



Cour III
C-7124/2014

Arrêt du 6 septembre 2017

Composition

Viktoria Helfenstein (présidente du collège),
Michela Bürki Moreni, David Weiss, juges,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE**, Avenue Edmond-Vaucher 18,
Case postale 3100, 1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance invalidité : droit à la rente
(décision du 27 octobre 2014).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : recourante), née le (...) 1958, ressortissante espagnole, mère de deux enfants nés en 1978 et 1991 (AI pce 3), a travaillé en Suisse dans la restauration de 1974 à 1975 ainsi que de 1982 à 1989 et cotisé à l'assurance-invalidité suisse (AI pces 27 et 35). Elle est ensuite retournée en Espagne où elle a travaillé comme tenancière de bar indépendante de 1996 à 2001 (AI pces 6 et 32).

B.

Le 26 février 2014, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de la Sécurité sociale espagnole (AI pce 5 page 12) qui l'a transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, AI pce 14). Elle a joint à sa demande les certificats médicaux suivants :

- un rapport radiologique du complexe hospitalier B._____ du 13 mai 2013 (AI pce 7),
- un rapport du service des urgences du complexe hospitalier B._____ du 18 mai 2013 (AI pce 8),
- un rapport radiologique du complexe hospitalier B._____ du 4 septembre 2013 (AI pce 9),
- un rapport radiologique du complexe hospitalier B._____ du 6 septembre 2013 (AI pce 10),
- un rapport de mammographie du 24 octobre 2013 (AI pce 11),
- un rapport clinique non daté du complexe hospitalier B._____ indiquant l'anamnèse d'avril 2012 à février 2014 (AI pce 12),
- un rapport E 213 rempli le 24 mars 2014 par la Dresse C._____ de la Sécurité sociale espagnole (AI pce 13).

C.

A la demande de l'OAIE du 2 avril 2014 (AI pce 14), la recourante a rempli le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage (AI pce 19 pages 6 à 10) et le questionnaire à l'assuré (AI pce 19 pages 1 à 5) le 12 mai 2014. Le 12 juin 2014, elle a encore rempli le questionnaire pour indépendants (AI pce 32).

D.

Suite à la prise de position du Dr D._____, FMH médecine générale, de son service médical du 14 août 2014 (AI pce 37), l'OAIE a communiqué à la recourante, par projet de décision du 21 août 2014, qu'il entendait rejeter

la demande de prestations parce qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi (AI pce 38).

E.

Par courrier du 16 septembre 2014, la recourante a fait opposition au projet de décision du 21 août 2014 (AI pce 40). Elle a produit un rapport du service de rhumatologie du complexe hospitalier B. _____ du 2 septembre 2014 (AI pce 43).

F.

Sur la base de la prise de position du Dr D. _____ de son service médical du 13 octobre 2014 (AI pce 45), l'OAIE a, par décision du 27 octobre 2014 (AI pce 46), rejeté la demande de prestations parce que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente.

G.

Par acte du 2 décembre 2014, la recourante a interjeté recours contre la décision du 27 octobre 2014 devant le Tribunal administratif fédéral. Elle a argué qu'elle présentait de nombreux diagnostics et ne pouvait plus exercer d'activité lucrative (TAF pce 1). Elle a joint à son recours les documents suivants :

- un rapport médical du service d'allergologie E. _____ non daté,
- un rapport radiologique du Dr F. _____ du 18 juin 1999,
- un certificat médical de la Dresse G. _____ du 15 avril 2002,
- un rapport hospitalier de la Dresse G. _____ du 26 juillet 2002,
- un rapport hospitalier du service de gynécologie du 30 novembre au 4 décembre 2003,
- un rapport médical de la Dresse H. _____ du 29 mars 2012,
- un rapport clinique ainsi qu'un rapport médical du Dr I. _____ du 17 avril 2012,
- quatre rapports radiologiques de la Dresse J. _____ du 13 mai 2013,
- un rapport radiologique de la Dresse K. _____ du 25 juin 2013,
- un rapport du service de médecine nucléaire de la Dresse L. _____ du 24 octobre 2013,
- trois rapports rhumatologiques du Dr M. _____ des 15 octobre 2013, 11 avril 2014 et 2 septembre 2014.

H.

Par décision incidente du 22 décembre 2014 (TAF pce 2), le Tribunal administratif fédéral a imparté à la recourante un délai jusqu'au 22 janvier

2015 pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de frais de CHF 400.- sur les frais de procédure présumés. La recourante s'est acquittée de ce montant le 22 janvier 2015 (TAF pce 3).

I.

Dans sa réponse du 10 mars 2015 (TAF pce 6), l'OAIE a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a joint à sa réponse une prise de position du médecin de son service médical du 25 février 2015, selon lequel l'activité habituelle reste possible.

J.

Dans sa réplique du 25 mars 2015 (TAF pce 9), comportant le mauvais numéro de procédure et qui a tout d'abord été classé dans le mauvais dossier (TAF pce 13), la recourante a réitéré ses arguments. Elle a joint à sa réplique les documents suivants :

- un rapport médical du service d'allergologie E. _____ non daté,
- la page 17 d'un rapport médical du service d'allergie E. _____ non daté,
- un rapport radiologique du Dr F. _____ du 18 juin 1999 (figurant déjà au dossier),
- un certificat médical de la Dresse G. _____ du 15 avril 2002,
- un rapport hospitalier du service de gynécologie du 30 novembre au 4 décembre 2003,
- un rapport médical de la Dresse H. _____ du 29 mars 2012 (figurant déjà au dossier),
- un rapport clinique ainsi qu'un rapport médical du Dr I. _____ du 17 avril 2012 (figurant déjà au dossier),
- quatre rapports radiologiques de la Dresse J. _____ du 13 mai 2013 (figurants déjà au dossier),
- un rapport radiologique de la Dresse K. _____ du 25 juin 2013 (figurant déjà au dossier),
- un rapport du service de médecine nucléaire de la Dresse L. _____ du 24 octobre 2013 (figurant déjà au dossier),

- trois rapports rhumatologiques du Dr M. _____ des 15 octobre 2013, 11 avril 2014 et 2 septembre 2014.

K.

Par duplique du 2 septembre 2016 (TAF pce 15), l'OAIE a à nouveau proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a joint

à sa duplique une prise de position de la Dresse N._____, FMH médecine interne, de son service médical, selon lequel les documents produits par la recourante avec sa réplique figurent déjà au dossier et n'apportent aucun élément médical nouveau.

L.

Le 17 octobre 2016, la recourante a encore présenté des conclusions (TAF pce 18). Elle y a joint les documents suivants :

- un rapport radiologique de la Dresse O._____ du 25 novembre 2015,
- un rapport radiologique de la Dresse P._____ du 27 décembre 2015,
- un rapport radiologique du Dr Q._____ du 26 avril 2016,
- un rapport radiologique du Dr R._____ du 6 juin 2016,
- un rapport médical du Dr S._____ des 7 juin et 10 août 2016,
- un rapport rhumatologique du Dr M._____ du 22 août 2016,

M.

Le 1^{er} novembre 2016, le Tribunal administratif fédéral a porté les documents produits par la recourante à la connaissance de l'autorité inférieure (TAF pce 19).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions, non réalisées en l'espèce, prévues à l'art. 32 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans connaît, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions 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 autrement. Conformément à l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurance sociale n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation

fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge pas à la LPGA.

1.3 En l'occurrence, interjeté en temps utile, dans les formes légales (art. 52 ss PA) auprès de l'autorité judiciaire compétente (art. 33 let. d LTAF et art. 69 al. 1 lit. b LAI), par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 48 LA), qui s'est acquittée de l'avance de frais dans les temps (art. 63 al. 4 PA et art. 20 ss PA), le recours du 15 décembre 2014 est recevable, quant à la forme.

2.

2.1 La requérante est ressortissante portugaise domiciliée en Espagne. L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

2.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

2.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

2.4 Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4). La documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.

3.1 Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ou ayant des conséquences juridiques se sont produits, le juge n'ayant pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 140 V 70, consid. 4.2 ; ATF 136 V 24, consid. 4.3 ; ATF 130 V 355, consid. 1.2 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2). Vu la date de la demande de prestations du 26 février 2014 et la date de la naissance éventuelle du droit à la rente (au plus tôt en octobre 2014), les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 sont applicables. En effet, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin, définit les faits déterminants et les preuves nécessaires dont elle ordonne l'apport et qu'elle apprécie d'office sans être liée par les conclusions des parties (ATF 139 V 349, ATF 136 V 376 consid. 4.1, ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015, p. 499); elle 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), enfin elle applique le droit d'office. Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

3.3 Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

4.

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

4.2 *In casu*, la question litigieuse est le bien-fondé de la décision du 27 octobre 2014, par laquelle l'OAIE a rejeté la demande de prestations de la recourante parce qu'elle ne présentait pas une incapacité de travail

moyenne suffisante pendant une année et que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (AI pce 46).

5.

5.1 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

5.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à hauteur de 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à hauteur de 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à hauteur de 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 7 du règlement (CE) n° 883/2004).

5.3 La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246, consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 115 V 133, consid. 2 ; ATF 114 V 310, consid. 3c ; RCC 1991, p. 329, consid. 1c).

6.

6.1 Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI 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 de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bien-fondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

6.2 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 125 V 352 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS] et de l'assurance-invalidité [LAI], 2011, n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3; 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

6.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont

même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; 123 V 175 consid. 3d; 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

6.4 Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581 /2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêts du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts

du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 5.2; 8C_653/ 2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

6.5 Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

7.

7.1 La recourante se plaint de douleurs dans tout le corps depuis des années et s'est soumise à de nombreux examens radiologiques (AI pces 7, 9 et 10, TAF pces 1, 13 et 18) qui ont révélé quelques anomalies à la colonne lombaire, dorsale et cervicale, à l'épaule gauche, à la main gauche et à la grande thyroïde. La plupart de ces anomalies sont décrites comme légères ou correspondent à l'âge de la recourante.

7.2 La Dresse C._____ de la Sécurité sociale espagnole mentionne dans son rapport E 213 rempli le 24 mars 2014 les diagnostics suivants (AI pce 13 pages 8 et 13) :

- dyslipémie,
- hypertonie,
- rhinite perenniale,
- hypothyroïdie Hashimoto,
- arthropathie polyarticulaire dégénérative,
- polyarthrite,
- fibromyalgie,
- ostéoporose,

- discopathie L1/L2 et L3/L4,
- hernie discale paracentrale droite L4/L5,
- minime protrusion discale L5-S1,
- tendinopathie des coiffes des rotateurs de l'épaule gauche,
- arthrose cervicale,
- scoliose dorso-lombaire,
- arthrose de la main gauche.

De plus, la Dresse C._____ mentionne que les fonctions de la colonne vertébrale, des membres supérieurs et des membres inférieurs sont conservées. Elle considère que la dernière activité exercée comme tenancière de bar ou toute autre activité adaptée reste exigible à plein temps et qu'un travail à l'ordinateur serait également possible (AI pce 13 page 10).

7.3 Selon le rapport rhumatologique du Dr M._____ du 2 septembre 2014 (annexe TAF pce 1), la recourante présente les diagnostics suivants :

- lupus systémique érythémateux (polyarthrite, photosensibilité),
- arthrose généralisée,
- sciatique lombaire gauche et radiculopathie,
- fibromyalgie,
- ostéoporose.

Ce médecin mentionne que la recourante n'est pas apte à réaliser des travaux avec les mains et ne peut pas rester longtemps debout.

7.4 Dans sa prise de position du 14 août 2014 (AI pce 37), sur laquelle se base la décision attaquée, le Dr D._____, FMH médecine générale, du service médical de l'OAIE ne mentionne aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et relève les diagnostics suivants sans influence sur la capacité de travail :

- statut après thyroïdie Hashimoto avec hypothyroïdie (traitée),
- statut après hystérectomie en 2003,
- indications de douleurs au corps entier « depuis des années »,
- calcification des coiffes des rotateurs de l'épaule gauche,
- troubles dégénératifs de la colonne cervicale (correspondant à l'âge),
- asthme.

Ce médecin relève que l'anamnèse indiquée dans le rapport E213 est très chaotique et sans concept clair. Il déplore aussi que ni la taille, ni le poids

de la recourante soient mentionnés, ce qui donne à penser qu'un examen n'a pas eu lieu. De plus il indique que les polyarthralgies indiquées ne figurent pas dans la nomenclature internationale et ne sont pas des déficits fonctionnels. Le Dr D._____ mentionne que la recourante ne présente d'incapacité de travail ni dans son activité habituelle de tenancière de bar, ni dans le ménage et qu'il y a tout au plus une légère limitation pour des sollicitations extrêmes de la colonne cervicale. Il précise encore que la demande de rente doit être rejetée vu les résultats des examens des collègues étrangers et les troubles légers subjectifs et correspondant à l'âge de la recourante, les diagnostics lourds mentionnés ne reposant pas sur des examens fondés (AI pce 37 page 3). Dans une prise de position ultérieure datant du 13 octobre 2014, le Dr D._____ précise encore que les indications du rapport du 2 septembre 2014 du Dr M._____, selon lequel des travaux avec les mains ou exigeant une longue station debout ne sont pas plausibles car il n'y aurait des limitations pour des activités de motricité fine ou des travaux exigeant de la force qu'en présence de troubles inflammatoires. Ce médecin pense qu'une nouvelle consultation n'a pas eu lieu pour établir le nouveau rapport du Dr M._____, relève que ce médecin mentionne, entre autres, 18 points de fibromyalgie positifs sur 18 et conclut que le rapport ne contient pas d'éléments médicaux nouveaux (AI pce 45).

