



Cour III
C-4891/2017

Arrêt du 27 mai 2021

Composition

Viktoria Helfenstein (présidente du collège),
Christoph Rohrer, Vito Valenti, juges,
Marion Capolei, greffière.

Parties

A. _____, (France),
représentée par Maître J.-Potter van Loon, 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 28 juin
2017).

Faits :**A.**

La ressortissante franco-britannique A._____ (ci-après : la recourante, l'assurée ou l'intéressée), née le (...) 1965, mariée, mère de trois enfants nés en 1989, 1992 et 2002, domiciliée en France voisine, a cotisé à l'AVS/AI suisse de manière continue à partir de janvier 1995. En dernier lieu et jusqu'au 20 juin 2014, elle a travaillé à 60% en qualité d'infirmière auprès des Hôpitaux universitaires de B._____ (ci-après : HUB._____). Depuis cette date, elle n'a pas repris d'activité professionnelle (AI pces 2 ; 3 ; 7 ; 10 ; 15 p. 2 ; 38 p. 5).

B.

B.a Le 6 août 2014 (timbre postal), l'intéressée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de C._____ (ci-après : OAI-C._____ ; AI pces 1 ; 2). Elle indiquait comme atteinte à la santé une spondylarthrite ankylosante présente depuis décembre 2013.

B.b Après avoir recueilli des documents médicaux des médecins traitants attestant que l'assurée souffrait notamment d'une spondylarthrite ankylosante (AI pces 6 ; 19 ; 20) et suite à l'établissement par le Service médical régional (ci-après : le SMR) d'un avis médical sur dossier proposant la mise en place d'une expertise, respectivement d'un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique de l'intéressée (AI pce 24), les experts du SMR, soit pour lui le Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation (ci-après : Dr D._____), ainsi que la Dresse E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : Dresse E._____), ont procédé le 2 février 2017 à un examen personnel de l'assurée. Estimant que sur le plan rhumatologique, le diagnostic de spondylarthrite ne pouvait pas être confirmé car la rhumatologue traitante, la Dresse F._____ (ci-après : Dresse F._____), n'avait pas apporté suffisamment d'éléments pour retenir formellement ce diagnostic, le Dr D._____ a proposé de requérir des informations médicales complémentaires auprès de ladite rhumatologue ainsi qu'auprès de la Dresse G._____, médecin généraliste traitante de l'intéressée (ci-après : Dresse G._____ ; AI pce 31). Après avoir reçu des informations médicales complémentaires desdites médecins traitantes et sur la base des résultats obtenus lors de l'examen personnel de l'assurée (AI pces 34 ; 35 ; 39), les Drs D._____ et E._____ (ci-après : les spécialistes du SMR) ont retenu dans un rapport médical bidisciplinaire (rhumatologique

et psychiatrique ; ci-après : rapport d'examen bidisciplinaire ; AI pce 38) daté du 14 mars 2017 comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'intéressée des lombalgies, sans caractère radicaire irritatif, sans déficit neurologique dans le cadre d'une discopathie débutante L4-L5-S1 (RX du 13 janvier 2014 et du 2 février 2017 ; CIM-10 M54.4) ainsi que des gonalgies gauches dans le contexte d'une petite fissure de la corne antérieure du ménisque interne et d'une chondropathie patellaire (IRM du 9 mai 2016 ; CIM-10 M17.01 ; AI pce 38 p. 15). Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné une fibromyalgie (CIM-10 M79.0), des cervicalgies intermittentes sans caractère radicaire et sans déficit neurologique sur discret trouble statique (RX du 12 février 2005 ; CIM-10 M54.2), une anomalie de transition de type sacralisation de la 5^{ème} vertèbre lombaire, asymptomatique (CIM-10 Q76.4), un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (CIM-10 F31.7) ainsi qu'une obésité classe I selon l'OMS (CIM-10 E66.9 ; AI pce 38 p. 15). Le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante a été exclu (cf. AI pce 38 p. 16 ss). Comme limitations fonctionnelles, les experts du SMR ont estimé que l'assurée devait éviter l'utilisation répétée d'escaliers, les travaux accroupis ou à genoux, les positions en porte-à-faux et le port de charge supérieur à 10 kg. Par ailleurs, ils ont indiqué qu'un enseignement des mesures ergonomiques pour la manutention des patients ainsi que l'acquisition par l'employeur et l'utilisation par l'intéressée du matériel adéquat (ceinture, planche ou disque de transfert, draps glissants, lève-malade) étaient à encourager (AI pce 38 p. 21). Finalement, ils ont estimé que la capacité de travail exigible avait toujours été de 100% aussi bien dans l'activité habituelle d'infirmière que dans une activité adaptée (AI pce 38 p. 21 s.).

