



---

Cour III  
C-6831/2017

## Arrêt du 23 mars 2021

---

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),  
Vito Valenti, Viktoria Helfenstein, juges,  
Luca Rossi, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Espagne),  
représentée par Maître Jean-Marie Allimann,  
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 7 novembre 2017).

**Faits :****A.**

A.\_\_\_\_\_ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante espagnole née le (...) 1971, mariée le (...) 1990, mère de deux enfants nés le (...) 1991 (B.\_\_\_\_\_) et le (...) 1993 (C.\_\_\_\_\_), a travaillé en dernier lieu comme éducatrice à 80% et cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité en Suisse d'octobre 1990 jusqu'à fin juillet 1997 (pces 2, 16, 18, 21 du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger [ci-après: OAIE]). Depuis son retour en Espagne où elle réside depuis 1997, elle s'est entièrement consacrée à l'activité de femme au foyer (OAIE pces 9 p. 11 et 16).

**B.**

**B.a** Le 16 février 2017, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse auprès de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social, produisant le formulaire E204-ES et divers rapports médicaux faisant état d'une pancolite ulcéreuse et de troubles rhumatologiques au niveau des membres supérieurs et inférieurs, de la colonne lombaire et des hanches (OAIE pces 1-6).

**B.b** Procédant à l'instruction de la demande, l'autorité inférieure a recueilli les formulaires E205-CH « *Attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse* » et E205-ES « *Certificacion relativa a la vida laboral en Espana* », le « *Questionnaire à l'assuré (UE)* », le « *Questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage* », ainsi que plusieurs rapports médicaux complémentaires produits par l'assurée (OAIE pces 9, 10-14, 16, 18, 20). Le cas a ensuite été soumis au Service médical régional de l'OAIE (ci-après: SMR) qui a reconnu à l'assurée, une incapacité ménagère de 41% à partir du mois de janvier 2012 (prise de position médicale du 22 juillet 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale [OAIE pce 22]).

**B.c** Par décision du 7 novembre 2017, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 25 juillet 2017 contre lequel A.\_\_\_\_\_ n'a pas déposé d'objections et, compte tenu d'une atteinte à la santé entraînant une incapacité d'accomplir les travaux habituels évaluée – en application de la méthode spécifique – à 41% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, il a reconnu à l'assurée le droit à un ¼ de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 correspondant à l'échéance du délai de carence d'une année. En raison du dépôt de la demande de prestations effectué tardivement le 16 février 2017, le droit à la prestation n'a toutefois pris naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> août 2017, soit dans

les six mois suivant la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations (OAIE pces 22, 23, 27).

### **C.**

**C.a** Par mémoire posté le 6 décembre 2017, A. \_\_\_\_\_ recourt auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après: Tribunal ou TAF) contre la décision du 7 novembre 2017, dont elle requiert l'annulation partielle en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 70% à partir du 1<sup>er</sup> août 2017, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure afin que celle-ci procède à un complément d'instruction en ordonnant notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et prononce une nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle produit plusieurs actes médicaux figurant déjà au dossier ainsi qu'un rapport du 19 octobre 2017 du Dr E. \_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas indiquée (TAF pces 1, 6, 7, 13 et annexes).

**C.b** Aux termes d'une décision incidente prononcée le 12 décembre 2017, le Tribunal a invité la recourante à effectuer une avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de Fr. 800.-, dont elle s'est acquittée dans le délai prolongé par décision incidente du 24 janvier 2018 (TAF pces 2, 5 et 6).

**C.c** Par réponse du 21 février 2018, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se fondant sur une prise de position SMR du 16 février 2018 (TAF pce 9).

**C.d** La recourante a répliqué le 16 avril 2018, réitérant ses conclusions initiales et produisant de nouveaux certificats médicaux (TAF pce 11).

**C.e** L'OAIE a dupliqué le 22 mai 2018, maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours sur la base d'une prise de position SMR du 18 mai 2018 (TAF pce 13).

### **D.**

Par ordonnance du 1<sup>er</sup> juin 2018, le Tribunal a porté la duplique à la connaissance de la recourante et clos l'échange d'écritures (TAF pce 14).

### **E.**

Par courriers adressés au Tribunal les 7 février et 18 avril 2019, l'OAIE a communiqué qu'il entrait en matière sur une demande de révision déposée le 11 avril 2019 par A. \_\_\_\_\_ sur la base d'un rapport du 28 décembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) et d'un autre du 18

mars 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste auprès du service d'oncologie et radiothérapie du Hôpital L. \_\_\_\_\_ (TAF pces 15-16).

## **F.**

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

## **Droit :**

### **1.**

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

**1.2** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Le recours ayant été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), il se révèle recevable, l'avance de frais d'un montant de 800.- francs ayant été de surcroît versée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA et art. 69 al. 2 LAI).

### **2.**

L'objet du présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'in-

validité, singulièrement sur le degré d'invalidité que celle-ci présente, l'ouverture du droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2017 – soit à six mois du dépôt de la demande de prestations – n'étant pas contestée.

### 3.

**3.1** Au sens de l'art. 49 PA, le recourant peut invoquer devant le Tribunal administratif fédéral la violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) et l'inopportunité de la décision (let. c).

**3.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA; MOOR/POLTIER, *Droit administratif*, vol. II, 3<sup>e</sup> éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2, 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, *op. cit.*, ch. 2.2.6.5; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2<sup>e</sup> 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; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2<sup>e</sup> éd. 2013, p. 25 n. 1.55). Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; arrêt du TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4). Ce devoir impute en particulier aux parties l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles supporteront les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.2, 125 V 193 consid. 2).

### 4.

**4.1** Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

**4.2** Le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (en l'espèce, le 7 novembre 2017). 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 (arrêts du TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.). Le Tribunal ne peut ainsi prendre en considération que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée, à l'exception de ceux établis ultérieurement qui permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision sujette à recours.

En l'occurrence, les rapports des 8 juin 2017 et 25 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ (TAF pce 1, annexe 4 p. 3 et TAF pce 11, annexe 8), et ceux des 19 octobre 2017 et 9 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ (TAF pce 1, annexe 3 et TAF pce 11, annexe 7) permettent de mieux appréhender l'état de santé et la capacité de travail de l'intéressée – n'attestant en particulier d'aucune aggravation de ceux-ci – jusqu'à la décision sujette à recours (cf. consid. 8.1 infra), de sorte qu'ils peuvent être pris en considération dans la présente procédure de recours. Par contre, les rapports du 18 mars 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_ et du 28 décembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_ (TAF pces 15 et 16) relatifs à une affection oncologique ayant entraîné une intervention chirurgicale le 14 décembre 2018 pour l'exérèse d'un glioblastome IDH wild type et à l'hospitalisation de l'assurée du 11 au 18 décembre 2018 portent sur une affection nouvelle, n'ayant été ni diagnostiquée, ni évoquée avant le prononcé de la décision litigieuse. Relatifs à des faits survenus postérieurement à celle-ci, ces actes ne sont pas étroitement liés à l'objet du présent litige ni de nature à en influencer l'appréciation, de sorte qu'ils ne sauraient être pris en considération dans le cadre de la présente procédure de recours, mais faire l'objet d'une instruction spécifique dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente déjà initiée (cf. courrier du 18 avril 2019 de l'OAIE [TAF pce 16]).

**5.**

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne ayant travaillé plusieurs années en Suisse. Partant, la cause doit être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après: règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après: règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Conformément à l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes auxquelles ce règlement s'applique, bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4). Cependant, la documentation médicale et administrative recueillie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement 987/2009; ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3).

**6.**

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

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

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son 18<sup>e</sup> anniversaire. L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. La personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1<sup>er</sup> juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

**6.2** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, tels à titre d'exemple, l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 8 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA et art. 27 RAI [RS 831.201]). L'invalidité 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. 6, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui.

L'assurance-invalidité suisse ne couvre donc pas la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques ou les empêchements constatés dans les travaux habituels, liés à une atteinte à la santé, sont assurés. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain ou l'empêchement dans les travaux habituels probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA; voir aussi l'art. 8 al. 3, 2<sup>e</sup> phrase, 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<sup>e</sup> phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

**6.3** 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 pas raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (cf. à ce sujet l'art. 27 RAI cité sous consid. 6.2). Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare alors les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond à la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, la détermination du taux d'invalidité concernant l'activité dans le ménage implique, en règle générale, la mise en œuvre d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) qui a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (arrêts du TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2; 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation des limitations intervient, de plus, sur la base d'un tableau correspondant à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI [version 15 en vigueur au moment du prononcé de la décision contestée]), établie par l'Office fédéral des assurances sociales. Le contenu du rapport d'enquête doit être plausible, motivé et rédigé de façon

suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts du TF 9C\_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2; 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation de l'incapacité de la personne assurée résidant à l'étranger dans l'accomplissement des travaux habituels doit se fonder sur des principes analogues. Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; notamment : arrêt du TAF C-4872/2017 du 10 octobre 2019 consid. 6.3.3 et références).

## 7.

**7.1** Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

**7.2** 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 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C\_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 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 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. VALTERIO, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

**7.3** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'il ou elle soit médecin de famille généraliste ou spécialiste, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci ou celle-ci à son ou sa patient-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. cit. ; arrêt du TF I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (arrêt du TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 consid. 5.3) ; ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert-e (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les réf. cit. ; arrêts du TF 9C\_338/2016 du 21 février 2017, publié in : Droit des assurances sociales – Jurisprudence [SVR] 2017 IV n° 49 consid. 5.5 ; 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C\_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ;

9C\_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 48 et 49).

**7.4** Concernant enfin les rapports et expertises des médecins rattachés à un assureur, il sied de relever que le fait précisément que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu : ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve ; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/ee ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43).

**7.4.1** Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d). Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) et du service médical de l'OAIE doivent être appréciées comme des rapports de médecins liés à l'assureur (concernant le SMR, arrêts du TF 9C\_159/2016 du 2 novembre 2016 consid. 2.2 ss ; 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014 consid. 4 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.1 et 8.2 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 7 et 42 ss, art. 59 LAI n° 2).

**7.4.2** Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 ; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Elles ont notamment pour but, outre celui d'aider les profanes en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux et à qui il appartient de trancher le droit aux prestations, de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ceci implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire de façon motivée s'il y a lieu de se fonder

sur l'une ou l'autre de ces pièces ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 142 V 58 consid. 5.1). De telles prises de position, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre les conclusions d'un médecin sans établir les raisons pour lesquelles les conclusions différentes d'autres médecins ne sont pas suivies (ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 57 LAI n° 43). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur ne peuvent pas, en général, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 et 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; arrêt du TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

**7.4.3** Les services médicaux régionaux (SMR) sont à la disposition des offices de l'assurance-invalidité pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de la personne assurée, déterminantes pour l'assurance-invalidité conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée d'elle. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI).

## 8.

**8.1** L'instruction médicale de la présente cause a porté au dossier la documentation suivante :

- plusieurs comptes rendus de consultations effectuées les 18 mai 2015, 14 décembre 2015 et 4 juillet 2016 auprès du Service de gastro-entérologie de l'Hôpital I. \_\_\_\_\_, dont il appert que l'assurée souffre d'une pancolite ulcéreuse diagnostiquée en 2008; que des mesures thérapeutiques conservatrices ainsi qu'un suivi hospitalier régulier ont été mis en place depuis 2012; que la dernière crise survenue en avril 2014 a été soulagée par le traitement prodigué; que la dernière coloscopie pratiquée en janvier 2015 a permis d'observer une pancolite ulcéreuse calme (cf. rapport de la Dresse J. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 3]);
- plusieurs comptes rendus du Dr H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie auprès du Hôpital K. \_\_\_\_\_):
  - qui, le 20 août 2015, observe une patiente asymptomatique sur le plan digestif, ayant souffert d'arthralgies multiples au niveau des

- mains et des pieds au cours de l'année écoulée et présentant des douleurs lombaires – avec irradiations occasionnelles dans les membres inférieurs – coïncidant parfois avec les crises de pancolite ulcéreuse; à l'auscultation, relève des douleurs lombaires et coxo-fémorales à droite lors des mouvements de rotation et préconise de pratiquer régulièrement des exercices doux de mobilité (OAIE pce 4);
- qui, le 21 janvier 2016, observe – sur la base de radiographies du pelvis, de la colonne lombaire, des genoux, des pieds – au niveau des pieds, des altérations dégénératives de l'articulation métatarso-phalangienne du premier doigt des deux pieds, prédominant à droite; au niveau du bassin, une sclérose et discrète irrégularité de la partie inférieure des deux articulations sacro-iliaques en lien éventuel avec une spondylarthropathie inflammatoire; au niveau de la colonne lombaire, une légère diminution de l'espace intervertébral L5-S1; au niveau des genoux, aucune altération significative; diagnostique une spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, status calme dans les deux cas, et ne préconise pas de traitement (OAIE pce 4);
  - qui, le 1<sup>er</sup> septembre 2016, relève des douleurs aux fesses droite puis gauche; observe à la palpation des douleurs périrochantériennes bilatérales; diagnostique une spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, status calme dans les deux cas, ainsi qu'une trochantérite bilatérale (OAIE pce 4);
  - qui, le 9 septembre 2016, procède à des infiltrations en raison de la périarthrite bilatérale et recommande l'exclusion des ports de charges ainsi que des efforts (OAIE pce 5);
  - qui, le 1<sup>er</sup> décembre 2016, relève des douleurs à l'épaule droite; observe, à la suite d'un examen radiographique de l'épaule droite et d'une IRM des articulations sacro-iliaques, une légère réduction de l'espace acromio-claviculaire sans autre particularité et une sacro-iliite aiguë à gauche; diagnostique:
    - une spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse
    - une tendinite de la coiffe des rotateurs droite
    - une arthrose acromio-claviculaire
    - une trochantérite bilatérale résolue (OAIE pce 4);

- un rapport du 20 décembre 2016 du Dr E. \_\_\_\_\_ (dont la spécialisation n'est pas indiquée) qui retient les diagnostics de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, sclérose et discrète irrégularité dans la partie inférieure des deux articulations sacro-iliaques, arthrose acromio-claviculaire, trochantérite bilatérale et reconduit le traitement de Claversal et d'analgésiques en cas de crises (OAIE pce 6);
- un compte rendu de consultation du 8 juin 2017 dans lequel le Dr H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) constate la persistance des douleurs au niveau des épaules et des paresthésies au niveau des mains et des pieds; observe des douleurs au niveau de l'épaule droite lors des mouvements; retient les diagnostics de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse (toutes deux calmes), tendinite légère de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, arthrose acromio-claviculaire, trochantérite bilatérale résolue, syndrome fibromyalgique; préconise la poursuite du traitement médicamenteux et des exercices prescrits (TAF pce 1 annexe 4);
- une prise de position médicale SMR du 22 juillet 2017 dans laquelle le Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) résume les évaluations médicales du 20 août 2015 au 1<sup>er</sup> décembre 2016, ainsi que les rapports médicaux des 9 septembre 2016 et 20 décembre 2016, précisant que ce dernier se borne à dresser une liste de diagnostics sans examen clinique et doit dès lors être appréhendé avec retenue lors de l'évaluation des limitations fonctionnelles; retient une pancolite ulcéreuse, spondylarthrite associée et crises de polyarthrite récidivante au niveau des pieds et des mains comme diagnostics principaux et celui de périarthrite des hanches comme diagnostic associé avec répercussions sur la capacité de travail, mais exclut tout syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires ni constat de déficit organique, à l'instar d'une fibromyalgie; il expose que la pancolite ulcéreuse reste calme, en l'état, grâce à la prise médicamenteuse et ne paraît pas entraîner de répercussions secondaires importantes, tandis que les troubles locomoteurs, plus sévères, se manifestent lors de crises inflammatoires des pathologies sous-jacentes; les traitements symptomatiques rétablissent en règle générale le tableau médical de manière supportable; néanmoins, l'assurée subit globalement une réduction de sa résistance aux charges physiques entraînant – selon une évaluation des limitations fonctionnelles établie en application de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence [cm 3079 à 3095, en vigueur au 15 décembre 2016]) – une incapacité de travail significative comme femme au foyer, soit 30% pour l'alimentation, 60% pour l'entretien du logement, 40%

pour les achats, 50% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 50% pour les tâches diverses, entraînant une invalidité de 41% dans l'accomplissement des travaux du ménage dès le mois de janvier 2012 (OAIE pce 22);

- un rapport du 19 octobre 2017 dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ (dont la spécialisation n'est pas indiquée) rappelle les diagnostics de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, trochantérite bilatérale, arthrose acromio-claviculaire et fibromyalgie; prescrit un traitement médicamenteux prévoyant notamment la prise d'antalgiques en cas de crises; constate que l'assurée nécessite un soutien modéré pour les soins personnels, mais qu'elle peut néanmoins s'éloigner de son domicile (TAF pce 1 annexe 3);
- un compte rendu de la consultation du 25 janvier 2018 aux termes duquel le Dr H. \_\_\_\_\_ (spécialiste en rhumatologie) prend acte d'une crise de pancolite ulcéreuse et d'une douleur carpienne droite à la pression; constate, sur la base de radiographies, l'absence d'arthropathie au niveau des mains et des poignets, mais une légère calcification adjacente à la base de la phalange proximale du troisième doigt de la main droite; rappelle les diagnostics retenus de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, légère tendinite de la coiffe des rotateurs droite, arthrose acromio-claviculaire, trochantérite bilatérale résolue, syndrome fibromyalgique et préconise la poursuite du traitement médicamenteux et des exercices prescrits, les efforts avec les mains étant contre-indiqués (TAF pce 11 annexe 8);
- une prise de position médicale SMR du 16 février 2018 dans laquelle le Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) rappelle que la recourante présente une pancolite ulcéreuse associée à une spondylarthrite, dont le status calme est attesté par les rapports médicaux produits; sur le plan locomoteur, il est fait état de douleurs dont l'intensité et la localisation varient; au cours des deux dernières années, celles-ci se sont focalisées au niveau des pieds, de l'épaule droite et des hanches; pour la pathologie intestinale, le traitement médical consiste en une pharmacothérapie de base et, au besoin, des analgésiques; la constatation qu'il n'y a pas de traitement continu avec des analgésiques et / ou des anti-inflammatoires confirme que l'évolution est variable, avec des périodes relativement asymptomatiques comme par exemple en 2016 où il a été fait mention d'une trochantérite bilatérale, reprise en 2017 dans la liste des diagnostics mais classée comme résolue en juin

2017 après une infiltration locale et une corticothérapie systémique durant quelques jours; le médecin conseil ajoute que son évaluation de l'incapacité de travail a pris en compte les déficits fonctionnels de base ainsi que la possibilité d'aggravations temporaires et qu'à ce stade, aucun des rapports médicaux figurant au dossier ne justifient de reconnaître des limitations fonctionnelles plus importantes comme femme au foyer (TAF pce 9);

- un rapport du 9 mars 2018 dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ (dont la spécialisation n'est pas indiquée) rappelle les diagnostics de pancolite ulcéreuse calme (dernière crise en août 2017 traitée par corticoïdes) associée à une spondylarthrite, arthrose acromio-claviculaire, trochantérite bilatérale résolue, syndrome fibromyalgique et les traitements prescrits (TAF pce 11 annexe 7);
- une prise de position médicale SMR du 18 mai 2018 dans laquelle le Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) se détermine sur les comptes rendus de consultation des 8 juin 2017 et 25 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport du 9 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_; indique que de précédents rapports médicaux faisaient déjà état d'une périarthropathie des épaules, actuellement plus marquée à droite; prend acte que, sous l'angle subjectif, l'assurée est décrite comme se portant bien; relève que des examens des mains et des poignets ont été effectués sans qu'aucune évolution radiologique significative n'ait été observée et qu'il est recommandé d'éviter les efforts avec les mains, sans pour autant qu'il soit procédé à une modification du suivi thérapeutique pharmacologique; considère que la patiente présente des symptômes douloureux dont l'intensité et la localisation varient; conclut que les rapports médicaux précités n'attestent pas d'entraves fonctionnelles persistantes entraînant une aggravation de l'incapacité de travail déjà constatée comme femme au foyer (TAF pce 13);
- un rapport du 28 décembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) faisant état d'une hospitalisation de l'assurée du 11 au 28 décembre 2018 pour l'exérèse d'un glioblastome IDH wild type (TAF pce 15);
- un rapport du 18 mars 2019 du Dr G. \_\_\_\_\_ (spécialiste auprès du service d'oncologie et radiothérapie du Hôpital L. \_\_\_\_\_) prescrivant à l'assurée un traitement de radiothérapie externe (TAF pce 16).

## 8.2 Sur le plan économique, l'OAIE a recueilli:

- un «*questionnaire à l'assuré (UE)*» établi le 5 avril 2017 et complété le 4 mai 2017, dans lequel l'assurée déclare n'avoir plus exercé d'activité lucrative depuis son retour en Espagne en 1997 et précise l'identité de ses trois médecins traitants (OAIE pces 9 p. 1-5 et 16);
- un «*questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage*» du 5 avril 2017 dans lequel la recourante indique que son aptitude à tenir son ménage de deux personnes (elle-même et son mari) dépend de son état de santé et qu'elle doit parfois recourir à l'aide de sa famille ou de tiers pour certains soins et travaux ménagers; au gré des troubles dont elle souffre, elle peut éplucher et couper des légumes, préparer les repas, laver la vaisselle (ne disposant pas de lave-vaisselle), nettoyer la cuisine, passer l'aspirateur, laver le linge (disposant d'un lave-linge), étendre et dépendre le linge, repasser; par contre, elle n'est pas en mesure de nettoyer les vitres, raccommoder, tricoter, crocheter, coudre; elle ne précise pas si elle nettoie les sols, fait les lits ou effectue les courses; elle peut conduire sa voiture pour se rendre dans les magasins éloignés de 7-8 km de son domicile, entretenir son jardin potager et élever des volailles (OAIE pce 9 p. 8-11).

## 9.

D'emblée, il ressort du dossier que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 1<sup>er</sup> août 1997 correspondant au mois suivant la fin de son dernier rapport de travail en Suisse (cf. extrait du compte individuel [OAIE pce 18]). Depuis lors, elle a travaillé exclusivement au sein de son ménage, sans ne jamais manifester l'intention de reprendre un emploi rémunéré en Espagne, où elle s'est installée depuis 1997 (OAIE pces 20, 21). Ces circonstances ne sont pas contestées, mais au contraire corroborées par la recourante (OAIE pces 9, 16). C'est par conséquent à juste titre que l'OAIE lui a attribué le statut de femme au foyer et évalué son invalidité sur la base de la méthode spécifique des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative.

## 10.

**10.1** La recourante reproche à l'autorité inférieure d'avoir mal apprécié les rapports médicaux établis par ses médecins traitants lesquels attesteraient qu'elle n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative et subit des

empêchements dans l'accomplissement de ses travaux domestiques correspondant à un degré d'invalidité de 70%, lui ouvrant le droit à une rente entière.

**10.2** Se fondant sur l'avis du SMR, l'autorité inférieure considère que les atteintes à la santé présentées par l'assurée entraînent une invalidité de 41% dans l'accomplissement des travaux habituels, limitant son droit à un quart de rente.

Elle fait valoir que dans sa prise de position du 22 juillet 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a pris en considération l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier, soit en particulier le suivi clinique de l'assurée à partir du 20 août 2015 jusqu'au 20 décembre 2016, ainsi que les rapports médicaux des 9 septembre 2016 et 20 décembre 2016. Sur cette base, il a confirmé l'existence d'une pancolite ulcéreuse avec spondylarthrite associée et crises de polyarthrite récidivantes aux pieds et aux mains. Il a considéré que ces pathologies concomitantes induisaient une réduction de la capacité physique de l'assurée entraînant une incapacité significative dans les activités habituelles depuis 2012. Il a ensuite évalué la diminution de rendement dans les différents domaines d'activités habituelles en se fondant sur les informations livrées par la recourante dans le questionnaire des assurés travaillant dans le ménage du 5 avril 2017 et retenu des incapacités de 30% à 60% constitutives d'une invalidité de 41%.

Après avoir pris connaissance des comptes rendus de consultation des 8 juin 2017 et 25 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_, ainsi que des rapports des 19 octobre 2017 et 9 mars 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a ajouté que le status clinique demeurerait calme sous l'angle de la pancolite ulcéreuse et de la spondylarthrite, tandis que les douleurs au niveau de l'appareil locomoteur variaient d'intensité et de localisation. Précisant avoir tenu compte des déficits fonctionnels résultant des troubles locomoteurs ainsi que d'éventuelles aggravations temporaires corrélatives, il a confirmé les limitations retenues initialement.

## 11.

La principale documentation médicale figurant au dossier a été établie par les médecins traitants de la recourante (cf. rapports des Drs J. \_\_\_\_\_ [spécialiste en gastro-entérologie], H. \_\_\_\_\_ [spécialiste en rhumatologie], E. \_\_\_\_\_ [sans spécialisation indiquée]) au sujet desquels le SMR s'est déterminé par prises de position établies les 22 juillet 2017, 16 février 2018 et 18 mai 2018 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale [OAIE pce 22, TAF pces 9 et 13]). Les diagnostics en résultant sont

ceux de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, de légère tendinite de la coiffe des rotateurs droite, d'arthrose acromio-claviculaire, de trochantérite bilatérale résolue et de syndrome fibromyalgique.

**11.1** Sur le plan gastrique, il est établi que la recourante présente une pancolite ulcéreuse diagnostiquée en 2008. Le status, sous contrôle grâce à un traitement conservateur et à un suivi hospitalier régulier depuis 2012, est stable et calme sous l'effet de mesures thérapeutiques efficaces, les crises subies en 2008, 2014 et en août 2017 ayant pu être résolues par la prise de corticoïdes. Sans effets secondaires significatifs, cette pathologie n'entraîne pas de complications notables sous l'angle des travaux habituels de l'assurée. Aucune limitation fonctionnelle durable n'en résulte (cf. rapports des Drs J. \_\_\_\_\_ [spécialiste en gastro-entérologie], H. \_\_\_\_\_ [spécialiste en rhumatologie], E. \_\_\_\_\_ [sans spécialisation indiquée] et prises de position SMR [cf. OAIE pces 3-6, 22; TAF pces 1 annexes 3-4, 9, 11 annexes 7-9, 13]).

**11.2** Sur le plan locomoteur, les diagnostics posés ne sont pas contestés, exception faite du syndrome fibromyalgique, écarté par le SMR.

**11.2.1** A cet égard, il y a lieu de rappeler que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Une expertise psychiatrique est alors en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telles la fibromyalgie, bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes

ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 143 V 418, 143 V 409 et 141 V 281).

La capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteintes psychiques doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281, précisé notamment par les ATF 143 V 409 et 143 V 418). Ainsi, le caractère invalidant d'une atteinte à la santé psychique doit être déterminé dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Bien plus que le diagnostic, c'est donc la question des effets fonctionnels d'un trouble qui importe. Les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel forment le socle de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

Pour autant, il n'est pas nécessaire de recourir à une procédure probatoire structurée tenant compte des indicateurs susmentionnés, lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ni même appropriée. Il en va en règle générale ainsi lorsque des constats médicaux concis ont été établis et que des spécialistes ont émis des appréciations concordantes sur le ou les diagnostics, ainsi que sur leurs répercussions fonctionnelles, aux termes de rapports médicaux et d'expertises ayant valeur probante (ATF 143 V 418 consid. 7.1). Une procédure probatoire structurée est également superflue lorsque des rapports médicaux ayant valeur probante et émis par des spécialistes

dénient toute incapacité de travail aux termes d'une motivation convaincante et justifiée et que les éventuels avis contraires sont dépourvus de valeur probante à défaut d'être émis par des spécialistes disposant des qualifications requises ou pour d'autres motifs. Cela étant, la nécessité de recourir à une procédure probatoire structurée s'évalue au cas par cas, compte tenu des circonstances spécifiques du cas d'espèce et des besoins respectifs d'une éventuelle instruction complémentaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1).

**11.2.2** En l'occurrence, le diagnostic de syndrome fibromyalgique a été posé, certes par un spécialiste en rhumatologie (cf. rapport des 8 juin 2017 et 25 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ [TAF pce 1 annexe 4 et TAF pce 11 annexe 8]), mais sans aucun développement correspondant. En particulier, il n'est pas fondé sur l'une des classifications reconnues. En outre, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne motive le bien-fondé de son diagnostic ni à l'aune des critères de classification, ni à l'aune des plaintes exprimées par l'assurée, et cela alors même que cette dernière ne fait état d'aucune douleur psychique, ni repli social, ni épuisement de ses ressources psychiques, ni suivi psychothérapeutique. Il n'indique pas davantage en quoi la pathologie ainsi diagnostiquée présenterait un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les activités de la vie courante, malgré les traitements thérapeutiques conservateurs administrés en l'espèce avec succès. Dans ces circonstances, force est de constater que le diagnostic de syndrome fibromyalgique n'a pas été posé *lege artis* conformément à la jurisprudence. Ce nonobstant, l'OAIE pouvait statuer en l'espèce sans procédure probatoire structurée compte tenu des considérations suivantes.

**11.2.3** Les diagnostics de spondylarthrite associée à une pancolite ulcéreuse, légère tendinite de la coiffe des rotateurs droite et arthrose acromioclaviculaire ne sont pas contestés. Il est constant que la recourante souffre d'arthralgies multiples au niveau des mains et des pieds ainsi que de douleurs au niveau de l'épaule droite lors des mouvements, les douleurs lombaires et coxo-fémorales (trochantérite bilatérale) étant pour leur part résolues (cf. comptes rendus de consultation des 1<sup>er</sup> décembre 2016, 8 juin 2017 et 25 janvier 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ [OAIE pce 4, TAF pce 1 annexe 4, TAF pce 11 annexe 8]). Les douleurs se manifestent en particulier lors de crises inflammatoires des pathologies sous-jacentes, auxquelles les traitements symptomatiques permettent de remédier. La situation médicale, caractérisée par l'alternance de périodes de crises inflammatoires avec des périodes asymptomatiques, est ainsi relativement stable. Les rapports médicaux ultérieurs à la décision attaquée confirment la persistance d'un état de santé stable sur le plan de l'appareil locomoteur. Ils n'attestent

d'aucune aggravation de la pathologie, les traitements médicamenteux ayant été reconduits lors des contrôles hospitaliers, mais corroborent le constat d'une évolution variable de la maladie tant en ce qui concerne l'intensité que la localisation des douleurs.

Compte tenu des troubles ainsi constatés, le Dr H. \_\_\_\_\_ a préconisé l'exclusion du port de charges ainsi que des efforts dans son compte rendu du 9 septembre 2016 (OAIE pce 5), ainsi que l'exclusion des efforts dans les mains dans celui du 25 janvier 2018 (TAF pce 11 annexe 8), tandis que le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué le 19 octobre 2017 que l'assurée nécessitait un soutien modéré pour les soins personnels (TAF pce 1 annexe 3). A cet égard, le Tribunal rappelle l'obligation faite à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Par conséquent, l'on peut attendre d'une personne sans activité lucrative s'occupant du ménage qu'elle facilite l'accomplissement de ses tâches, en répartissant et réorganisant différemment son travail, en s'aménageant des pauses ou en reportant les tâches peu urgentes. Dans la mesure possible et communément admise, elle est également appelée à recourir à l'aide des membres de sa famille, soutien dont l'étendue va au-delà de ce que l'on pourrait attendre d'eux, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATF 133 V 509 consid. 4.2; arrêts du TF I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 et I 681/02 du 11 août 2003). En particulier, il y a lieu de se référer au comportement qu'une famille raisonnable adopterait dans la même situation et les mêmes circonstances afin d'alléger les tâches domestiques de la personne assurée (ATF 130 V 97 consid. 3.3 et références; arrêt du TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 28a, n° 109 et 110). Si la personne assurée ne prend pas de telles dispositions en vue de réduire son invalidité, l'évaluation des limitations peut s'en trouver impactée pour chaque activité considérée (CIIAI, ch 3089 1/13).

Dans ces circonstances et sur la base des déclarations de l'assurée (cf. « *questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage* » du 5 avril 2017 [OAIE pce 9 p. 8-11]), le SMR a retenu une incapacité de travail comme femme au foyer de 30% pour la préparation des repas, 60% pour l'entretien du logement, 40% pour les achats, 50% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 50% pour les tâches diverses. Rapportés au temps effectif nécessaire à l'accomplissement de ces activités, ces taux d'incapacité conduisent à une invalidité de 41% (alimentation 12%, entretien du logement

12%, achats 3.20%, lessive et entretien des vêtements 10%, soins aux enfants 0%, divers 3.50%) dès le mois de janvier 2012.

Les troubles présentés par l'assurée, les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles en résultant ont été établis par un spécialiste en rhumatologie et repris de manière concordante par les Drs E. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. La documentation médicale figurant au dossier dresse un tableau médical cohérent et dépourvu de contradictions. Les avis médicaux exprimés sont fondés sur des examens cliniques et radiographiques, en considération des plaintes et de l'anamnèse de la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Dans ces circonstances, il ne subsiste pas de doute relatif à l'état de santé respectivement aux limitations fonctionnelles de la recourante au moment de la décision litigieuse, de sorte que l'OAIE pouvait statuer sur la base de la documentation médicale produite par l'assurée et sur les prises de position claires et convaincantes du SMR. L'ensemble de ces pièces permettent d'apprécier en connaissance de cause l'état de santé ainsi que les limitations fonctionnelles respectivement la capacité de la recourante d'accomplir ses travaux habituels sans devoir recourir à un complément d'instruction, notamment à une procédure probatoire structurée, et cela notwithstanding le fait que le Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale) n'a pas de spécialisation dans les domaines médicaux spécifiques aux pathologies de la recourante.

**11.3** Compte tenu de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité applicable en l'espèce (cf. consid. 6.3 supra), le Dr D. \_\_\_\_\_ a examiné l'invalidité de la recourante (cf. prise de position SMR du 22 juillet 2017 [OAIE pce 22]), en tenant compte des indications fournies par celle-ci dans le « *Questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage* » (cf. OAIE pce 9 p. 8-11), des atteintes à la santé ainsi que des limitations fonctionnelles médicalement établies par les Drs H. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_. En se fondant sur une instruction médicale complète et sur un tableau établi selon la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, il a retenu une invalidité de 41% dans l'activité habituelle de femme au foyer dès le début de la prise en charge de la recourante par le Hôpital K. \_\_\_\_\_ en janvier 2012. Ces considérations convaincantes, motivées et rédigées de façon suffisamment détaillée, établissent de manière fiable les limitations fonctionnelles de la recourante et permettent, compte tenu du domicile étranger de celle-ci, de renoncer valablement à une enquête de ménage sur place (cf. consid. 6.3 supra).

**11.4** Cela étant, c'est juste titre que l'OAIE a retenu une invalidité de 41% en se fondant sur les prises de position du SMR, aucun document médical au dossier n'étayant la thèse de la recourante selon laquelle elle présenterait une invalidité de 70%. Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et la décision litigieuse du 7 novembre 2017 est ainsi confirmée.

## **12.**

**12.1** Vu l'issue de la procédure, les frais de celle-ci, fixés à 800.- francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction (TAF pce 2, 5 et 6).

**12.2** Il n'est alloué de dépens ni à la recourante vu l'issue de la procédure, ni à l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 *a contrario* PA et art. 7 al. 1 *a contrario* et al. 3 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 figure à la page suivante.)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure, arrêtés à 800.— francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais acquittée à hauteur du même montant.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Acte judiciaire)
- 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 :

Le greffier :

Caroline Gehring

Luca Rossi

**Indication des voies de droit :**

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 (art. 82 ss, 90 ss

et 100 LTF). 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).

Expedition: