021, correspondant au moment de l'examen médical de l'assurée exposé dans le rapport E 213 du 25 janvier 2021, son service médical a constaté une bonne récupération fonctionnelle permettant à l'intéressée à nouveau d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations, par exemple en tant que réceptionniste ou standardiste. Le calcul de l'incapacité de gain, effectué par l'OAIE le 6 juillet 2021, a déterminé un taux d'invalidité de 59% à partir du 20 septembre 2019 et un taux d'invalidité de 18% depuis le 19 janvier 2021. Le taux d'invalidité de 59% aurait pu ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité temporaire, du 1^{er} septembre 2020 au 30 avril 2021, mais la demande de prestation étant introduite le 18 novembre 2020, un droit à la rente d'invalidité ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 18 mai 2021, date à laquelle, la recourante ne présente plus d'invalidité propre à ouvrir droit à une rente d'invalidité.

C.d Par réplique du 29 mars 2022, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions (TAF pce 13).

C.e Par duplique du 24 mai 2022, l'OAIE a maintenu ses conclusions et renvoyé à sa réponse du 1^{er} février 2022 (TAF pce 17).

C.f Par ordonnance du 1^{er} juin 2022, le Tribunal de céans a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction (TAF pce 18).

D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 et 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA).

1.4 En l'espèce, interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) par une personne directement touchée par la décision attaquée (art. 48 al. 1 PA et 59 LPGA) et l'avance sur les frais de procédure présumés ayant été acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

2.

Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité suisse.

3.

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 ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e 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). Il ne suffit 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 (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). Par ailleurs, le Tribunal administratif fédéral 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 (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243). 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3^e éd. 2022, p. 29 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).

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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions en vigueur dans leur teneur jusqu'au 14 septembre 2021, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

4.2 Le juge 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 (en l'espèce, le 14 septembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

4.3 S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque la recourante, de nationalité espagnole et domiciliée en Espagne, conteste le rejet de sa demande de rente d'invalidité suisse. Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), 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 (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 (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, le droit à une rente d'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).

5.

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'une part être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) ; d'autre part compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée à un Etat membre de l'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 (art. 36 al. 2 LAI en lien avec l'art. 29 al. 1 LAVS [RS 831.10] ; ATF 131 V 390

consid. 5 ss ; FF 2005 4215 p. 4291 ; art. 6 et 45 du règlement n° 883/2004). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans au total et remplit par conséquent la condition de la durée minimale de cotisations (OAIE pces 7, 8 et 20 ; cf. supra consid. A). Reste à examiner si elle est invalide au sens de la législation suisse.

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 la personne assurée 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. 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle (art. 6 première 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 la personne assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 deuxième phrase LPGA).

6.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

6.3 Un assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

6.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 2 LAI, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui hypothétique qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

6.5 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 l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2).

7.

7.1 Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 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 (arrêt du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). 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 réf. cit.).

7.3 Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

7.4 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de rapports médicaux et expertises (ATF 125 V 351 consid. 3b).

7.4.1 S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57, n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés

dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

7.4.2 Concernant les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaidant contre leur fiabilité. Il n'est donc pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d ; VALTERIO, op. cit., art. 57 n° 43).

Les prises de position du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur. Ces prises de position ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 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). Elles ont notamment pour but 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. Pour avoir valeur probante, ces prises de position présupposent donc que le dossier ayant servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré et permet l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêts du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; 8C_565/2008 du

27 janvier 2009 consid. 3.3.3 ; 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2 ; VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

8.

8.1 En l'espèce, la décision litigieuse se fonde précisément sur les deux prises de position des 25 juin et 7 septembre 2021 du service médical de l'OAIE (OAIE pces 32 et 40). Dans ses prises de positions, le Dr E. _____ retient le syndrome lombo-spondylogène chronique-récidivant (M47.8) sur changements dégénératifs avec irritation radiculaire intermittente. Il estime que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, soit en tant que fleuriste indépendante, est de 80% dès le 20 septembre 2019 et de 50% dès le 19 janvier 2021 et que l'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est de 50% dès le 20 septembre 2019 et elle est nulle dès le 19 janvier 2021. En effet, il déclare que l'examen clinique de janvier 2021 montre une bonne récupération fonctionnelle.

La recourante allègue qu'elle est en incapacité de travail totale en raison des atteintes dorsales et qu'il n'existe pas d'activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'OAIE (TAF pce 1).

8.2 Le Tribunal de céans constate que le Dr E. _____, n'ayant pas examiné lui-même la recourante, se fonde par conséquent sur les documents médicaux figurant au dossier, en particulier le rapport E 213 du 25 janvier 2021 (OAIE pce 12), les comptes-rendus d'imageries médicales du 18 décembre 2019 (OAIE pce 11) et du 18 mai 2021 (OAIE pce 37) et le certificat médical du 12 novembre 2020 du Dr C. _____. Il sied de relever que les comptes-rendus rapportent en substance un alignement préservé des parois vertébrales postérieures dans le rachis lombaire, avec une rectification de la lordose lombaire physiologique, des discopathies dégénératives multiples, se manifestant par une diminution du signal de résonance normal des disques intervertébraux, un bombement global des disques L2-L3 et L3-L4, associé à une hypertrophie d'apophyses articulaires et ligaments jaunes, provoquant une légère diminution du diamètre antéropostérieur du canal médullaire lombaire et une rectification du profil postérieur du disque L4-L5 et changements de type dégénératif dans les articulations inter-apophysaires ainsi qu'un kyste de Tarlov en S2, cette atteinte étant mentionnée pour la première fois dans le rapport de radiographie du 18 mai 2021.

Il sied de relever que seul le rapport E 213 du 25 janvier 2021 se prononce, de manière très succincte, sur les limitations fonctionnelles de l'intéressée. La Dre D. _____ rapporte que la recourante se plaint d'une lombalgie mécanique, prédominante à gauche, évoluant depuis des années et augmentant à l'effort et qu'elle déclare que la manipulation de poids augmente les symptômes avec une impotence fonctionnelle conséquente (OAIE pce 12 ; cf. supra consid. B.b). Sur la base de son examen clinique et du compte-rendu de la radiographie du 18 décembre 2019 (cf. supra consid. B.b), elle a retenu que l'intéressée présentait une lombalgie mécanique, évoluant depuis des années, avec un niveau fonctionnel préservé et a diagnostiqué une discopathie lombaire dégénérative multiple. La Dre D. _____ a estimé une évolution chronique des atteintes, avec des hauts et des bas cliniques, et a retenu que l'intéressée pourrait être limitée pour des tâches exigeant des efforts physiques lombaires intenses et continus en cas d'exacerbation. En outre, la Dre D. _____ a indiqué que l'état de santé de la recourante pouvait être améliorée par des mesures diététiques et de l'exercice physique et qu'elle pouvait exercer son activité habituelle de fleuriste. Quant aux rapports radiologiques et le certificat médical du Dr C. _____, ils se limitent à mentionner des résultats de radiographies à la colonne vertébrale ainsi que des conclusions y relatives, à savoir en substance une légère sclérose de la marge latérale du disque intervertébral L4-L5 qui semble associer une hernie centrale à large rayon, comprimant légèrement la marge antérieure du sac thécal, des ostéophytes naissants en protubérance vers les trous de conjugaison, qui pourraient rejoindre discrètement le trajet foraminaux descendant de la racine L4, une sténose foraminale naissante, de faible prédominance à gauche et de petites calcifications de l'anneau fibreux du disque L5-S1 avec prédominance postérieure, sans décrire d'éventuelles restrictions fonctionnelles ou répercussions de ces troubles sur la capacité de travail de l'assurée.

Compte tenu de ce qui précède, le Dr E. _____ a déduit une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de la recourante dès le 20 septembre 2019, puis une diminution de cette incapacité de travail à 50% dès le 19 janvier 2021, en estimant que l'examen clinique de janvier 2021 montrait une bonne récupération fonctionnelle. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, le Dr E. _____ a retenu qu'elle était de 50% dès le 20 septembre et dès le 19 janvier 2021, elle était totale. En premier lieu, il convient de relever une petite incohérence quant à la date du début de l'incapacité de travail retenue par le Dr E. _____ dans ses prises de position, respectivement dans la décision litigieuse. En effet, selon le formulaire et les questionnaires

remplis par la recourante, cette dernière a indiqué être en incapacité de travail dès le 30 septembre 2019 (OAIE pces 12 p. 2 et 27 p. 4, 13 et 14) et non pas à partir du 20 septembre 2019.

Ensuite, le Dr E. _____ retient une amélioration de l'état de santé de la recourante dès le 19 janvier 2021 en indiquant que l'examen clinique de janvier 2021 montrerait une bonne récupération au niveau fonctionnel. Cependant, la Dre D. _____ ne fait pas de comparaison entre l'état de santé de l'intéressée au jour de l'examen, soit en janvier 2021, et celui existant au moment où l'intéressée a cessé son activité lucrative en raison de ses atteintes dorsales. En effet, elle relève à l'issue de son examen clinique que la recourante présente des douleurs lombaires mécaniques, évoluant depuis des années, avec un niveau fonctionnel préservé. A cet égard, à la lecture des imageries médicales (cf. par exemple celui du 18 décembre 2019), on constate que l'alignement de la colonne lombaire est correct et que la hauteur et la morphologie du corps vertébral sont conservées. Ainsi, il sied de constater que le niveau fonctionnel des vertèbres était préservé en décembre 2019. Par conséquent et en l'absence de toute explication concrète et motivée, on ne voit pas pour quelles raisons le Dr E. _____ a déclaré que l'examen de janvier 2021 montrait une bonne *récupération* au niveau fonctionnel. De plus, selon le formulaire E 213, la Dre D. _____ ne se réfère qu'au rapport de radiographie du 18 décembre 2019 et ne cite pas d'autres certificats médicaux ou radiographies sur lesquels elle se serait basée afin de se déterminer sur l'état de santé de la recourante. En outre, la recourante n'a pas produit d'autres certificats médicaux pouvant expliquer davantage les répercussions de ses atteintes sur sa capacité de travail dans le temps. En conséquence, il est difficile de comprendre comment le Dr E. _____ a pu comparer l'état de santé de la recourante entre septembre 2019 et janvier 2021 afin de retenir une *amélioration médicale notable*. Par ailleurs, la Dre D. _____ estime que l'intéressée peut exercer son activité habituelle à plein temps, sans toutefois effectuer des tâches physiques lourdes et ne retient aucune incapacité de travail. A cet égard, il sied de constater que le Dr E. _____ n'expose pas non plus les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation médicale faite par la Dre D. _____. Par conséquent, le Tribunal constate que les Drs D. _____ et E. _____, qui se sont prononcés dans des rapports médicaux peu détaillés, sont arrivés à des conclusions opposées sans motiver leur position respective concernant l'incapacité de travail de la recourante.

8.3 Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a produit un nouveau document médical établi par le Dr G. _____, lequel fait état de

deux consultations médicales, soit le 21 août 2020 et le 4 octobre 2021. Quant à la première consultation, il convient de relever qu'il s'agit en substance d'une répétition des résultats de radiographie du 18 décembre 2019 sans observations médicales supplémentaires et que la consultation médicale du 4 octobre 2021 contient les résultats de l'imagerie médicale du 18 mai 2021 et indique que la physiothérapie n'a pas eu d'effet positif et que l'intéressée a pris 15 kg pour des raisons familiales. En outre, le Dr G. _____ a estimé, en évaluant les risques et les avantages de l'arthrodèse en fonction des résultats radiologiques, qu'une intervention chirurgicale n'était pas appropriée pour l'instant et a orienté l'intéressée vers l'unité de traitement de la douleur. Ainsi, le Dr G. _____ ne se prononce pas non plus sur les répercussions des atteintes de la recourante sur sa capacité de travail.

Il convient ainsi de retenir que les rapports médicaux au dossier ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, même s'ils s'accordent sur les atteintes lombaires dont souffre la recourante, aucun rapport médical ne se prononce de manière cohérente et motivée sur les effets des atteintes sur la capacité de travail de la recourante.

8.4 Compte tenu de ce qui précède, on ne voit donc pas comment le Dr E. _____ est parvenu à retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante dès janvier 2021 et évaluer son incapacité de travail de manière rétrospective en estimant une incapacité de travail de 80% dès septembre 2019 et de 50% dès janvier 2021 dans son activité habituelle ainsi qu'une incapacité de travail dans une activité adaptée, aux limitations fonctionnelles qu'il a retenues, dès septembre 2019 de 50% et de 0% dès janvier 2021.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que la documentation versée au dossier n'est pas suffisante pour porter un jugement valable sur le droit litigieux et établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de santé de la recourante, les limitations fonctionnelles qu'elle subit et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause. Le service médical de l'OAIE ne pouvait se baser sur les pièces médicales au dossier pour se prononcer en l'espèce, ni l'autorité inférieure sur les appréciations de son service médical pour justifier, dans la décision dont est recours, le rejet de la demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour déterminer les circonstances

médicales pertinentes, l'OAIE s'est en effet contenté de solliciter l'appréciation documentaire médicale de son médecin conseil, qui s'est prononcé sans disposer de la documentation adéquate. Or, une telle façon de faire doit être assimilée à un défaut d'instruction justifiant un renvoi au sens de l'art. 61 PA.

9.2 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure se justifie notamment lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet, 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'avère nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Dans le cas concret, il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires, puis se prononce à nouveau, dans une nouvelle décision, sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI.

9.3 Une expertise médicale sera ainsi mise en œuvre dans les disciplines de la rhumatologie et de la neurologie/neurochirurgie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée) et les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). L'expertise sera organisée en Suisse – l'organisme d'évaluation mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2).

L'autorité inférieure déterminera ensuite le taux d'invalidité ainsi que le droit de l'assurée à une rente d'invalidité tout en tenant compte de la jurisprudence du Tribunal relative aux assurés se trouvant proche de l'âge de la retraite suisse selon laquelle, lorsque l'assuré est d'un âge avancé, il sied d'examiner si l'intéressée, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, est en mesure d'exploiter économiquement une éventuelle capacité de travail résiduelle attestée d'un point de vue médical (cf. notamment ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

10.

En conséquence, le recours doit être admis et la décision du 14 septembre 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

11.

Vu l'issue du recours, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal.

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Il se justifie en l'espèce d'allouer des dépens à la partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire. En l'absence d'un décompte de prestations de la part de ce dernier, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 FITAF). Ainsi, il convient d'allouer à la partie recourante, à la charge de l'autorité inférieure, une indemnité de dépens de 800 francs, tenant compte du travail effectué par le mandataire, qui a consisté en la rédaction d'un recours de six pages et d'une réplique de six pages également, étant précisé que ses écritures consistaient en substance à une retranscription des rapports médicaux.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision du 14 septembre 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée sur le compte bancaire qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral, dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépense de 800 francs est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité intérieure.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Bissegger

Müjde Atak

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 :