B.c Dans sa prise de position médicale du 5 avril 2017 (AI pce 42), le SMR, soit pour lui la Dresse H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale (selon le registre des professions médicales consulté le 22 décembre 2020 sur https://www.l._____.admin.ch/FR, ci-après : Dresse H._____), a conseillé de suivre les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D._____ et E._____.

B.d Par projet de décision du 12 avril 2017 (AI pce 43), l'OAI-C._____ a informé l'assurée qu'il prévoyait de refuser la demande de prestations d'invalidité parce qu'il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée, raison pour laquelle l'atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

B.e Le 22 mai 2017, l'intéressée a formé opposition contre ledit projet de décision et demandé à l'OAI-C. _____ de réévaluer son dossier (AI pce 47). Elle a fait valoir que, contrairement à ce que ledit office AI avait retenu, elle souffrait d'une spondylarthrite ankylosante qui se manifestait par des poussées douloureuses entrecoupées d'accalmie, des raideurs matinales qui duraient en moyenne deux heures ainsi que des douleurs articulaires au dos, au genou gauche et aux mains qui l'empêchaient d'effectuer certaines tâches. Ainsi, lorsqu'elle s'occupait des tâches ménagères, celles-ci étaient régulièrement entrecoupées par des pauses plus ou moins longues. Certaines tâches n'étaient même plus envisageables (comme par exemple le lavage de vitres ou les courses alimentaires). Puis, elle a expliqué que son état était fluctuant et qu'un simple rendez-vous médical ne pouvait pas faire état de son état de santé général. De plus, elle a relevé que ses capacités mentales étaient également affaiblies, ce qui se manifestait essentiellement par des troubles de la concentration et la fatigue mais aussi par une certaine agressivité vis-à-vis de ses proches et des phases de dépression. En outre, elle a précisé qu'avant l'apparition de sa maladie, elle avait travaillé à 75% et réduit son taux d'occupation à 60% pour des raisons de santé. Finalement, elle a demandé à l'OAI-C. _____ de tenir compte, lors de la réévaluation de son dossier, de la modification de l'art. 27^{bis} RAI qui entrerait en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

B.f Par pli daté du 1^{er} juin 2017, l'OAI-C. _____ a informé l'assurée qu'il n'allait procéder à aucune instruction médicale complémentaire et qu'un complément médical pouvait être produit jusqu'au 5 juin 2017 (AI pce 48).

B.g Dans son courrier daté du 6 juin 2017 (AI pce 51), l'assurée a informé OAI-C. _____ en substance qu'elle avait reçu son courrier du 1^{er} juin 2017 seulement en date du 6 juin 2017, qu'elle attendait un courrier de la Dresse F. _____ et qu'elle avait un rendez-vous avec un rhumatologue aux HUB. _____ le 23 juin 2017. En annexe à son courrier, l'intéressée a produit un rapport du 24 mai 2017 du Dr J. _____, médecin du travail aux HUB. _____ (ci-après : Dr J. _____), et un certificat médical du 2 juin 2017 de la Dresse G. _____ (AI pce 52).

B.h Sans soumettre les deux nouveaux documents médicaux au SMR pour prise de position, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAI-E ou l'autorité inférieure) a, par décision du 28 juin 2017, rejeté la demande de prestations d'invalidité (AI pce 53). A l'appui de cette décision, l'autorité inférieure a repris les motifs évoqués dans le projet de décision précité (cf. *supra* let. B.d).

C.

C.a Par mémoire du 31 août 2017 (timbre postal), la recourante, représentée par Maître J.-Potter van Loon, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou le TAF ; TAF pce 1). En substance, s'appuyant en particulier sur les conclusions d'un nouveau rapport médical du 24 août 2017 du Prof K._____, spécialiste FMH en rhumatologie aux HUB._____, (ci-après : Prof K._____; annexe 12 à TAF pce 1), elle a fait valoir que le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D._____, et E._____ ainsi que les avis médicaux sur dossier du SMR n'avaient pas valeur probante (TAF pce 1 p. 4 ss). Ainsi, elle a conclu principalement à l'admission du recours, à l'annulation de la décision entreprise et à ce que le Tribunal ordonne une expertise judiciaire neutre, sous suite de frais et dépens (TAF pce 1 p. 8 s.).

C.b Par décision incidente du 5 septembre 2017, le Tribunal a invité la recourante à payer une avance sur les frais de procédure présumés de Fr. 800.-, montant dont elle s'est acquittée dans le délai imparti (TAF pces 2 à 4).

C.c Dans sa réponse au recours du 14 novembre 2017 (TAF pce 6), l'OAIE s'est basé sur la prise de position de l'OAI-C._____ du 7 novembre 2017 ainsi que sur l'avis médical du 6 octobre 2017 du SMR, soit pour lui le Dr L._____, médecin praticien (selon le registre des professions médicales consulté le 23 décembre 2020 sur https://www.l._____.admin.ch/FR, ci-après : Dr L._____ ; annexes à TAF pce 6). Ledit médecin a estimé que l'argumentation du Prof K._____ était en complète contradiction avec celle effectuée par les Drs D._____ et E._____, raison pour laquelle il n'était pas possible de faire la part des choses entre son évaluation et celle des experts. Par conséquent, il a indiqué qu'il était nécessaire de demander aux experts du SMR de se positionner sur le nouveau courrier reçu. Au vu des constatations du Dr L._____, l'OAI-C._____ a proposé de procéder dans un premier temps à un complément d'instruction, à savoir à l'envoi du nouveau rapport médical du Dr K._____ aux médecins du SMR ayant effectué l'examen bidisciplinaire. Or, dès lors que les éléments apportés par l'assurée ne lui permettaient pas à ce moment-là d'apprécier différemment le cas, l'OAI-C._____ a tout de même recommandé à l'autorité inférieure de conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Sur cette base, l'OAIE a simplement conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

C.d Dans sa réplique du 8 janvier 2018 (TAF pce 8), la recourante a fait valoir en substance qu'il fallait procéder à une expertise judiciaire neutre et non se contenter d'envoyer le rapport du Prof K. _____ aux médecins du SMR ayant effectué l'examen bidisciplinaire. Pour le reste, elle a réitéré ses conclusions.

C.e Invité à déposer une duplique (TAF pce 9), l'OAIE a fait parvenir au Tribunal en date du 1^{er} février 2018 une prise de position de l'OAI-C. _____ du 25 janvier 2018 (TAF pce 10), aux termes de laquelle ce dernier a répété qu'il fallait transmettre le nouveau rapport médical du Prof K. _____ aux médecins du SMR afin que ceux-ci puissent se prononcer préalablement à toute éventuelle expertise. Dans un deuxième temps (TAF pce 16), se basant sur les avis du SMR et de l'OAI-C. _____ du 27 mars 2018 proposant, au vu des dernières pièces médicales produites, la mise sur pied d'une nouvelle expertise rhumatologique au vu des contradictions existant à ce moment-là dans ce dossier (annexe à TAF pce 16), l'OAIE a conclu dans sa prise de position complémentaire du 10 avril 2018 à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'il soit procédé conformément aux avis précités.

C.f Dans ses remarques du 16 mai 2018, la recourante a indiqué qu'elle persistait dans ses conclusions, à savoir que la nouvelle expertise soit ordonnée par le Tribunal de céans et non par l'autorité inférieure (TAF pce 18).

C.g Dans ses observations finales du 12 juin 2018 (TAF pce 20), l'OAIE, s'appuyant sur une prise de position de l'OAI-C. _____ du 5 juin 2018, a persisté dans ses précédentes conclusions et précisé que la nouvelle expertise rhumatologique proposée devait être comprise comme externe et non à mettre sur pied auprès du SMR. Par ailleurs, il laissait le soin au TAF de décider s'il fallait mettre sur pied une expertise bidisciplinaire, soit une nouvelle expertise comprenant également un volet psychiatrique en complément de l'aspect rhumatologique.

C.h Par ordonnance du 19 juin 2018, le Tribunal a signalé aux parties que l'échange d'écritures était en principe clos, d'autres mesures d'instruction demeuraient toutefois réservées (TAF pce 21).

C.i Les 12 novembre 2018, 6 juin 2019, 23 septembre 2019, 27 novembre 2019 et 12 janvier 2021, la recourante est venue aux nouvelles concernant le recours (TAF pces 22 ; 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27 ; 28).

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office sa compétence (art. 7 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]), respectivement la recevabilité des moyens de droit qui lui sont soumis (art. 31 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; ATF 133 I 185 consid. 2 et les références citées).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (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. En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers. Cette règle s'applique également aux anciens frontaliers pour autant que leur domicile habituel se trouve encore dans la zone frontière au moment du dépôt de la demande et que l'atteinte à la santé remonte à l'époque de leur activité en tant que frontalier. En revanche, c'est l'OAIE qui notifie les décisions (art. 40 al. 2 dernière phrase RAI).

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 pas 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 (art. 20, 21, 22a, 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 let. b LAI) par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 PA et

59 LPGA) qui a effectué le paiement de l'avance de frais dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA), le recours du 31 août 2017 est recevable quant à la forme.

Compte tenu du fait que la recourante a son domicile en France voisine et travaillait en Suisse jusqu'au 20 juin 2014, date à partir de laquelle elle n'a plus repris d'activité professionnelle (cf. AI pce 10 p. 2), elle doit être qualifiée de frontalière si bien que c'est à bon droit que la procédure d'instruction de la demande de prestations AI a été menée par l'OAI-C. _____ et la décision du 28 juin 2017 notifiée par l'OAIE (cf. art. 40 al. 2 RAI ; cf. AI pces 1 ss ; 53).

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante franco-britannique, vivant en France – Etat membre de l'Union européenne (UE) – a été assurée en Suisse de nombreuses années en y ayant travaillé comme frontalière (cf. AI pces 2 ; 3 ; 7). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), entré en vigueur pour la relation avec la Suisse le 1^{er} juin 2002 (ATF 133 V 265 consid. 4.1 ; 128 V 315 consid. 1), avec notamment son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale par renvoi au droit européen.

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le 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 que le 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 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; cf. arrêt du TF 8C_455/2011 du 4 mai 2012 consid. 2 ; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3 ; C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1). A compter du 1^{er} janvier 2015 sont par ailleurs applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 par les

règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Cela étant, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse sont de règle générale déterminées exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

2.2 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas, en principe, à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 129 V 1 consid. 1.2).

2.3 Par ailleurs, le Tribunal de céans se fondera sur l'état de fait jusqu'au jour de la décision litigieuse, soit le 28 juin 2017. Les éléments de fait postérieurs à la date de la décision litigieuse ne sont pris en considération que s'ils permettent une meilleure compréhension de l'état de fait antérieur à la décision attaquée (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; arrêt du TAF C-31/2013 du 24 février 2014 consid. 3.1).

3.

3.1 Le Tribunal administratif fédéral établit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). En outre, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués à l'appui du recours (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation développée dans la décision attaquée (BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243 ; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, la procédure devant les autorités administratives fédérales et le tribunal administratif fédéral, 2013, p. 105 n° 176). Cependant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^e éd. 2013, p. 25 n° 1.55).

3.2 En l'espèce, l'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 28 juin 2017 par laquelle l'autorité inférieure a rejeté la demande de

prestations de l'assurance-invalidité du 6 août 2014 au motif que l'intéressée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 4 LAI (cf. AI pce 53).

4.

4.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît notamment dès que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. L'al. 3 précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.2 En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 août 2014 (cf. *supra* let. B.a), si bien que le Tribunal doit examiner si la recourante avait droit à une rente le 1^{er} février 2015 (soit six mois après le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 28 juin 2017, date de la décision attaquée.

5.

5.1 Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir cumulativement, lors de la survenance de l'invalidité, les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI) et
- avoir compté au moins trois années de cotisations à l'AVS/AI (art. 36 LAI).

5.2 En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse à partir de janvier 1995 pour une durée dépassant nettement les trois années minimales de cotisations requises (cf. AI pce 7). Partant, elle remplit la condition relative à la durée minimale de cotisations.

Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la loi.

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, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 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 hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré 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 des deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004).

6.2 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

6.3

6.3.1 S'agissant en particulier des troubles somatoformes douloureux persistants, ou des troubles psychosomatiques semblables tels que la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du

TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5 ; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12, selon lequel le diagnostic de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux dépend en large mesure du médecin qui le pose : un médecin rhumatologue diagnostique en règle générale une fibromyalgie alors qu'un médecin psychiatre plutôt un trouble somatoforme douloureux), le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée, *lege artis*, de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; arrêts du TF 9C_899/2014 consid. 3.1 et 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1.1).

6.3.2 Les experts doivent ainsi motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit suisse puisse comprendre si les critères d'un système de classification reconnu (par exemple la CIM-10) sont effectivement remplis. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et les références citées ; arrêt du TF 9C_862/2014 du 17 septembre 2015 consid. 3.2).

6.3.3 Une fois que le diagnostic de fibromyalgie a été posé *lege artis* conformément aux règles précitées (cf. *supra* consid. 6.3.1 et 6.3.2), il convient de déterminer si dit diagnostic résiste aux motifs d'exclusion décrits à l'ATF 131 V 49 et repris à l'ATF 141 V 281. Ce n'est en effet que si ces motifs d'exclusion ne sont pas réalisés que le diagnostic de fibromyalgie conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance invalidité (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêts du TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2 et 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1.2).

6.3.4 Lorsque le diagnostic de fibromyalgie a été dûment posé et qu'aucune des limitations mentionnées par la jurisprudence n'est réalisée, il convient de déterminer si le trouble constaté est invalidant ou non et, dans l'affirmative, d'en évaluer le degré (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail exigible des

assurés souffrant d'une telle atteinte psychosomatique doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et normative (indicateurs standards), permettant de mettre en lumière des facteurs d'incapacités d'une part et les ressources de l'assuré d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6 ; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et les références citées ; 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et les références citées).

6.3.5 Durant la présente procédure de recours, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion en novembre 2017 que l'approche développée pour clarifier le droit à une rente d'invalidité en cas de fibromyalgie devait s'appliquer également à toutes les affections d'ordre psychique, en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

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. À cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

7.2 Dans le cadre d'un recours, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4).

7.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices s'agissant de la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

7.3.1 Lorsqu'au stade de la procédure administrative une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du TFA I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2).

7.3.2 Les SMR peuvent procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne assurée ; ils consignent les résultats de ces examens par écrit (art. 49 al. 2 RAI). Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR sont comparables aux expertises médicales indépendantes, réalisées par un expert externe à l'assureur, et peuvent avoir même valeur probante s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence en la matière (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3) et si le médecin du SMR ayant réalisé l'examen sur la personne dispose, comme tout expert, des compétences professionnelles nécessaires (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1).

7.3.3 S'agissant des rapports du SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 799 n° 2920 ss).

7.3.4 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant que ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd ; arrêt du TF 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

7.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible, la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 121 V 45 consid. 2a).

8.

8.1 En l'occurrence, pour fonder sa décision du 28 juin 2017, l'OAIE se repose largement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué sur la personne de l'assurée par les Drs D._____ et E._____ du SMR le 2 février 2017, portant la date du 14 mars 2017 (cf. *supra* let. B.b et AI pce 38), qui constitue un rapport médical du SMR au sens de l'art. 49 al. 2 RAI (cf. *supra* consid. 7.3.2). De plus, il se fonde sur le rapport médical subséquent de la Dresse H._____ (cf. *supra* let. B.c et AI pce 42), qui constitue un rapport médical sur dossier du SMR au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI (cf. *supra* consid. 7.3.3). Ainsi, il s'agit d'examiner la valeur probante de ces documents médicaux, à savoir s'ils répondent aux exigences jurisprudentielles.

8.2 Dans ses écritures (cf. TAF pce 1 ; 8 ; 18 ; *supra* consid. C.a ; C.d ; C.g), l'intéressée conteste la valeur probante de l'ensemble desdits rapports médicaux établis par les Drs D._____, E._____ et H._____ du SMR.

8.2.1 En premier lieu, s'appuyant sur les conclusions rhumatologiques du Prof K._____ du 24 août 2017, elle a invoqué que, contrairement aux conclusions du Dr D._____ du SMR qui avait nié chez elle le diagnostic

de spondylarthrite ankylosante, elle souffrait bel et bien de cette atteinte invalidante (cf. TAF pce 1 p. 4 ss). Elle estime ainsi que ledit expert rhumatologue du SMR minimisait systématiquement tous les arguments médicaux en faveur du diagnostic de spondylarthrite ankylosante et qu'il n'avait pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu ledit diagnostic alors qu'elle avait décrit des symptômes compatibles avec cette atteinte et que le Dr D. _____ avait admis que son examen n'avait pas permis de mettre en évidence des critères clairs d'exclusion tels qu'une exagération volontaire des symptômes (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. b). Puis, se basant sur les rapports médicaux de la Dresse F. _____ des 13 janvier 2014, 25 juin 2015 et 5 février 2016 (cf. AI pces 34 p. 18 ; 39 p. 12 ; 34 p. 10), elle a fait valoir que contrairement aux allégations du rhumatologue du SMR, les rapports médicaux de sa rhumatologue traitante comportaient un examen clinique mettant en évidence une limitation de la mobilité du rachis, soit des sacro-iliaques et un rachis lombaire douloureux à la palpation, voire une raideur à ce niveau (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. d). De plus, elle a invoqué qu'alors que l'expert rhumatologue du SMR ne retenait pas d'anamnèse familiale pouvant rendre le diagnostic d'une spondylarthrite plausible, le Prof K. _____ décrivait notamment que sa mère était décédée d'une fibrose pulmonaire avec arthrites, que son arrière-grand-mère maternelle avait souffert d'arthrite très sévère et que son frère avait des problèmes de sarcoïdose (cf. TAF pce 1 p. 5 ch. 13). En outre, elle a soulevé que contrairement aux allégations du Dr D. _____, la prise de contraste au niveau des sacro-iliaques, qui était relevante pour le diagnostic d'une spondylarthrite ankylosante et qui était mentionnée à l'IRM du 28 octobre 2013 (cf. AI pce 34 p. 12), restait présente à l'IRM du 14 février 2014 (cf. AI pce 34 p. 20).

8.2.2 En deuxième lieu, elle s'est plainte du fait que le rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire du 7 février 2017 établi par le Dr M. _____ (cf. AI pce 39 p. 2 s.), effectué dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire, concluait à des troubles dégénératifs sévères des étagés lombaires et troubles statiques associés alors que le rapport d'examen bi-disciplinaire mentionnait uniquement la présence de discopathies légères et de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire évoluant depuis de nombreuses années (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. c).

8.2.3 En troisième lieu, elle a relevé que le rapport d'examen bidisciplinaire comportait également des allégations non conformes à la réalité ou incomplètes sous « status général ». Ainsi, elle n'avait pas utilisé les escaliers à la descente le jour de l'expertise mais elle avait pris l'ascenseur avec l'expert psychiatre. Puis, l'expert rhumatologue s'étant absenté plusieurs fois

de la salle d'expertise, elle avait profité de ces absences pour changer de position. En outre, elle avait choisi des vêtements et des chaussures faciles à enlever et remettre le jour de l'expertise (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 11).

8.2.4 En quatrième lieu, en ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie, elle a relevé que le Dr D._____ n'avait pas procédé à l'examen des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281 (cf. TAF pce 1 p. 7).

8.2.5 En cinquième lieu, la recourante a fait valoir que l'affirmation du Dr D._____, selon laquelle les quelques signes inflammatoires décrits par le radiologue sur l'IRM du 14 février 2014 (cf. AI pce 34 p. 20) pouvaient très bien entrer dans le cadre d'une surcharge des structures musculo-tendineuses causée par le port de lourdes charges dans le cadre de l'activité d'infirmière, contredisait la conclusion finale des experts du SMR selon laquelle elle serait parfaitement apte à exercer son activité d'infirmière sur le plan rhumatologique (cf. TAF pce 1 p. 4 ch. 10 let. a). A ce sujet, elle s'est en outre plainte du fait que cet expert rhumatologue du SMR, en soutenant qu'elle aurait toujours pu exercer son activité d'infirmière pour autant que celle-ci respectait les limitations fonctionnelles et qu'elle observait les mesures ergonomiques qui faisaient partie de l'enseignement des écoles infirmières, méconnaissait la réalité des soins infirmiers en milieu hospitalier et plus particulièrement des conditions de travail qui prévalaient depuis plusieurs années aux HUB._____ (cf. TAF pce 1 p. 7).

8.3 Si, dans un premier temps, l'autorité inférieure et le SMR ont considéré que les documents médicaux produits par la recourante durant la procédure administrative n'apportaient pas d'éléments permettant de douter du bien-fondé du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D._____ et E._____ et du rapport médical de la Dresse H._____ (cf. *supra* let. B), ces derniers ont revu leur position en procédure de recours, suite à l'envoi par la recourante d'un nouveau rapport médical rhumatologique du Prof K._____ du 24 août 2017 (cf. annexe à TAF pce 1 ; *supra* let. C). Ainsi, le Dr L._____ du SMR a estimé que l'argumentation du Prof K._____ était en complète contradiction avec celle effectuée par les Drs D._____ et E._____, raison pour laquelle il n'était pas possible de faire la part des choses entre son évaluation et celle des experts (cf. annexes à TAF pces 6 ; 16). Par conséquent, il a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et éventuellement psychiatrique, en Suisse. Dans ses observations finales du 12 juin 2018 (cf. TAF pce 20), l'OAIE, suivant l'avis du Dr L._____, a proposé l'admission du recours

et le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour un complément d'instruction médicale.

9.

9.1 Le Tribunal de céans ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis du Dr L. _____ et des conclusions de l'autorité inférieure.

9.2 En effet, le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué sur la personne de l'assurée par les Drs D. _____ et E. _____ du SMR (AI pce 38) ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. *supra* consid. 7.3.2). Premièrement, le Tribunal constate une contradiction manifeste entre les constatations médicales et les limitations fonctionnelles déterminées par l'expert rhumatologue, ainsi que son appréciation de la capacité de travail de la recourante, qu'il considère apte à exercer l'activité d'infirmière à 100% et ce, depuis toujours. Compte tenu des limitations fonctionnelles fixées par l'expert rhumatologue, en particulier celles consistant à ne pas porter de charges de plus de 10 kg, à ne pas travailler en position accroupie et/ou à genoux, l'on peut se demander si l'activité classique d'infirmière est encore réellement possible et raisonnable en raison des exigences fonctionnelles importantes de cette activité, ceci même si l'intéressée appliquait des mesures ergonomiques et utilisait le matériel proposés par le Dr D. _____. De plus, comme l'a relevé à juste titre la recourante, malgré la pose du diagnostic d'une fibromyalgie, les médecins du SMR n'ont pas procédé à l'examen des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281, procédure d'établissement des faits structurée et normative qui aurait été nécessaire pour déterminer si le trouble constaté était invalidant ou non, et, le cas échéant, d'en évaluer le degré (cf. *supra* consid. 6.3.4).

9.3 Dans ces circonstances, la prise de position médicale du 5 avril 2017 de la Dresse H. _____ (AI pce 42) proposant de suivre les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire des Drs D. _____ et E. _____, n'a pas non plus valeur probante (cf. *supra* consid 7.3.3).

9.4

Finalement, l'autorité inférieure n'a pas évalué le taux d'invalidité de manière conforme au droit.

9.4.1 L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes, la méthode ordinaire, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du ou de la bénéficiaire potentielle

de la rente : personne exerçant une activité lucrative à temps complet (consid. 9.4.2), personne non active (consid. 9.4.3), personne exerçant une activité lucrative à temps partiel ; s'agissant de ce dernier groupe il sied encore de distinguer les personnes accomplissant pendant le reste du temps des travaux habituels (consid. 9.4.4) des personnes ayant diminué leurs taux d'activité sans accomplir de travaux habituels (consid. 9.4.5).

9.4.2 En vertu de l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment : ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

9.4.3 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 raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. 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. En vertu de l'art. 27 aRAI, par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (arrêt du TAF C-2719/2016 du 25 avril 2019 consid. 12.3.3).

Concrètement, la détermination du taux d'invalidité la méthode spécifique résulte en principe d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé 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).

9.4.4 L'art. 28a al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1.3).

Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et références ; arrêt du TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3) mais toujours déterminante lorsqu'il s'agit notamment d'examiner pour la première fois le droit à une rente suite à une première demande de prestations (notamment : arrêt du TF 8C_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; pour d'autres situations encore voir notamment : arrêt du TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2).

Par ailleurs, le 1^{er} janvier 2018, sont entrés en vigueur les nouveaux art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI concernant l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel.

9.4.5 S'agissant de l'évaluation de l'invalidité des personnes en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps et qui ont décidé de leur propre gré lorsqu'elles ont été non atteintes dans leur santé de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps, la jurisprudence a précisé qu'il faut appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et que la méthode mixte n'a pas à intervenir. En effet, le Tribunal fédéral a considéré que les activités de loisirs sont exclues de la définition des travaux habituels et que le temps consacré aux loisirs et intérêts personnels, dont il résulte une diminution volontaire de revenu, n'est pas assuré. Dans ces cas, la limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle, en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel. C'est pourquoi, par « revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA », il faut entendre le gain qu'elle réaliserait effectivement si elle était en bonne santé, et non pas ce qu'elle

pourrait gagner dans le meilleur des cas (ATF 142 V 290 consid. 7 ; 135 V 58 consid. 3.4.1 ; 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2 ; voir arrêt du TF 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 pour les activités sportives et arrêt du TF 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.4 pour l'étude des langues).

9.4.6 Pour déterminer le statut d'une personne et la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de sa part (cf. notamment : arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles, soit de la situation familiale, sociale, financière et professionnelle (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2) ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de la personne assurée qui comme fait interne ne peut toutefois être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêts du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2 ; 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3). L'évaluation doit se fonder sur des éléments établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et références ; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2 ; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Enfin, selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

S'agissant en particulier des personnes travaillant à temps partiel, le Tribunal fédéral a remarqué que sans indications allant dans le sens que le temps libre résultant de la réduction du taux d'occupation est consacré à des hobbies ou à des activités d'accomplissement personnel, le temps à disposition précité est réputé consacré à des activités de tenue du ménage (exemples : ATF 141 V 15 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêts du TF 9C_866/2013 du 15 avril 2014 consid. 4.3 ; 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 3.2.1 et 3.2.2 s'agissant de la tenue d'un ménage de deux personnes et I 609/05 du 1^{er} février 2006 consid. 4.3.2 s'agissant d'une personne vivant seule,

malgré la charge de travail relativement moindre ; voir aussi MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 28a n° 125 ; EMILIE CONTI MOREL, Invalidité et travail à temps partiel, méthode applicable pour le calcul du taux d'invalidité, in : REAS 2016 p. 334 ss, 337 i.f.).

9.4.7 En l'occurrence, le Tribunal constate que la décision de rejet attaquée ne se fonde sur aucun calcul de l'invalidité. L'autorité inférieure, s'appuyant sur les conclusions des spécialistes du SMR et de la Dresse H. _____ (cf. *supra* let. B.b ; B.c), semble avoir estimé que dès lors que la capacité de travail exigible de l'assurée avait toujours été de 100% aussi bien dans l'activité habituelle d'infirmière que dans une activité adaptée (cf. Al pce 38 p. 21 s.), le taux d'invalidité s'élevait à 0%, sans qu'il soit nécessaire de procéder à de plus amples investigations.

Or, cette manière de procéder n'est pas conforme à la loi et à la jurisprudence précitées dès lors que le dossier ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée avait exercé, au moment du prononcé de la décision litigieuse, une activité lucrative à temps complet ou qu'elle faisait partie des personnes en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps et qui ont décidé de leur propre gré lorsqu'elles ont été non atteintes dans leur santé de réduire leur horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre leur formation (ou leur perfectionnement professionnel), ou si le marché du travail ne leur permettait pas d'avoir une activité à plein temps. En effet, d'après le dossier de l'autorité inférieure, l'assurée a travaillé en dernier lieu et jusqu'au 20 juin 2014 à 60% en qualité d'infirmière auprès des HUB. _____. Le reste du temps, elle s'occupait de son ménage, de l'éducation de sa fille née en 2002 et de la location de son appartement via Airbnb, activité qui générerait, selon les dires de la recourante, un revenu annuel moyen d'environ EUR 7'000.-. Depuis le 20 juin 2014, elle n'a pas repris d'activité professionnelle (cf. Al pces 10 p. 2 s. ; 38 p. 5, p. 6). Malgré les éléments précités, aucune mesure d'instruction sous la forme d'une enquête sur le statut de l'assurée, d'une enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers ou d'une enquête sur l'activité professionnelle indépendante de l'intéressée n'avait pourtant été diligentée, de sorte que le degré d'invalidité de l'assurée ne peut être déterminé sur la base de l'état actuel du dossier.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, le recours de l'intéressée doit être admis partiellement, la décision du 28 juin 2017 doit être annulée et l'affaire doit être renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé de la recourante et son éventuelle invalidité. Il se justifie dans de telles circonstances de renvoyer la cause à l'autorité inférieure pour qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires en application de l'art. 61 al. 1 PA, bien qu'un renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse [Cst., RS 101] ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit 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 TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3). Tel est le cas en l'espèce. Comme expliqué ci-dessus, la situation médicale ainsi que les conséquences qui en découlent (limitations fonctionnelles et incapacité de travail) n'ont nullement été instruites à satisfaction par l'autorité inférieure, raison pour laquelle le renvoi à l'autorité inférieure est justifié contrairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Ledit renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure est d'autant plus justifié que l'OAIE n'a pas déterminé le statut de l'assurée. Cette solution permet en effet dans ce contexte une bonne application du principe de la double instance.

10.2 Pour sa nouvelle décision portant sur la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité au plus tôt à compter du 1^{er} février 2015 (cf. *supra* consid. 4.2), l'autorité inférieure actualisera le dossier médical à la date de sa nouvelle décision. Elle entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires pour l'établissement complet et actuel de l'état de santé de l'intéressée et de son évolution pour pouvoir déterminer notamment l'incidence des éventuelles atteintes à la santé sur la capacité de travail (art. 43 al. 1 LPGA). Elle sollicitera une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ainsi que d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3), qui devra notamment (i) fixer le début de l'incapacité de travail de longue durée, soit le point de départ de l'invalidité, (ii) poser le(s) diagnostic(s) de la recourante, (iii) établir ses limitations fonctionnelles, y compris dans l'activité de ménagère, et (iv) évaluer de façon précise et cohérente le taux de capacité de travail de l'intéressée dans son ancienne activité d'infirmière, dans son activité professionnelle indépendante (location de son appartement via

Airbnb), et dans des activités adaptées ainsi que dans son activité ménagère, en indiquant l'évolution de ceux-ci dans le temps. Afin de répondre aux exigences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux affectations psychiques (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418), dite expertise devra être faite en Suisse.

De plus, il appartiendra à l'autorité inférieure de déterminer le statut de l'assurée, de procéder à une enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers ainsi que pour l'activité professionnelle indépendante et de déterminer les taux d'invalidités de l'intéressée ainsi que son éventuel droit à la rente à compter du 1^{er} février 2015, en tenant compte des nouvelles règles concernant l'application de la méthode mixte et des limitations fonctionnelles de l'assurée. L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

11.

11.1 En règle générale, les frais de procédure sont en principe mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1, 1^{ère} phrase, PA). D'après la jurisprudence, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6.2). Aucun frais de procédure n'est mis à la charge des autorités inférieures, ni des autorités fédérales recourantes et déboutées (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

11.2 En l'occurrence, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, dès lors que la recourante a obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE et qu'aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure. Partant, l'avance de frais versée par la recourante à hauteur de Fr. 800.- (cf. TAF pces 2 à 4) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

11.3 Il reste à examiner la question des dépens, les art. 64 PA et 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2) permettant au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. A défaut de note de frais, le Tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2 FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a

dû y consacrer (arrêt du TF 9C_637/2013 du 13 décembre 2013 consid. 5.2).

La recourante a agi en étant représentée par un avocat (cf. annexe 0 à TAF pce 1). Au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par le mandataire de la recourante, qui a consisté principalement en la rédaction d'un recours de neuf pages (cf. TAF pce 1), d'une réplique de quatre pages (cf. TAF pce 8) et d'une détermination d'une page (cf. TAF pce 12), il convient de lui allouer une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- (sans TVA ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF, et art 1 al. 2 de la loi fédérale du 12 juin 2009 régissant la taxe sur la valeur ajoutée [LTVA, RS 641.20] en relation avec l'art. 8 al. 1 LTVA), à la charge de l'autorité inférieure.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 28 juin 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'OAIE afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 800.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

3.

Une indemnité de dépens de Fr. 2'800.- est allouée à la partie recourante à charge de l'autorité inférieure.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Acte judiciaire ; annexe : formulaire « adresse de paiement »)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Viktoria Helfenstein

Marion Capolei

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 :