



Cour III
C-4931/2021

Arrêt du 10 juillet 2024

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Viktoria Helfenstein, Caroline Bissegger, juges,
Julien Borlat, greffier.

Parties

A. _____, (Espagne)
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 1^{er} septembre 2021).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante espagnole née le (...) 1973, vivant en Espagne, est mariée et mère de trois enfants nés en 1995, 1997 et 2003. Elle a travaillé de 1992 à 1999 en Suisse, cotisant durant ces années à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI). Elle est ensuite rentrée dans son pays d'origine pour y travailler, en dernier lieu à 25,77% (cf. OAIE pce 96 p. 2) en tant qu'employée de nettoyage dans un centre médical jusqu'au 4 septembre 2014, avant de cesser son activité pour des raisons de santé. Son contrat de travail a alors été résilié par son employeur. Elle a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage espagnole (OAIE pces 1, 2, 10, 18, 87, 90, 94, 96).

B.

2.a En date du 28 novembre 2019, l'Institut national de sécurité sociale espagnol (INSS) a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) une demande de rente d'invalidité déposée le 8 octobre 2019 par la prénommée. Cette dernière se prévaut d'une atteinte due à un accident non professionnel (OAIE pce 1 ; cf. également OAIE pce 14) et notamment d'une fibromyalgie, d'une hernie lombaire et d'une rupture du tendon infra-épineux (OAIE pce 18 p. 1).

B.b Procédant à l'instruction de la demande, l'OAIE a porté au dossier la documentation médicale (OAIE pces 2 ss). Il en ressort que de 2002 à 2019, l'assurée a notamment souffert de troubles d'ordre gynécologique (OAIE pces 7, 21, 22, 27, 30, 38, 42, 51, 54, 59, 64, 70, 76, 78 et 79), d'un hallux valgus du pied gauche signalé en 2007 (OAIE pce 29), d'affections d'ordre otorhinolaryngologique en 2006 (OAIE pce 63), d'une affection cardiaque dont la fonction sinusale a été considérée comme normale par le Dr B._____, cardiologue, dans son rapport du 11 avril 2019 (OAIE pce 66) et d'une aggravation des migraines constatée par la Dresse C._____, neurologue, dans son rapport du 22 mai 2019 (OAIE pce 4).

B.c Dès 2003 sont rapportés divers troubles en lien avec l'appareil locomoteur, mentionnés dans les documents suivants :

- le rapport de radiologie du 24 avril 2003 du Dr D._____, radiologue, qui relève des signes de tendinites chroniques du tendon supra-épineux avec de petites calcifications linéaires s'agissant de l'épaule droite, et pour les deux épaules, des aires dispersées de tendinite sans

qu'une rupture des fibres d'épaisseur complète ne soit objectivée. Y est décrit un épaissement de la bourse subdeltoïdienne (sans liquide) indiquant un processus inflammatoire chronique. L'augmentation est qualifiée de modérée (OAIE pce 52) ;

- le rapport de médecine nucléaire du 15 juin 2007 de la Dresse E._____, médecin en médecine nucléaire, qui commente une rectification de la lordose cervicale physiologique et un aspect pouvant représenter une petite cavité hydrosyringomyélique (OAIE pce 74) ;
- le rapport de radiologie du 12 août 2009 de la Dresse E._____, laquelle évoque un acromion avec une légère inclinaison latérale et un rebord au niveau inférieur, une altération de la morphologie et du signal des tendons du supra- et de l'infra-épineux, une rupture partielle d'épaisseur complète avec une intervention au niveau de l'ensemble du tendon supra- et infra-épineux et une très discrète augmentation du signal du ventre musculaire du tendon supra-épineux qui traduit un discret œdème non spécifique en relation avec des atrophie ou dénerivation naissantes (OAIE pce 82) ;
- des rapports de radiologie des Dresses G._____, et H._____, radiologues, des 25 janvier 2010, 17 mars 2011 et 27 septembre 2013, qui concluent à une petite dilatation du canal épendymaire central au niveau cervical et dorsal (OAIE pces 31, 35 et 83) ;
- le rapport clinique de sortie du 3 mars 2011 du Dr I._____, traumatologue et chirurgien orthopédique, qui diagnostique une rupture du tendon supra-épineux complète U T2 de l'épaule droite (OAIE pce 48) ;
- les rapports médicaux et de sortie des 29 novembre, 16 décembre 2011 et 5 novembre 2012 du Dr I._____ qui retiennent, puis confirment une rupture du tendon supra-épineux, une fibrillation du ligament coraco-acromial, une bursectomie acromio-plastique, 11 mois d'évolution et une patiente qui a des douleurs (OAIE pces 24, 43 et 60) ;
- le rapport de médecine nucléaire du 7 janvier 2014 de la Dresse I._____, médecin en médecine nucléaire, qui indique de légers changements dégénératifs au niveau de la colonne dorso-lombaire (OAIE pce 40) ;

- le rapport de sortie de consultation du 28 février 2014 du Dr J._____, médecin au sein d'un service de traumatologie, qui évoque une impression diagnostique de syndrome fibrositique de prédominance paravertébrale et écarte une pathologie rhumatologique (OAIE pce 68) ;
- le rapport du 17 octobre 2015 de la Dresse K._____ qui relève des résultats dans la norme et de discrets changements neurogènes dans le muscle jumeau droit non spécifiques (OAIE pce 46) ;
- différents rapports radiologiques des 21 janvier 2016 et 28 février 2017 des Dresses L._____ et M._____, radiologues, relatifs à l'épaule droite (OAIE pces 41, 45 et 55) ;
- le rapport de radiologie du 3 juillet 2017 du Dr N._____, radiologue, qui relève un bassin peu important en relation avec une pratique absente de réplétion vésicale, et une petite image kystique au niveau théorique annexiel droit (OAIE pce 59) ;
- le rapport de radiologie du 26 septembre 2017 du Dr O._____, radiologue, établi en relation avec une cervico-brachialgie bilatérale dans le territoire C6-C7, une syringomyélie cervico-dorsale et une évaluation évolutive (OAIE pce 49) ;
- le rapport du 11 janvier 2018 de la Dresse P._____, médecin au sein d'un service de neurophysiologie clinique, établi en relation avec une cervico-brachialgie bilatérale (D>>I) C6-C7 et une syringomyélie, qui relève des paramètres dans la norme et une absence de signes concluants de dénervation musculaire aiguë ou chronique (OAIE pce 11) ;
- le rapport sur l'évolution clinique en dernier lieu au 26 février 2018, établi par la Dresse Q._____, unité des douleurs, qui indique une amélioration au niveau des douleurs articulaires (OAIE pce 32) ;
- les rapports des 21 janvier 2019 du Dr R._____, traumatologue, et 26 février 2019 de la Dresse Q._____, qui tous deux posent le diagnostic de fibromyalgie (OAIE pces 6 et 61) ;
- le rapport sur l'évolution clinique en dernier lieu au 27 mai 2019, établi par la Dresse S._____, unité des douleurs, qui pose des diagnostics de lombalgie et de cervicalgie (OAIE pce 5) ;

- des rapports de radiologie du Dr T._____, radiologue, des 10 juin et 9 décembre 2019, qui concluent à des discopathies dégénératives L3-L4 et L4-L5 sans évidence de compromission du canal rachidien et légère sténose des orifices de jonction (OAIE pce 8) et à de légères discopathies dégénératives diffuses (OAIE pce 26) ;
- le rapport d'évolution clinique au 20 août 2019, établi notamment par la Dresse U._____, médecin d'un service de réhabilitation, pour une gonalgie droite mécanique évoluant depuis près d'une année, faisant état d'une absence d'amélioration (OAIE pce 9) ;
- le rapport médical détaillé E 213 ES du 18 novembre 2019 du Dr V._____, dont la spécialisation n'est pas indiquée, lequel diagnostique une fibromyalgie, une cervicalgie et une lombalgie, tout en fixant des limitations fonctionnelles et une capacité de travail dans une activité adaptée à temps plein (OAIE pce 10) ;
- un rapport de radiologie du 9 décembre 2019 du Dr T._____ qui conclut à des douleurs cervicales caractéristique mécanique ne répondant pas au traitement médicamenteux (OAIE pce 28) ;
- le rapport d'évolution clinique au 6 février 2020, établi par le W._____, médecin en réhabilitation, qui relate des douleurs généralisées et l'absence de signes d'alarme (OAIE pce 73).

C.

C.a L'OAIE a ensuite consulté son service médical (ci-après : SM/OAIE), qui, dans une prise de position médicale du 25 juin 2020 du Dr X._____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu des diagnostics principaux de périarthropathie de l'épaule droite (CIM-10 : M75.1) – status post intervention de réparation de la coiffe des rotateurs les 23 novembre et 15 décembre 2011, de syndrome cervico- et lombospondylogène chronique-récidivant (CIM-10 : M47.8) avec cervico-brachialgie bilatérale et irritations radiculaires lombaires intermittentes, ainsi que de polyarthrose des mains (CIM-10 : M15). Toujours avec répercussion sur la capacité de travail, ce médecin relève des diagnostics de fibromyalgie et d'état anxio-dépressif chronique. A titre de diagnostics sans répercussion, il a indiqué un status post salpingectomie en mars 2016 et des migraines périodiques sans aura. Il a jugé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 50% dès le 23 novembre 2011 et à 70% dès le 5 mars 2018. Dans une activité adaptée, il l'a fixée à 20% dès le 23 novembre 2011 et à 30% dès le

5 mars 2018. Il a recommandé une appréciation d'ordre psychiatrique et évalué la pondération dans des tâches ménagères (OAIE pce 99). Dans une prise de position médicale du 30 juin 2020 du Dr Y._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le SM/OAIE a souligné qu'il était important de poursuivre l'instruction par un avis neurologique et rhumatologique, car l'intéressée était suivie essentiellement par un centre antidouleur et par des spécialistes somatiques, et de demander à l'INSS un rapport psychiatrique complet. En cas d'impossibilité à obtenir la documentation demandée, il a recommandé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire en Suisse (OAIE pce 100). Après analyse des documents au dossier, il a toutefois estimé qu'un document relatif à un examen neurologique détaillé récent suffisait (OAIE pce 101).

C.b Le 23 octobre 2020, l'INSS a fait parvenir à l'OAIE un rapport d'évolution clinique en dernier lieu au 31 août 2020, établi notamment par la Dresse Z._____, psychiatre, indiquant une assurée continuant à avoir des douleurs et considérant ne plus pouvoir travailler, se sentant inutile, mais essayant de maintenir un style de vie active (OAIE pces 104 s.).

C.c Consulté par l'OAIE au sujet de cette nouvelle documentation médicale, le SM/OAIE a, dans une réponse du médecin de l'OAIE du 6 novembre 2020 du Dr Y._____, indiqué qu'il ne pouvait retenir, sur la base des documents au dossier, aucune psychopathologie incapacitante de longue durée pouvant influencer le droit à une prestation. Il a une nouvelle fois proposé d'insister auprès de l'INSS pour disposer d'un rapport psychiatrique complet (OAIE pce 107).

C.d L'assurée et l'INSS ont alors transmis à l'OAIE en date des 31 décembre 2020 (OAIE pce 114) et 7 avril 2021 (OAIE pce 132) divers documents médicaux. Il s'agit notamment d'un rapport de santé du 12 décembre 2020 du Dr AA._____, sans indication de la spécialisation, fixant des diagnostics de migraines épisodiques sans aura sur le plan neurologique, de trouble mixte anxio-dépressif au niveau psychiatrique, pour le reste, de fibromyalgie, de hernie lombaire, d'hypertension artérielle, de syringomyélie cervico-dorsal, d'arthrose des mains et de salpingectomie (OAIE pce 111) ; d'un rapport de santé du 3 février 2021 du même médecin, signalant que durant l'année 2019, l'intéressée a été suivie tant en psychiatrie qu'en psychologie, avec un diagnostic de trouble mixte anxio-dépressif, compte tenu de la régularité du traitement médicamenteux (OAIE pce 118) ; d'un rapport médical du 26 février 2021 de la Dresse C._____, neurologue, relevant des migraines épisodiques sans aura et une absence d'amélioration (OAIE pce 125) ; d'un rapport médical

du 5 mars 2021 de la Dresse BB._____, neurologue, retenant des migraines sans aura de longue durée, à ce moment bien contrôlées (un épisode mensuel), et un léger syndrome parkinsonien asymétrique évoluant depuis un an (OAIE pce 124) ; d'un rapport psychiatrique du 5 avril 2021 et un rapport psychiatrique d'expert du 6 avril 2021 du Dr CC._____, psychiatre, diagnostiquant une dysthymie modérée (CIM-10 : F34.1), faisant état d'un pronostic défavorable et d'un traitement permanent, ainsi que fixant une incapacité de travail de 35 %. Une échelle de dépression de Hamilton est annexée (OAIE pces 129 et 130).

C.e L'OAIE a à nouveau interpellé le SM/OAIE, qui, dans une prise de position médicale du 27 avril 2021 du Dr Y._____, a relevé un diagnostic principal de dysthymie (CIM-10 : F34.1) et, sur la base du rapport du Dr X._____, des incapacités de travail. Il a fixé des limitations fonctionnelles (OAIE pce 136).

C.f Un résumé d'évolution du 28 avril 2021 de la Dresse Z._____ a été versé au dossier. Dans ce document, il est rapporté que la thérapie psychologique cognitive et le suivi pharmacologique sont maintenus, que l'évolution est peu favorable malgré la bonne adhésion et compliance thérapeutique, et que l'assurée n'est pas en condition d'effectuer une activité professionnelle (OAIE pce 137).

C.g Dans une prise de position médicale du 3 juin 2021 établie par la Dresse DD._____, spécialiste FMH en neurologie, le SM/OAIE a retenu sur le plan neurologique un diagnostic principal de cervico-brachialgie bilatérale et lombosciatalgies chroniques sans déficit neurologique. En tant que diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail, il a fixé des céphalées de tension et migraines chroniques avec bonne réponse au traitement d'Almogran, ainsi qu'un possible syndrome extra-pyramidal avec légère hypomimie et discrète rigidité au membre inférieur droit. Il a indiqué comme diagnostics associés sans répercussion une petite cavité de syringomyélie entre C6-C7 et D4, mentionnée pour la première fois dans le rapport d'IRM cervicale du 14 juin 2007, décrite sans modification sur plusieurs imageries de suivi par la suite. Se référant au rapport du 25 juin 2020 du Dr X._____, il a fixé les mêmes incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il a précisé les limitations fonctionnelles (OAIE pce 138). Suite à la réception d'un nouveau document médical psychiatrique (résumé d'évolution du 28 avril 2021 de la Dresse Z._____ susmentionné), le SM/OAIE a, dans une réponse du 7 juin 2021 du Dr Y._____, spécifié qu'il était moins détaillé que le document d'un autre médecin spécialiste (rapport du 5 avril 2021 du

Dr CC. _____ susmentionné) et n'apportait pas d'indication clinique supplémentaire permettant de modifier ses prises de position antérieures (OAIE pce 140).

C.h Par projet de décision du 29 juin 2021, confirmé par décision du 1^{er} septembre 2021, l'OAIE a rejeté la demande de la recourante. Il a retenu une diminution de la capacité de gain de 11% dès le 23 novembre 2011 et de 22% dès le 5 mars 2018, ces taux étant insuffisants pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (OAIE pces 143 et 144 ; cf. aussi formulaire E 211 ES du 24 septembre 2021 [OAIE pce 145]).

D.

D.a Par courrier électronique du 22 octobre 2021 et courrier reçu le 29 octobre suivant par l'OAIE, l'assurée conteste la décision susmentionnée. Elle fait valoir qu'elle serait défavorable par rapport aux documents médicaux espagnols, demandant implicitement à se voir reconnaître le même taux d'invalidité qu'en Espagne. Elle ajoute avoir un nouveau rendez-vous en Espagne aux fins de l'évaluation du degré d'incapacité. Elle aurait suivi les instructions de l'institution espagnole d'adresser son courrier à l'OAIE pour poursuivre le processus et de présenter les documents pertinents relatifs au futur rendez-vous médical en vue d'évaluer sa situation médicale (OAIE pces 147 et 148 ; TAF pce 1).

D.b Le 10 novembre 2021, l'OAIE a transmis ce courrier au Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou le Tribunal) comme objet de sa compétence (OAIE pce 151 ; TAF pce 2).

D.c Sur demande du Tribunal, cet office a attesté que la décision attaquée avait été notifiée à la recourante le 10 septembre 2021 (TAF pce 5).

D.d Par réponses des 11 mai (TAF pce 10) et 21 octobre 2022 (TAF pce 12), il conclut principalement à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet ainsi qu'à la confirmation de la décision entreprise. Il considère qu'aucun élément apporté en procédure de recours ne permet de remettre en cause cette dernière.

D.e Invitée par le Tribunal à déposer une réplique (TAF pce 13), la recourante n'a pas réagi dans le délai imparti.

D.f Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront exposés et discutés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]). De plus, le recours a été déposé dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA ; TAF pces 7 et 8).

1.2 S'agissant de la question du respect du délai de recours (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA), il s'avère que la décision litigieuse du 1^{er} septembre 2021 a été notifiée le 10 septembre 2021 à la recourante, selon les preuves fournies par l'autorité inférieure (TAF pce 5). Le délai de recours est donc arrivé à échéance le 11 octobre 2021. Or, le mémoire de recours a été réceptionné par l'OAIE en date du 29 octobre 2021 (cf. TAF pce 1). Cet office invoque de ce fait la tardivité du recours. Un tel raisonnement ignore toutefois le fait que ce n'est pas la date de réception, mais de l'envoi du recours qui est déterminante pour juger de l'observation du délai de recours (cf. art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA, et 21 al. 1 PA). Or dans le cas d'espèce, à la requête du Tribunal de céans, l'OAIE a concédé que l'enveloppe ayant contenu le mémoire de recours n'avait pas été scannée dans son dossier, ni conservée. Pour cette raison, il a déclaré ne pas être en mesure de produire l'enveloppe munie du timbre postal (TAF pce 10).

1.3 Selon la jurisprudence constante, le fardeau de la preuve doit exceptionnellement être renversé lorsqu'une partie ne peut pas apporter une preuve pour des raisons qui ne lui sont pas imputables, mais à l'administration. Un tel cas de renversement du fardeau de la preuve a par exemple été admis en cas d'absence de preuve quant au respect du délai de recours, due au fait que l'administration ou l'autorité n'ont pas conservé au dossier de l'assuré l'enveloppe dans laquelle leur avait été envoyé l'acte de recours, en violation du devoir de gestion du dossier (cf. art. 46 LPGA), et ont de ce fait empêché l'apport de la preuve quant au respect du délai

de recours (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.2).

1.4 En l'espèce, la recourante est domiciliée en Espagne. Or, il arrive fréquemment, contrairement à ce qui est usuel en Suisse pour les envois domestiques, que les envois postaux entre l'Espagne et la Suisse prennent jusqu'à deux semaines, voire davantage pour arriver à destination. Il ne peut dès lors pas être, au degré de la vraisemblance prépondérante, totalement exclu que l'envoi ait mis 18 jours pour être réceptionné par l'autorité inférieure. Qui plus est, celle-ci pêche à produire la preuve de l'envoi par la recourante pour une raison qui n'est pas imputable à cette dernière, mais bien à l'administration, qui n'a ni conservé ni scanné dans son dossier l'enveloppe du recours, en violation de l'art. 46 LPG. Or, cela constituait en l'espèce pour l'OAIE le seul moyen de prouver le non-respect du délai de recours. Aucune pièce au dossier ne permettant de déterminer la date d'envoi du recours, le délai de recours doit être considéré comme respecté.

1.5 Le recours est ainsi recevable, quoi qu'en pense l'autorité inférieure dans ses réponses des 11 mai (TAF pce 10) et 21 octobre 2022 (TAF pce 12), et le Tribunal entre en matière sur le fond.

2.

En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si c'est à raison que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de la recourante, qui réclame une rente d'invalidité.

3.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPG ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^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, ATF 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR/ETIENNE 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).

4.

4.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3, ATF 136 V 24 consid. 4.3, ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Lors d'un changement de législation durant la période déterminante, le droit éventuel à des prestations se détermine selon l'ancien droit pour la période antérieure et selon le nouveau dès ce moment-là (application pro rata temporis ; ATF 130 V 445).

4.1.1 L'affaire présente un aspect transnational, dans la mesure où la requérante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé en Suisse. Sont dès lors applicables à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), ses annexes et ses règlements (en particulier : 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] et 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]). Toutefois, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec son annexe VII ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

4.1.2 S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6^e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647). Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI, RO 2021 705, FF 2017 2363), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, ne s'appliquent par contre pas au 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 1^{er} septembre 2021). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 consid. 1.2,

121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références).

5.

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans (voir *supra* let. A) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente (art. 36 al. 1 LAI). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase LPGA).

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 Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré-e a droit à un quart de rente s'il ou elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il ou elle est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il ou elle est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il ou elle est invalide à 70% au moins.

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

6.4 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 (art. 29 al. 1 LAI).

7.

7.1 Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique d'une personne assurée et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge 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). 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 assurée 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 et les références).

7.1.1 Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. La jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux et d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références, 9C_745/2010 du

30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 LAI n° 33).

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. 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 plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.1.2 Selon la jurisprudence récente, les affections psychiques doivent en principe faire l'objet de la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2 et 9C_73/2017 du 14 mars 2018 consid. 5.1).

7.1.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e éd. 2020, art. 42 LPGA n° 31 ; ATF 122 II 464 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

8.

L'OAIE s'est appuyé, dans la décision entreprise, sur les constatations du SM/OAIE, fixant les capacités de travail et selon lesquels la recourante notamment souffrirait d'altérations dégénératives de l'appareil locomoteur (cervico-brachialgie bilatérale et lombosciatalgies chroniques) qui

réduisent sa résistance physique et qui proscrivent des activités lourdes nécessitant la région cervicale et lombaire ainsi que l'élévation du bras droit plus haut que le niveau horizontal ; cependant, une activité adaptée reste médicalement exigible. Ces conclusions ressortent essentiellement de la réponse du médecin de l'OAIE du 7 juin 2021 (OAIE pce 140), de la prise de position médicale du 3 juin 2021 (OAIE pce 138), de celle du 27 avril 2021 (OAIE pce 136), de la réponse du 6 novembre 2020 (OAIE pce 107) et de la prise de position médicale du 25 juin 2020 (OAIE pce 99).

9.

Il y a lieu dès lors d'examiner si les rapports du SM/OAIE qui viennent d'être mentionnés au considérant précédent, pouvaient, dans leur ensemble, se voir attribuer pleine valeur probante, comme l'a estimé l'autorité inférieure.

9.1 Il apparaît que ces rapports émanent de trois spécialistes FMH en médecine interne, en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en neurologie. Il s'agit donc de praticiens disposant des connaissances et de la spécialisation nécessaires à une investigation valable des problèmes somatiques et psychiques dont est sujette la requérante (on notera que les pathologies de type gynécologique ne nécessitent, pour les motifs qui seront exposés au prochain considérant, pas de spécialiste, pouvant être valablement couvert par un médecin généraliste). Ils ne relatent, certes, que rarement les plaintes exprimées par celle-ci. Il convient toutefois de rappeler que les prises de position du service médical régional (SMR) et du SM/OAIE 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 Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1, 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Ils ont, si on recoupe tous les rapports du SM/OAIE, en particulier d'ordre psychiatrique et neurologique, eu possession et connaissance de l'ensemble du dossier médical, à tout le moins les pièces pertinentes, de l'assurée. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et la description du contexte médical est claire.

9.2 En somme, les rapports du SM/OAIE répondent aux réquisits jurisprudentiels de nature formelle pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

10.

En ce qui concerne plus spécialement les aspects d'ordre médical, il y a lieu de remarquer ce qui suit :

10.1 Il ressort du dossier que la recourante présente des pathologies avant tout dans la région des cervicales, du dos, des mains et du genou droit, ainsi qu'une fibromyalgie, des migraines sans aura, un trouble mixte anxio-dépressif et une dysthymie modérée, et un léger syndrome parkinsonien asymétrique. Tant les troubles d'ordre gynécologique attestés de 2002 à 2019 (OAIE pces 7, 21, 22, 27, 30, 38, 42, 51, 54, 59, 64, 70, 76, 78 et 79) que d'ordre otorhinolaryngologique en 2006 (OAIE pce 63) ne sont plus relevés par la suite dans le dossier et n'ont donc pas à être pris en compte.

10.2 Tel est également le cas de l'hallux valgus du pied gauche signalé en 2007 (OAIE pce 29) ou de l'affection cardiologique qui n'est plus évoquée par aucun médecin dès 2019 (OAIE pces 4 et 66).

10.3 Enfin, un médecin, le Dr AA. _____, relève une hypertension artérielle en 2020 (OAIE pce 111). Il n'indique cependant pas quelle est son influence au niveau de la capacité de travail de la recourante. N'étant pas mentionné par les autres médecins consultés, il convient de considérer que ce trouble n'est, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus présent ou non incapacitant.

10.4 En ce qui concerne les affections principales dont souffre la recourante, le Tribunal constate que les médecins du SM/OAIE ont retenu les diagnostics principaux de périarthropathie de l'épaule droite (CIM-10 : M75.1) – status post intervention de réparation de la coiffe des rotateurs le 23 novembre et le 15 décembre 2011, de syndrome cervico- et lombospondylogène chronique-récurrent (CIM-10 : M47.8) avec cervicobrachialgie bilatérale et irritations radiculaires lombaires intermittentes (la neurologue retient une cervicobrachialgie bilatérale et lombosciatalgies chroniques sans déficit neurologique), ainsi que de polyarthrose des mains (CIM-10 : M15), et de dysthymie (CIM-10 : F34.1). Ils ont encore indiqué à titre de diagnostics associés avec répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie et un status anxio-dépressif chronique, ainsi que des céphalées de tension et migraines chroniques avec bonne réponse au traitement d'Almogran et possible syndrome extra-pyramidal avec légère hypominie et discrète rigidité au membre inférieur droit. Ils ont par ailleurs signalé des diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail de status post salpingectomie en mars 2016 et des migraines périodiques sans aura, ainsi qu'une petite cavité de syringomyélie entre C6-C7 et D4, mentionné pour la première fois dans le rapport d'IRM cervicale du 14 juin 2007, décrite sans modification sur plusieurs imageries de suivi par la suite (cf. OAIE pces 99, 136, 138 et 140).

10.5 Or, outre le fait que tous les diagnostics retenus par les médecins traitants correspondent à ceux relevés par les médecins du SM/OAIE, à l'exception d'une gonalgie droite mécanique (cf. rapport du 20 août 2019 de la Dresse U._____ [OAIE pce 9]), une analyse des diagnostics du SM/OAIE révèle une contradiction entre les rapports du Dr X._____ et de la Dresse DD._____. En effet, ces deux praticiens retiennent des migraines périodiques sans aura, respectivement des céphalées de tension et migraines chroniques avec bonne réponse au traitement d'Almogran. Néanmoins, le premier classe ce diagnostic dans les diagnostics associés sans répercussion sur la capacité de travail (OAIE pce 99 p. 2), tandis que la seconde le classe dans ceux avec répercussion (OAIE pce 138 p. 2). Cela s'avère d'autant plus problématique que le Dr X._____ prend la date d'un rapport médical confirmant pour la première fois ce diagnostic comme point de départ pour une aggravation du taux de l'incapacité de travail, à savoir le 5 mars 2018 (cf. OAIE pce 4) : l'incapacité de travail passe alors, selon le Dr X._____, de 50% à 70% dans l'activité habituelle et de 20% à 30% dans une activité adaptée, tout en précisant que les migraines chroniques ne sont pas incapacitantes. Cela étant, les deux autres médecins du SM/OAIE, à savoir les Drs Y._____ et DD._____, s'appuient sur les capacités de travail retenues par le Dr X._____, sans motiver ni même relever cette incohérence (OAIE pces 4 et 6). Le Dr Y._____, un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, signale que la recourante présente une pathologie rhumatologique et neurologique, et que le versant psychiatrique n'influence pas le degré d'invalidité pour l'octroi d'une rente. Il ajoute que le trouble psychique est une dysthymie modérée, dont le Dr CC._____ évalue le degré d'invalidité à 35%, ce qui est cohérent avec la prise de position du Dr X._____. Il indique encore qu'il n'est pas décrit de psychopathologie de grade pouvant influencer les limitations fonctionnelles, qui sont essentiellement liées à des douleurs chroniques, et des céphalées et des problèmes neurologiques nécessitant un avis spécialisé en neurologie (OAIE pce 136 p. 3 ; cf. aussi OAIE pce 107 p. 1). Certes, la Dresse DD._____ indique dans son appréciation du cas que finalement, les migraines sont décrites à une fréquence d'une fois par mois, mais une fluctuation de la fréquence durant les périodes stressantes par exemple peut être acceptée. En plus, la douleur est décrite facilement régressive sous un traitement d'Almogran, donc l'incapacité de travail en relation avec ce problème ne dépasse pas les 20% pour toute activité dès le 5 mars 2018, date du rapport de consultation qui décrit les céphalées pour la première fois. La Dresse DD._____ précise que « cette incapacité de travail ne se rajoute pas [aux 70% et aux 30% d'incapacité de travail] mentionnés dans la prise de position du 25 juin 2020 ». Elle invite expressément l'autorité inférieure à suivre ses

conclusions (OAIE pce 138 p. 3). Au final, ces documents en se contredisant et en reprenant les conclusions relatives à l'incapacité de travail d'un premier rapport du 25 juin 2020 qui retient l'argument d'une confirmation d'un diagnostic pour justifier une aggravation de l'incapacité de travail mais en précisant qu'il n'est pas incapacitant, se révèlent incohérents et incompréhensibles. Il existe dès lors des indices suffisants plaidant contre leur fiabilité et mettant à mal leur valeur probante.

10.6 Sur le plan psychiatrique, les documents, en particulier la prise de position du 27 avril 2021, émanant du Dr Y. _____ ne procèdent aucunement à l'appréciation du cas selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Ce spécialiste ne présente en effet nulle part, même brièvement, les ressources de la personne assurée (s'agissant du complexe « personnalité »). S'il explique la double fonction des traitements psychotropes prescrits (antalgique et anxiolytique), force est de constater qu'il n'évoque pas leur succès ou les résistances à leur égard dans le cas particulier de la recourante (indicateur « succès du traitement ou résistance à cet égard ». On ignore également, à la lumière des rapports du Dr Y. _____, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard (indicateur correspondant). Ne respectant pas la procédure probatoire structurée exigée par la jurisprudence, le rapport du Dr Y. _____ ne saurait, pour cette raison déjà, avoir une quelconque valeur probante.

10.7 Par ailleurs, la motivation proposée par ce psychiatre est sommaire, signalant que le versant psychiatrique n'influence pas le degré d'invalidité pour l'octroi d'une rente. Le trouble psychique retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail est une dysthymie modérée, tout en rappelant qu'un psychiatre traitant, le Dr CC. _____, l'a évalué à un degré d'invalidité de 35% (cf. OAIE pce 129). Or, il tait le fait que ce psychiatre a émis un pronostic défavorable. De surcroît, le Dr Y. _____ confirme la prise de position du 25 juin 2020 du Dr X. _____, à savoir un médecin généraliste qui ne dispose pas de la spécialisation idoine. Enfin, le Dr Y. _____ fait certes état, dans sa « [r]éponse du médecin de l'OAIE » du 6 novembre 2020 (OAIE pce 107), de points litigieux, en particulier par rapport à la Dresse Z. _____, laquelle a retenu un antécédent dépressif. Il explique à cet égard que le suivi attesté n'indique aucune psychopathologie incapacitante sur le plan psychiatrique et que les limitations décrites par la personne assurée sont somatiques avec des douleurs chroniques invalidantes et neurologique avec des céphalées chroniques suivies en neurologie. Il répond alors ne pouvoir retenir, sur la base des documents figurant au dossier, aucune psychopathologie incapacitante de longue durée pouvant influencer le droit à une prestation, tout en proposant

d'insister auprès de l'INSS pour disposer d'un rapport complet psychiatrique. Force est d'admettre que le psychiatre du service médical de l'OAIE reconnaît ainsi lui-même que le dossier n'était pas assez fourni pour se prononcer valablement sur les problèmes psychiques de la recourante. On ne saurait dès lors attribuer à ce document pleine valeur probante. Ce constat vaut également pour la prise de position médicale du 30 juin 2020, encore moins étayée et faisant la même recommandation (OAIE pce 100).

10.8 En conséquence, les documents médicaux du SM/OAIE ne peuvent pas se voir accorder pleine valeur probante, contrairement à ce qu'a considéré l'autorité inférieure dans la décision dont est recours. Il est par ailleurs rappelé à cet endroit qu'une instruction complémentaire sera requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence des rapports rattachés aux assureurs (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d). Tel est le cas en l'espèce.

Le dossier ne permet par ailleurs pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de trancher avec certitude la question de l'impact des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante. Il en va ainsi du rapport du Dr CC. _____ qui omet notamment de décrire les ressources personnelles de l'assurée ou encore les limitations fonctionnelles. Il en va de même du rapport de santé du 3 février 2021 du Dr AA. _____, qui retient un trouble mixte anxio-dépressif, mais qui est plus succinct et n'indique pas la spécialisation de son auteur (cf. OAIE pce 118).

11.

11.1 Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'est en l'état pas en mesure de vérifier le degré d'invalidité de la recourante. Les atteintes à la santé de celle-ci et leurs conséquences notamment sur le taux d'invalidité n'ont pas été investiguées comme il se doit par l'autorité inférieure. Qui plus est, les pièces au dossier ne permettent pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de leur importance, ni de leurs effets exacts sur la capacité de travail de la recourante, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

11.2 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 renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014

consid. 2.2). 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 consid. 12 et les références). En l'espèce, il ressort donc du dossier que la question des atteintes à la santé de la requérante et leurs répercussions exactes sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée n'a pas été instruite à satisfaction de droit et mérite un éclaircissement.

11.3 Par ailleurs, selon la jurisprudence, un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de la simplicité de la procédure et de diligence, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce.

11.4 En l'occurrence, la décision litigieuse se base sur des documents du SM/OAIE qui ne correspondent pas aux exigences posées par la jurisprudence en la matière, pour refuser une rente d'invalidité à la requérante.

12.

Il s'ensuit que le recours est admis et la décision attaquée annulée.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction et nouvelle décision. Une clarification des atteintes à la santé de la requérante et de leurs effets exacts sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée s'avère en effet nécessaire.

En particulier, l'OAIE veillera à requérir des rapports récents des médecins traitants de la requérante et ordonnera une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, neurologie et psychiatrie. Ce dernier volet devra respecter l'évaluation normative et structurée au sens de l'ATF 141 V 281. A cet égard, il appartiendra au centre d'expertises d'ajouter d'autres disciplines

médicales qu'il jugerait nécessaires au regard des affections dont souffre la recourante (cf. art. 44 al. 5 en relation avec al. 1 let. c LPGA du nouveau droit). Les médecins devront notamment déterminer les atteintes à la santé de la recourante et leurs effets exacts sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles. L'ensemble du dossier devra ensuite être soumis au SM/OAIE pour nouvel examen. Enfin, une nouvelle décision devra être prise.

13.

Le Tribunal rend attentif l'autorité inférieure à la nécessité d'examiner un éventuel droit à des mesures d'ordre professionnel préalablement à l'analyse d'un droit à une rente d'invalidité de la recourante, compte tenu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (cf. ATF 132 V 244 consid. 6.4.1 et les références).

14.

Au surplus, il est rappelé que les décisions prises par la sécurité sociale espagnole (cf. OAIE pces 112 et 115 p. 2) ne lient pas les autorités suisses, le droit à des prestations de l'AI suisse se déterminant exclusivement d'après le droit suisse (voir *supra* consid. 4.1.1).

15.

15.1 Vu l'issue du litige, la recourante ne doit pas participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 PA). En effet, selon la jurisprudence fédérale, une partie est considérée comme ayant obtenu gain de cause lorsque l'affaire est renvoyée – comme en l'espèce – à l'autorité pour des instructions complémentaires et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 6). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 800.– versée sera restituée à la recourante une fois le présent arrêt entré en force.

15.2 En outre, la recourante ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision attaquée annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de Fr. 800.– déjà versée par la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

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

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

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Julien Borlat

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 :