7.5 Dans le questionnaire pour indépendants rempli le 12 juin 2014, la recourante indique avoir abandonné en mars 2001 son activité de tenancière de bar qu'elle exerçait depuis 5 ans à raison de 84 heures par semaine et avec laquelle elle réalisait un revenu mensuel de € 1'013.73. Elle précise ne plus avoir exercé aucune activité lucrative depuis 2001 et ne pas être au bénéfice d'une rente de la Sécurité sociale espagnole (AI pce 32).

8.

8.1 Le Tribunal administratif fédéral constate que la recourante qui était âgée de près de 57 ans lors de la décision attaquée présente divers troubles dégénératifs principalement à la colonne vertébrale ainsi qu'à l'épaule et à la main gauches avec des douleurs généralisées et de nombreux points de fibromyalgie positifs, voire tous. Alors que la Dresse C._____ de la Sécurité sociale espagnole mentionne dans son rapport E 213 rempli le 24 mars 2014 (AI pce 13) une longue liste de diagnostics (cf. consid. 7.2), le Dr D._____ du SMR considère qu'aucun de ces diagnostics n'a une influence sur la capacité de travail. De plus, il ne reprend qu'une partie de ces diagnostics comme « diagnostics n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail ». En d'autres termes, il ne se prononce

pas expressément sur une partie des diagnostics mentionnés par la Dresse C._____ de la Sécurité sociale espagnole.

8.2 Selon la jurisprudence concernant la valeur probante des rapports du SMR (cf. consid. 6.4), le Dr D._____ du SMR aurait dû indiquer en détails pour chaque diagnostic qu'il ne retient même pas comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail pourquoi il considère que la recourante ne présente pas ce diagnostic. Si le médecin du SMR entend contester l'état de fait médical établi par les médecins traitants, il est obligé de procéder lui-même à un examen complémentaire ou d'ordonner un tel examen. En l'occurrence, il existe des doutes concernant les diagnostics retenus par le médecin du SMR et leur influence sur la capacité de travail respectivement les conclusions du SMR à ce sujet. Le Tribunal de céans constate donc que les rapports du SMR dans le cas présent n'ont pas valeur probante et qu'un complément d'instruction s'impose. Etant donné que la recourante présente, selon les médecins traitants, principalement des troubles dégénératifs et des douleurs de forme fibromyalgie, une expertise pluridisciplinaire avec au moins des volets rhumatologique et psychiatrique s'imposent. Les experts devront fixer une éventuelle capacité résiduelle de travail sur la base des indicateurs standards permettant d'évaluer le caractère invalidant des affections psychosomatiques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281, consid. 4.3).

8.3 L'art. 61 al. 1 PA autorise, bien qu'exceptionnellement, à renvoyer la cause à l'autorité inférieure avec des instructions impératives, notamment lorsqu'elle n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou qu'un éclaircissement, une précision ou un complément des indications des experts est nécessaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Dans le cas d'espèce, un renvoi à l'autorité inférieure est licite puisque l'autorité inférieure n'a nullement procédé à un examen complet de l'état de santé de la recourante

8.4 Vu le rejet de la demande de prestations, le renvoi de la cause à l'autorité inférieure ne risque pas d'entraîner pour la recourante une péjoration de la situation dans laquelle elle a été placée par la décision querellée ; dès lors, il n'est pas nécessaire de lui donner la possibilité de se déterminer sur un éventuel retrait du recours (ATF 137 V 314, consid. 3.2.4).

8.5 En outre, l'autorité inférieure devra examiner si la recourante est à même de se réinsérer dans le circuit professionnel par elle-même et si sa capacité (résiduelle) de travail est exploitable, en particulier vu son âge.

8.6 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours de la recourante, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAIE afin que celui-ci procède à un complément d'instruction et rende ensuite une nouvelle décision.

9.

9.1 Selon la jurisprudence la partie qui a formé recours contre une décision en matière de prestations sociales est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATF 132 V 215 consid. 5.6).

9.2 Compte tenu de l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 PA) et le montant de CHF 400.- versé par la recourante à titre d'avance de frais lui est restitué.

9.3 Le Tribunal administratif fédéral peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 PA en combinaison avec l'art. 7 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il apparaît équitable d'allouer à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à CHF 2'800.- (frais compris ; cf. art. 9 al. 1 let. c FITAF), à charge de l'OAIE.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision de l'OAIE du 27 octobre 2014 est annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'OAIE afin que celui-ci procède à un complément d'instruction dans le sens du considérant 8 et rende ensuite une nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires. L'avance sur les frais de procédure de CHF 400.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

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

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _____; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

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

La présidente du collège :

La greffière :

Viktoria Helfenstein

Nicole Ricklin

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). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :