



## **Arrêt du 24 janvier 2020**

---

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Vito Valenti, juges,  
Raphaël Menettrier de Jollin, greffier.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (Espagne),  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 23 novembre 2016)

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

La ressortissante espagnole A.\_\_\_\_\_, née le (...) 1961, mariée depuis le (...) 1981, mère de deux enfants nés le (...) 1981 et le (...) 1990, sans formation particulière et domiciliée en Espagne (ci-après : l'assurée ou la recourante [pces AI 1, 18 et 20]) a travaillé en Suisse comme agente de nettoyage de 1986 à 1988 (pces AI 1, 2, 3, 5, 18, 19 et 21). De retour en Espagne, elle a exploité comme indépendante un café-bar à partir de 1995 jusqu'à la fin du mois de (...) 2007, date à partir de laquelle elle a cessé définitivement de travailler pour des motifs familiaux – afin de s'occuper de sa mère malade – et médicaux (pces AI 3, 5, 22 et 31). À la suite de douleurs polyarticulaires au niveau cervical, dorsal, lombaire et aux mains, les médecins ont posé en 1999 le diagnostic de fibromyalgie (pces AI 3, 12, 32, 39 et annexes pce TAF 14), dont les symptômes se sont progressivement aggravés à partir de 2010 jusqu'à entraîner l'hospitalisation de A.\_\_\_\_\_ en (...) 2014 (pce AI 32).

**B.**

**B.a** Par acte signé le 21 mai 2015 et reçu le 15 juillet 2015 (pces AI 1 p. 7 et 34), A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (ci-après : INSS ou l'organisme de liaison), invoquant les diagnostics de fibromyalgie, cervicarthrose à prédominance C5-C6, trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression, syndrome pyramidal bilatéral et rhizarthrose de la main gauche stade II d'Eaton (pce AI 3 p. 8). À l'appui de ses prétentions, elle a produit un rapport du 7 octobre 2014 du Dr B.\_\_\_\_\_ (rhumatologue), aux termes duquel les pathologies affectant l'état de santé de l'assurée entravaient l'exercice normal d'une activité lucrative (pce AI 4).

**B.b** Donnant suite à la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE, l'autorité inférieure ou l'autorité de première instance) a procédé à l'instruction médicale et économique du dossier, recueillant en particulier les prises de position de son service médical (ci-après : SM/OAIE), ainsi que les avis des médecins en charge du dossier de A.\_\_\_\_\_, les Drs B.\_\_\_\_\_ (rhumatologue), C.\_\_\_\_\_ (médecin auprès de l'unité de la douleur du Centre de santé de D.\_\_\_\_\_), E.\_\_\_\_\_ (rhumatologue), F.\_\_\_\_\_ (médecin auprès de l'unité de santé mentale du Centre de santé de D.\_\_\_\_\_), G.\_\_\_\_\_

(médecin traitant), H. \_\_\_\_\_ (rhumatologue), I. \_\_\_\_\_ (médecin examinateur auprès de l'INSS) et J. \_\_\_\_\_ (psychiatre).

**B.c** Le 31 mars 2016, le Ministère espagnol de l'emploi et de la sécurité sociale a reconnu à A. \_\_\_\_\_ le droit à une « rente d'incapacité permanente » de 55 % à partir du 29 février 2016 (pce AI 46), tandis que le 7 octobre 2016, l'OAIE a indiqué qu'il entendait rejeter la demande de prestations AI, dès lors que la prénommée n'avait pas subi d'incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. En effet, son état de santé lui permettait d'exercer une activité lucrative raisonnablement exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à la rente, cela d'autant plus qu'elle bénéficiait de ressources suffisantes lui permettant de surmonter la symptomatologie algique (pce AI 45).

**B.d** A. \_\_\_\_\_ a contesté le projet de décision du 7 octobre 2016 par acte posté le 25 octobre 2016, soutenant que les troubles dont elle souffrait étaient invalidants tant sur le plan professionnel que personnel (pce AI 52).

**B.e** Par décision du 23 novembre 2016, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée, reprenant la motivation du projet de décision du 7 octobre 2016 (pce AI 63).

### **C.**

**C.a** Aux termes d'un mémoire posté le 29 décembre 2016, A. \_\_\_\_\_ a recouru devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal de céans) contre la décision du 23 novembre 2016 dont elle a requis l'annulation, en concluant à l'octroi d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 70 %, subsidiairement 60 %, 50 % ou 40 % (pce TAF 1).

**C.b** Par réponse du 28 mars 2017, l'OAIE a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure, son service médical estimant, aux termes d'une prise de position du 28 février 2017, qu'un complément d'instruction s'imposait à défaut d'une documentation médicale au dossier antérieure à 2014 (pce TAF 10).

**C.c** Produisant une réplique spontanée postée le 24 mai 2017, l'assurée a persisté dans ses conclusions et produit deux rapports médicaux établis les 29 septembre 2006 et 24 novembre 2006 par le Dr G. \_\_\_\_\_ (médecin traitant [annexes pce TAF 14]).

**C.d** Le 29 juin 2017, l'OAIE a dupliqué en concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se référant à la prise de position

complémentaire du 22 juin 2017 de son service médical (annexe pce TAF 16), il a considéré que l'état de santé de l'assurée entraînait notamment une incapacité de travail dans son activité antérieure de 20 % dès novembre 2006 et de 50 % dès octobre 2014, mais lui permettait en revanche d'exercer une activité lucrative raisonnablement exigible à 100 % depuis le mois de novembre 2006 et à 80 % depuis le mois d'octobre 2014. Se fondant sur une évaluation du degré d'invalidité opérée le 27 juin 2017 en application de la méthode générale de comparaison des revenus, il a considéré que A. \_\_\_\_\_ subissait une perte de gain de 20 % depuis le mois de novembre 2006 et de 34 % depuis le mois d'octobre 2014, compte tenu d'un abattement du salaire d'invalidité de 15 % en raison de son âge et des limitations fonctionnelles présentées, n'ouvrant pas de droit à une rente (annexe pce TAF 16).

**C.e** Par ordonnance datée du 5 juillet 2017 et notifiée le 17 juillet suivant, le Tribunal a invité la recourante à déposer ses observations éventuelles à la duplique dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'ordonnance (pces TAF 17 et 18).

**C.f** La recourante n'ayant pas formulé de détermination complémentaire, le Tribunal a clos les échanges d'écritures aux termes d'une ordonnance rendue le 10 juillet 2019 (pce TAF 19).

**D.**

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

**Droit :**

**1.**

**1.1** Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF ; RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le Tribunal de céans est compétent pour connaître du présent recours. La recourante a qualité pour recourir, étant directement touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1] et 48 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure fédérale [PA ; RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA et 50

al. 1 PA), dans les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée le 25 janvier 2017 (art. 63 al. 4 PA [pce TAF 3]).

**1.2** Partant, le recours contre la décision du 23 novembre 2016 (pce AI 63) est recevable et le Tribunal de céans entre en matière sur le fond.

## **2.**

Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement si la décision querellée du 23 novembre 2016 se révèle bien fondée.

## **3.**

L'affaire présente un aspect transnational dans la mesure où la recourante est une ressortissante espagnole, domiciliée en Espagne, ayant travaillé et été assurée en Suisse (pce AI 21). La cause doit ainsi être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681 ; cf. art. 80a al. 1 LAI) lequel est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1 ; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Pour la relation avec la Suisse, l'ALCP fait référence depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, 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 ; arrêts du Tribunal fédéral [TF] 8C\_329/2015 du 5 juin 2015, 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

#### 4.

**4.1** Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le Tribunal jouit donc d'un plein pouvoir d'examen.

**4.2** Le Tribunal constate les faits d'office et apprécie les preuves librement (art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal applique le droit d'office et examine librement les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, *Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs*, 3<sup>ème</sup> éd. 2011, p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, *Procédure administrative*, 2<sup>e</sup> éd. 2015, p. 243). Toutefois, 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>ème</sup> éd. 2013, n. 1.55 p. 25 ; cf. aussi ATF 144 V 153 ; JEAN MÉTRAL, *Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, art. 61 n°74 ss. p. 752 s.).

**4.3** S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3). En l'occurrence, la cause doit donc être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 23 novembre 2016 (pce AI 63), soit au moment où la décision querellée a été rendue. Il est de plus rappelé que le pouvoir d'examen du Tribunal est limité aux faits survenus jusqu'à la date de cette décision attaquée (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

**4.4** Les rapports médicaux ultérieurs à la décision querellée – laquelle limite le pouvoir d'examen dans le temps du Tribunal – sont déterminants pour autant qu'ils soient étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; arrêt du TAF C-1916/2017 du 4 décembre 2019 consid. 3.3 et références). Les

faits qui sont 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 ; arrêt du TF 9C\_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 4.2).

En l'occurrence, les rapports du 25 novembre 2016 du Dr K. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du service des urgences de l'Hôpital L. \_\_\_\_\_ [annexes 18 et 19 pce TAF 1]) et du 27 décembre 2016 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du Centre de santé de N. \_\_\_\_\_ [annexes 8 et 9 pce TAF 1]) seront pris en considération, dès lors qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et ainsi de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision querellée a été rendue, soit le 23 novembre 2016 (cf. consid. 10.2 *infra*).

**4.5** Dans le domaine des assurances sociales, la décision de l'Office AI – et cas échéant du Tribunal – doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1, 121 V 47 consid. 2a et références).

## 5.

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPG/LAI (art. 8 LPG, art. 4 et 28 LAI)

et

- compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004 ; FF 2005 p. 4065).

En l'occurrence, l'assurée ayant cotisé en Suisse de 1986 à 1988 (pce AI 22) et en Espagne en 1981 à 1982, 1990, 1995 et 2007 à 2015 (pce AI 5), elle remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations.

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

## **6.**

**6.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

**6.2** Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (art. 6 LPGA).

**6.3** La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse, l'invalidité est de nature juridico-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

**6.4** La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

## **7.**

**7.1** Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. consid. 4.2 *supra*), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 293).

Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), si les conditions d'assurance sont – comme en l'occurrence (cf. consid. 5 *supra*) – remplies, l'office AI réunit les autres pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridico-économique (cf. consid. 6.3 *supra*), les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé. 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 le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1, 140 V 193 consid. 3.1 s., 125 V 256 consid. 4 et références). L'appréciation médicale de la capacité de travail constitue une base importante pour déterminer ensuite d'un point de vue juridique quelle activité professionnelle peut être exigée de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 s., 140 V 193 consid. 3.1 s. et références ; arrêt du TF 9C\_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.3).

**7.2** Le Tribunal de céans, qui établit les preuves d'office et les apprécie librement (cf. consid. 4.2 *supra*), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a). L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer une valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et références). Il faut en outre que le médecin possède les titres nécessaires dans les

spécialités médicales déterminantes (notamment : arrêt du TF 9C\_415/2017 du 21 septembre 2017 consid. 3.1 et références ; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, ch. 37, p. 771).

## 8.

**8.1** Pour dénier le droit à une rente d'invalidité à la recourante, l'OAIE s'est fondé en l'espèce sur les prises de position de son service médical, a retenu les diagnostics de fibromyalgie, dysthymie, troubles dégénératifs du rachis, rhizarthrose bilatérale et considéré que l'ensemble de ces troubles laissaient subsister une capacité entière de travail dans une activité adaptée à l'état de santé (pces AI 35, 44 et 45).

**8.2** La recourante reproche à l'OAIE d'avoir minoré la gravité des troubles dont elle souffre ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail et son aptitude à tenir le ménage. En particulier, elle conteste le diagnostic de dysthymie retenu par l'autorité inférieure, se prévalant d'un trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression dont les symptômes l'empêcheraient de travailler et entraîneraient d'importantes limitations dans les actes de la vie quotidienne. Elle critique également le fait que le caractère invalidant des troubles somatiques diagnostiqués lui ait été nié, alors même qu'elle souffre depuis près de 20 années de fibromyalgie sévère, ainsi que d'importantes douleurs articulaires, de crampes et de paresthésies au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Elle s'inscrit en faux contre l'affirmation selon laquelle elle disposerait des ressources psychiques nécessaires pour surmonter les périodes critiques de cette pathologie qui induirait des limitations dans sa vie privée et professionnelle, impliquerait un suivi régulier auprès de l'unité de la douleur du Centre de santé de D.\_\_\_\_\_ et l'administration quotidienne de 16 médicaments et de 3 injections, traitement dont les effets thérapeutiques ne la soulageraient guère. Elle ajoute que la rhizarthrose – des mains gauche (opérée) et droite (en attente d'être opérée en 2016) – et les troubles dégénératifs du rachis lui causeraient d'intenses douleurs et affecteraient également sa capacité de travail. En outre, l'OAIE aurait ignoré les diagnostics de gonalgie bilatérale mécanique (principalement du côté droit avec rupture du ménisque interne) et les dégénérescences du genou gauche. Enfin, elle fait état d'une hernie hiatale, mentionne avoir subi une appendicectomie et plusieurs autres interventions chirurgicales en réponse à une hernie ombilicale et un kyste ovarien (pce TAF 1). Compte tenu de l'ensemble de ces troubles, elle conclut à l'octroi d'une rente, à l'instar de celle qui lui est servie par la sécurité sociale espagnole.

**9.**

À titre liminaire, la Cour de céans observe que la recourante ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait de bénéficier d'une rente d'invalidité servie par les autorités espagnoles (pce AI 46), l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjugant pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du TF I 435/02 du 4 février 2003 consid 2 ; arrêt du TAF C-7665/2016 du 12 novembre 2019 consid. 2.1).

**10.**

**10.1** Procédant à l'instruction de la demande sur les plans personnel et économique, l'OAIE a recueilli la documentation suivante :

- les formulaires E 205 et E 207 relatifs à l'activité lucrative exercée par la recourante en Espagne (pce AI 5) ;
- un formulaire du 26 octobre 2015 dans lequel l'assurée indique avoir travaillé au Centre Hospitalier O. \_\_\_\_\_ de 1986 à 1989 (pce AI 18) ;
- plusieurs certificats attestant des salaires versés à l'assurée durant les années 1986-1988 (pce AI 21 p. 1 à 3) ;
- un « Questionnaire à l'assuré UE » daté du 14 septembre 2015 dans lequel l'assurée indique avoir travaillé comme indépendante à plein temps (40 heures par semaine) et avoir réalisé un revenu mensuel brut de 800 euros dans le secteur de l'hôtellerie [*recte* : la restauration] de 1994 à octobre 2007, date à partir de laquelle elle déclare avoir cessé cette activité en raison des douleurs qui l'empêchaient de travailler et la contraignaient à recourir à l'aide de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne (pce AI 22 p. 1 à 5) ;
- un rapport d'enquête ménagère daté du 14 septembre 2015 dans lequel l'assurée indique prendre soin de sa mère malade et nécessiter l'aide des membres de sa famille pour l'exécution de toutes les tâches ménagères (pce AI 22 p. 6 à 8) ;
- un questionnaire pour indépendants du 18 novembre 2015 (pce AI 31).

**10.2** Sur le plan médical, l'OAIE a recueilli la documentation suivante :

- un rapport du 7 octobre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) retenant
  - sur la base de radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et

des mains – les diagnostics d’arthrose cervicale marquée, de discopathies dégénératives C4-C5 et C5-C6, de cervicobrachialgie bilatérale C5 et C6, de spondylarthrose, de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, de rhizarthrose du pouce gauche et droit, ainsi que de fibromyalgie. La pathologie est chronique et définitive, sans possibilité de traitement médical ou chirurgical. Les symptômes dérivés de ces pathologies sont intenses et incapacitants pour l’exercice normal d’une activité lucrative (pce AI 4) ;

- un rapport du 22 octobre 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) diagnostiquant une fibromyalgie aiguë sévère, ainsi qu’une arthropathie dégénérative trapézométacarpienne gauche sévère traitée par infiltrations (pce AI 10) ;
- un rapport du 15 décembre 2014 établi par le Dr C. \_\_\_\_\_ de l’unité de la douleur du Centre de santé de D. \_\_\_\_\_, établi sur la base d’un électromyogramme du 1<sup>er</sup> décembre 2014, rapportant les plaintes de l’assurée concernant principalement les épaules et la ceinture lombaire, relevant une absence de dissymétrie, décrivant des muscles paravertébraux et scapulaires assez contractés avec une douleur marquée dans la zone scalène et suprascapulaire, des douleurs irradiant dans les bras, une allodynie et une hyperalgésie dans la région cervicale, et relatant l’administration d’un traitement thérapeutique à base d’Escitalopram® 10 mg., Lorazepam® 1 mg., Deprelion® 25 mg., Dalparan® 10 mg., Desketoprofeno® 25 mg. et Lyrica® 75 mg. (pce AI 13 p. 1 [*page 2 manquante*]) ;
- un rapport établi le 21 janvier 2015 par le Dr F. \_\_\_\_\_ (médecin auprès de l’unité de santé mentale du Centre de santé de D. \_\_\_\_\_) énonçant le diagnostic de trouble de l’adaptation avec symptomatologie mixte d’anxiété et de dépression (CIM-10 ; F43.22), indiquant que l’assurée a consulté le service une première fois le 10 octobre 2014 car elle présentait alors une symptomatologie anxieuse, une tendance à l’isolement, ainsi qu’un sentiment de tristesse, de labilité et d’irritabilité occasionnant de nombreuses limitations physiques et entraînant l’augmentation du traitement antidépresseur et anxiolytique. Lors d’une seconde consultation effectuée le 19 janvier 2015, elle présentait une amélioration significative de l’humeur avec disparition progressive du niveau d’anxiété antérieur favorisé par le traitement antidépresseur associé au traitement antalgique instauré par l’unité de la douleur (pce AI 40) ;

- un rapport E 213 établi le 30 juin 2015 par le Dr I.\_\_\_\_\_ (médecin examinateur auprès de l'INSS) sur la base d'une auscultation pratiquée le 26 mai 2015, relatant l'anamnèse de l'assurée (ulcère gastrique, trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression, fibromyalgie diagnostiquée depuis 16 ans, cervicarthrose, rhizarthrose bilatérale prédominant à gauche, status après intervention chirurgicale pour une hernie ombilicale, appendicite, kyste ovarien), ainsi que les plaintes de celle-ci, à savoir qu'elle n'est plus en mesure d'accomplir une quelconque activité depuis 8 ans, alors qu'auparavant, elle tenait un café-bar à (...) et s'occupait de sa mère malade. Depuis plusieurs années, elle ressent des douleurs généralisées qui amplifient avec le temps, principalement au niveau cervical, dorsal, lombaire et des mains. L'assurée décrit également un sentiment d'impotence et montre une labilité émotionnelle. Le médecin rapporte en outre les traitements prescrits, d'une part, par l'unité de la douleur (infiltrations intra-articulaires) et, d'autre part, par l'unité de santé mentale depuis 2015 (Escitalopram® 10 mg., Lorazepam® 1 mg., Deprelio® 25 mg., Dalparam® 10 mg., Lyrica® 150 mg., Paracetamol® 1 g., Omeprazol® 20 mg., Adolquir® 25 mg). Le Dr I.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de fibromyalgie, arthrose cervicale à prédominance C5-C6, trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression, syndrome pyramidal bilatéral, rhizarthrose de la main gauche stade II d'Eaton, permettant l'exercice à temps complet d'une activité lucrative adaptée à l'état de santé, s'exerçant sur écran, sur le lieu de travail ou à domicile, et évitant le travail posté ainsi que les activités impliquant l'ascension d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés [pce AI 3] ;
  
- un rapport établi le 16 juillet 2015 par le Dr G.\_\_\_\_\_ (médecin traitant) indiquant que l'assurée bénéficie d'un suivi périodique auprès du service de traumatologie, de l'unité de la douleur et de l'unité de santé mentale du Centre de santé de D.\_\_\_\_\_. Le généraliste pose les diagnostics de fibromyalgie en développement depuis 16 ans, de douleurs polyarticulaires, de crampes et de paresthésies des membres supérieurs et inférieurs, de cervicarthrose C5-C6, de rhizarthrose de la main gauche stade II d'Eaton et de troubles de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression (CIM-10 ; F43.22). Le traitement administré à l'assurée se compose de Dalparan® 10 mg., Deprelio® 25 mg., Lorazepam® 1 mg., Lyrica® 75 mg., Adolquir® 25 mg., Escitalopram® 10 mg., Lyrica® 150 mg., Paracetamol® 1 g., Omeprazol® 20 mg., Gabapentina® 300 mg., Gabapentina® 600 mg., Palexia® retard 25 mg. La patiente signale avoir besoin de l'aide de tiers pour les actes de la vie quotidienne (pce AI 12) ;

- un rapport du 28 juillet 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) dressant l'anamnèse de l'assurée, constatant des douleurs à la pression au niveau de la colonne vertébrale (dorsale et lombaire), en particulier au niveau C5-C6, des douleurs à la rotation, latéralisation et flexo-extension cervicale, avec limitation capsulaire à 3/4 due à la douleur, 18 points sensibles sur 18 pour la détection de la fibromyalgie, une rhizarthrose bilatérale évolutive à gauche, avec subluxation trapézométacarpienne et douleurs intenses, des douleurs à la flexo-extension des deux genoux et lors de pressions sur les deux pieds, flexion limitée à 90° en raison des douleurs, pas de signe de synovite ; sur la base de radiographies du rachis et des mains, le spécialiste retient un syndrome fibromyalgique actif et une arthrose primaire idiopathique avec une affection importante des trapézométacarpiens principalement à gauche (pce AI 9) ;
- un rapport médical du 28 octobre 2015 du Dr C. \_\_\_\_\_ de l'unité de la douleur du Centre de santé de D. \_\_\_\_\_ se référant aux examens effectués les 1<sup>er</sup> et 15 décembre 2014, rappelant les lésions observées et le traitement thérapeutique prescrit le 15 décembre 2014 (pce AI 32) ;
- un rapport d'IRM cervicale effectuée le 5 novembre 2015 par le Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialiste en radiodiagnostic) observant une correction de la lordose cervicale supérieure ; une perte de la taille et du signal des disques cervicaux C4-C5, C5-C6 et C6-C7 compatible avec une discopathie dégénérative ; une petite hernie discale postéro-centrale subligamentaire C4-C5 et C6-C7 ; ainsi qu'une protrusion discale diffuse avec prédominance postéro-latérale droite C5-C6. Le cordon médullaire est normal et le canal vertébral ne présente pas de sténose significative (pce AI 33) ;
- une prise de position médicale du 30 décembre 2015 du Dr Q. \_\_\_\_\_ (médecin spécialiste en médecine interne générale auprès du SM/OAIE) qui retient une fibromyalgie comme diagnostic principal, ainsi que des troubles dégénératifs du rachis et une rhizarthrose bilatérale comme diagnostics associés sans répercussions sur la capacité de travail. Le médecin conseil considère que les symptômes prépondérants ressortissent de la fibromyalgie, trois rhumatologues ayant également retenu ce diagnostic. L'intensité des douleurs décrites ne correspond toutefois pas aux éléments objectifs et les éléments somatiques objectifs ne justifient guère une incapacité de longue durée (pce AI 35) ;

- un rapport établi le 25 février 2016 par le Dr J. \_\_\_\_\_ (psychiatre) après avoir ausculté l'assurée à la demande du SM/OAIE. Selon ce médecin, l'assurée se plaint de douleurs généralisées depuis plus de 16 années, le diagnostic de fibromyalgie ayant été posé. Depuis quatre ans, elle présente, sans facteur déclencheur connu, une aggravation marquée de la douleur généralisée, de la fatigue et de sa santé psychique entraînant des incidences directes sur son état de santé physique. Les traitements administrés jusqu'alors ne parviennent pas à améliorer significativement l'état de santé, de sorte que l'intéressée présente un état anxieux intense, une irritabilité, une intolérance à la frustration, une humeur dépressive avec pleurs faciles, une tendance à l'isolement, un fort sentiment d'inutilité et d'incapacité suggérant une névrose marquée. Le spécialiste diagnostique une dysthymie (CIM-10 ; F43.1), précisant que la symptomatologie actuelle limite de manière importante la capacité de travail de l'assurée (pce AI 39) ;
- une prise de position médicale du 22 septembre 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_ (psychiatre auprès du SM/OAIE) qui, à la lumière des indicateurs standards, considère que les symptômes de la dysthymie sont légers et sans influences sur la capacité de travail de l'assurée, de même que les symptômes du trouble somatoforme douloureux ne peuvent être considérés comme incapacitants en raison de la présence de nombreux critères d'exclusion. Partant, l'assurée ne souffre d'aucun trouble incapacitant sur le plan médico-asséculo-logique psychiatrique et somatique (pce AI 44) ;
- une prise de position complémentaire du 8 novembre 2016 aux termes de laquelle le Dr R. \_\_\_\_\_ (psychiatre auprès du SM/OAIE) confirme ses conclusions, l'assurée n'ayant pas versé au dossier de nouvelles pièces médicales à la suite du projet de décision du 7 octobre 2016. Il ajoute que dans sa précédente prise de position du 22 septembre 2016, il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) comme équivalent psychiatrique à la fibromyalgie retenue par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 30 décembre 2015, précisant qu'il s'agit du même tableau clinique décrit selon les critères propres à deux spécialités médicales différentes. Les diagnostics ne sont pas cumulatifs et les indicateurs standards restent valables dans les deux cas (pce AI 62).

**10.3** Dans le cadre de la procédure de recours, l'instruction médicale de la demande a été complétée comme suit :

- un rapport de sortie du service des urgences ambulatoires de l'Hôpital L. \_\_\_\_\_ établi le 25 novembre 2016 par le Dr K. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du service des urgences de l'Hôpital L. \_\_\_\_\_) consécutif à des épigastalgies et des douleurs rétrosternales, une douleur thoracique non spécifique en raison d'un syndrome anxieux ressentie durant 2 à 3 jours et accompagnée de nausées, d'une sensation de dyspnée et d'une détresse respiratoire d'une à deux minutes, sans toux, ni expectoration, ni essoufflement, ni fièvre (annexes 18 et 19 pce TAF 1) ;
- un rapport établi le 27 décembre 2016 par le Dr M. \_\_\_\_\_ (médecin auprès du Centre de santé de N. \_\_\_\_\_) qui rappelle les antécédents médicaux de l'assurée (hernie hiatale, appendicectomie, status post opératoire d'une hernie ombilicale, kyste ovarien) ainsi que les troubles diagnostiqués (une fibromyalgie depuis 17 ans, douleurs polyarticulaires, crampes et paresthésies des membres supérieurs et inférieurs, une spondylarthrose cervicale, hernie discale C4-C5 et C6-C7, protrusion discale diffuse prédominante C5-C6 causant une cervicobrachialgie bilatérale chronique, discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, rhizarthrose [opérée] de la main gauche, rhizarthrose [en attente d'être opérée] de la main droite, gonalgie bilatérale mécanique principalement à droite avec rupture du ménisque interne, trouble dégénératif du genou gauche [en attente d'être opéré en décembre 2016], hallux valgus et trouble de l'adaptation avec symptomatologie mixte d'anxiété et de dépression). Le rapport ajoute que l'assurée est suivie par le service de traumatologie, l'unité de la douleur et l'unité de santé mentale de l'Hôpital L. \_\_\_\_\_ et décrit le traitement médicamenteux prescrit (Dalparan® 10 mg., Deprelis® 25 mg., Lorazepam® 1 mg., Adolquir® 25 mg., Escitalopram® 10 mg., Paracetamol® 1 g., Omeprazol® 20 mg., Gabapentine® 600 mg., Gabapentine® 800 mg., Droglican® 200/250 mg., et Palexia® retard 25 mg [annexes 8 et 9 pce TAF 1]) ;
- une prise de position complémentaire du 14 février 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_ (psychiatre auprès du SM/OAIE) indiquant que les deux rapports médicaux précités ne contiennent pas d'élément psychiatrique nouveau susceptible de modifier ses précédentes conclusions. L'assurée ayant fait preuve de ressources suffisantes pour surmonter les douleurs fibromyalgiques par le passé, aucune limitation fonctionnelle, respectivement incapacité de travail ne peuvent être rattachées à ces troubles. S'agissant de la symptomatologie dépressive, les critères de la CIM-10 en faveur d'un trouble de l'adaptation (F43.2) ne sont pas remplis, de sorte qu'il y a lieu de confirmer le diagnostic de dysthymie

associé à des symptômes anxieux isolés (F34.1) sans limitation fonctionnelle ni épuisement des ressources de l'assurée (pce AI 69) ;

- une prise de position du 28 février 2017 aux termes de laquelle la Dresse S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale, médecine physique et réadaptation auprès du SM/OAIE) observe des atteintes objectives – notamment au niveau du rachis cervical et des pouces – justifiant des limitations dans l'exercice de l'activité antérieure de tenancière d'un café-bar et entraînant une incapacité actuelle de travail, à tout le moins partielle, depuis le mois d'octobre 2014. L'assurée ayant déclaré avoir cessé de travailler dès 2007 pour des raisons médicales, il convient de requérir un complément d'instruction afin d'établir, le cas échéant, une incapacité de travail survenue dès cette année, dès lors qu'aucune pièce au dossier ne permet de déterminer depuis quand les déformations au niveau des pouces sont présentes (annexe pce TAF 10) ;
- deux rapports établis les 29 septembre 2006 et 24 novembre 2006 par le Dr G. \_\_\_\_\_ (médecin traitant) indiquant que l'assurée était alors en traitement pour un syndrome anxieux dépressif chronique et qu'après avoir consulté un service de traumatologie pour des céphalalgies, cervicalgies, dorsalgies et coxalgies, le diagnostic de fibromyalgie avait été posé et un traitement en réhabilitation recommandé (annexe pce TAF 14) ;
- une prise de position complémentaire du 22 juin 2017 de la Dresse S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale, médecine physique et réadaptation auprès du SM/OAIE), aux termes de laquelle la recourante subit, en raison des douleurs multiples, une incapacité de travail de 20 % dès le mois de novembre 2006 (compte tenu du rapport du 24 novembre 2006 du Dr G. \_\_\_\_\_ [médecin traitant]) et de 50 % dès le mois d'octobre 2014 (compte tenu du rapport du 7 octobre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ [rhumatologue]) dans l'exercice de son activité habituelle, avec des limitations pour la station debout prolongée, le port de charges modérées à lourdes et la marche sur de longues distances. L'exercice d'activités adaptées à l'état de santé demeure exigible à plein temps dès le mois de novembre 2006 jusqu'au mois d'octobre 2014, date à partir de laquelle il y a lieu de retenir une limitation de rendement de 20 %, de favoriser l'alternance des positions et d'éviter les activités impliquant la station debout prolongée, la marche sur de longues distances, le port de charges modérées à lourdes, les mouvements répétitifs en flexion du rachis. Sur le plan ménager, les atteintes

à la santé fondent un taux d'empêchement de 23 % dès le mois d'octobre 2014 (annexe pce TAF 16).

#### **11.**

En préambule, la Cour de céans observe que dans la mesure où la recourante se prévaut d'un status post-appendicectomie et interventions chirurgicales pour une hernie ombilicale, une hernie hiatale, un ulcère gastrique et un kyste ovarien, elle invoque des antécédents médicaux auxquels aucun des rapports figurant au dossier n'imputent d'incidences ni sur son état de santé, ni sur sa capacité de travail, ni sur son aptitude à effectuer les tâches ménagères. En outre et contrairement à ce qu'elle soutient, l'OAIE n'a pas omis les diagnostics de gonalgie bilatérale mécanique (principalement du côté droit, avec rupture du ménisque interne) et dégénérescences du genou gauche, ceux-ci étant expressément énumérés par la Dresse S. \_\_\_\_\_ (médecin spécialiste en médecine générale, ainsi qu'en médecine physique et réadaptation auprès du SM/OAIE) dans son rapport du 28 février 2017 (cf. annexe pce TAF 10).

#### **12.**

Pour le reste, la Cour de céans observe que l'OAIE s'est exclusivement fondé sur les prises de position de son service médical pour dénier le droit à une rente à la recourante.

**12.1** Les prises de position des services médicaux régionaux (SMR) ou du service médical de l'OAIE (SM/OAIE) ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne et ne posent pas de nouvelles conclusions médicales ; elles portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du 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). 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).

Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes du service médical de l'OAIE, mais en de telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Ces rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation médicale sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas retenues (arrêts du TF 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 s., 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose également 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 d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (arrêts du TF 9C\_335/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consid. 5.2, 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2 ; également arrêt du TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Une instruction complémentaire est requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports du service médical (ATF 139 V 225 consid. 5. 2, 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêts du TF 9C\_28/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3 s., 9C\_25/2015 du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 4.1 ; MICHEL VALTERIO, op. cit., ch. 43, p. 774).

**12.2** En l'occurrence, l'OAIE s'est fondé sur les prises de position des Drs Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale auprès du SM/OAIE), R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie auprès du SM/OAIE) et S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale, médecine physique et réadaptation auprès du SM/OAIE).

**12.2.1** Dans un rapport établi le 30 décembre 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale auprès du SM/OAIE) retient une fibromyalgie comme diagnostic principal, ainsi que des troubles dégénératifs du rachis et une rhizarthrose bilatérale sans répercussions sur la capacité de travail comme diagnostics associés. Les symptômes prépondérants sont circonscrits par la fibromyalgie, diagnostic posé par 3 rhumatologues. Les éléments somatiques objectifs ne justifient pas d'incapacité de travail

de longue durée, de sorte qu'un complément d'instruction a dû être requis auprès d'un spécialiste en psychiatrie afin d'apprécier l'aspect somatoforme des troubles exprimés (pce AI 35).

**12.2.2** Aux termes de trois rapports établis les 22 septembre 2016, 8 novembre 2016 et 14 février 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie auprès du SM/OAIE) indique que l'assurée présente deux troubles en comorbidité : d'une part, un trouble douloureux somatoforme persistant – comme équivalent psychiatrique de la fibromyalgie – traité depuis 1999, initialement avec un certain succès, mais dont les symptômes se sont aggravés en 2010 motivant une prise en charge ambulatoire et un traitement antalgique très important, qui n'a toutefois pas soulagé significativement les douleurs ; d'autre part, un trouble dépressif secondaire léger – ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif à proprement parler – et chronique constitutif d'une dysthymie. L'assurée ayant fait preuve de ressources suffisantes pour surmonter les douleurs fibromyalgiques par le passé, le trouble somatoforme douloureux n'entraîne ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail. S'agissant de la symptomatologie dépressive, les critères de la CIM-10 pour un trouble de l'adaptation (F43.2) ne sont pas remplis, de sorte que le diagnostic de dysthymie associée à des symptômes anxieux isolés (F34.1) doit être maintenu, aucune limitation fonctionnelle ni épuisement des ressources personnelles de l'assurée n'en résultant. Examinés à l'aune des indicateurs standards, le trouble somatoforme n'entraîne pas d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle en raison de la présence de critères d'exclusion, pas plus que la dysthymie compte tenu de la nature légère des symptômes (pces AI 44, 62 et 69).

**12.2.3** Dans ses prises de position des 28 février 2017 et 22 juin 2017, la Dresse S. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine générale, médecine physique et réadaptation auprès du SM/OAIE), relève que la recourante présente des atteintes objectives, notamment au niveau du rachis cervical et des poignes, qui justifient une incapacité de travail de 20 % dans l'exercice de son activité habituelle dès le mois de novembre 2006 (compte tenu du rapport du 24 novembre 2006 du Dr G. \_\_\_\_\_ [annexe pce TAF 14]), ainsi que de 50 % dès octobre 2014 (compte tenu du rapport du 7 octobre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ [rhumatologue ; pce AI 4]), avec en sus des limitations en cas de station debout prolongée, de port de charges modérées à lourdes et de marche sur de longues distances. L'exercice d'activités adaptées à l'état de santé demeure exigible à plein temps dès le mois de novembre 2006 jusqu'au mois d'octobre 2014, date à partir de laquelle il y a lieu de retenir une limitation de rendement de 20 %, de favoriser l'alternance des positions et d'éviter les activités impliquant la station debout prolongée, la

marche sur de longues distances, le port de charges modérées à lourdes, les mouvements répétitifs en flexion du rachis. Sur le plan ménager, l'état de santé fonde un taux d'empêchement de 23 % dès le mois d'octobre 2014 (annexes pces TAF 10 et 16).

### 12.3

**12.3.1** D'emblée, la Cour de céans observe que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a retenu des atteintes objectives notamment au niveau du rachis et des pouces entraînant une incapacité de travail de 20 % dans l'exercice de l'activité de tenancière d'un café-bar dès novembre 2006, limitation portée dès octobre 2014 à 50 % avec en sus des limitations en cas de station debout prolongée, de port de charges modérées à lourdes et de marche sur de longues distances. Dans l'exercice d'une activité lucrative favorisant l'alternance des positions et évitant la station debout prolongée, la marche sur de longues distances, le port de charges modérées à lourdes, les mouvements répétitifs en flexion du rachis et ainsi considérée comme adaptée à ses troubles, la recourante subit une limitation de rendement de 20 % depuis le mois d'octobre 2014. Sur le plan ménager, l'état de santé de l'assurée fonde un taux d'empêchement de 23 % dès le mois d'octobre 2014. A l'appui de ces considérations, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a pris en compte, notamment, une rhizarthrose du pouce des deux côtés, plus marquée à gauche, avec subluxation trapézométacarpienne, rendant impossible la préhension (cf. rapports des 28 février 2017 et 22 juin 2017 [annexes pces TAF 10 et 16]).

Cependant, dans un rapport établi le 27 décembre 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ indique que la rhizarthrose de la main gauche a été opérée, tandis que celle de la main droite était en attente de l'être à son tour (cf. annexes 8 et 9 pce TAF 1). Dans son mémoire du 28 décembre 2016, la recourante fait également référence à une opération subie à la main gauche et à venir s'agissant de la main droite (cf. pce TAF 1 p. 2). La Dresse S.\_\_\_\_\_ n'évoque aucunement ces interventions chirurgicales. A l'appui de ses considérations, elle indique s'être fondée sur les rapports établis les 24 novembre 2006 par le Dr G.\_\_\_\_\_ (annexe pce TAF 14) et le 7 octobre 2014 par le Dr B.\_\_\_\_\_ (pce AI 4). Dans ces circonstances, il n'est pas clair si l'avis exprimé par la Dresse S.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 12 février et 22 juin 2017 l'ont été en considération des interventions chirurgicales évoquées. À cela s'ajoute que le dossier ne livre aucune indication relative à une éventuelle amélioration de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail de la recourante ou diminution des limitations fonc-

tionnelles – préhension impossible – subies jusqu’alors. Dans ces circonstances, il n’apparaît pas que le dossier ait été suffisamment instruit s’agissant de la rhizarthrose et de l’impact de cette pathologie sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante.

**12.3.2** En outre, il est établi que la recourante souffre de fibromyalgie depuis presque 20 ans (cf. rapports des 29 septembre 2006 et 24 novembre 2006 du Dr G. \_\_\_\_\_ [médecin traitant ; annexes pce TAF 14]). En 2014, la pathologie était décrite comme aiguë et sévère (cf. rapport du 22 octobre 2014 du Dr E. \_\_\_\_\_ [rhumatologue ; pce AI 10]), ainsi que chronique, définitive, sans possibilité de traitement médical ou chirurgical, les symptômes se révélant intenses et incapacitants (cf. rapport du 7 octobre 2014 du Dr B. \_\_\_\_\_ [rhumatologue ; pce AI 4]). En juillet 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ (rhumatologue) faisait état de 18 points de détection de fibromyalgie sur 18 et confirmait le diagnostic (cf. rapport du 28 juillet 2015 [pce AI 9]), le Dr G. \_\_\_\_\_ (médecin traitant) précisant que l’assurée faisait l’objet d’un contrôle périodique auprès du service de traumatologie, unité de la douleur et unité de santé mentale, qu’elle avait besoin de l’aide d’une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne et qu’elle suivait un traitement se composant de Dalparan® 10 mg., Deprelion® 25 mg., Lorazepam® 1 mg., Lyrica® 75 mg., Adolquir® 25 mg., Escitalopram® 10 mg., Lyrica® 150 mg., Paracetamol® 1 g., Omeprazol® 20 mg., Gabapentina® 300 mg., Gabapentina® 600 mg., Palexia® retard 25 mg. (cf. rapport du 16 juillet 2015 [pce AI 12]). À la lecture de ce qui précède, il apparaît que la recourante souffre de fibromyalgie en évolution depuis près de 20 ans. À la suite d’une aggravation progressive de ces troubles, elle a été hospitalisée en 2014, fait l’objet d’un suivi médical et d’un traitement thérapeutique réguliers. Le diagnostic, posé par plusieurs spécialistes en rhumatologie, est décrit comme sévère, chronique et incapacitant.

**12.3.3** Sur le plan psychique, le Dr R. \_\_\_\_\_ (psychiatre auprès du SM/OAIE) a retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et dysthymie dont il a dénié tout caractère invalidant, le premier à l’issue d’un examen à l’aune du catalogue d’indicateurs, le second compte tenu de la nature légère des symptômes (cf. rapports des 22 septembre 2016, 8 novembre 2016 et 14 février 2017 [pces AI 44, 62 et 69]). De l’avis des Drs F. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; cf. rapport du 21 janvier 2015 [pce AI 40]) et J. \_\_\_\_\_ (psychiatre ; cf. rapport du 25 février 2016 [pce AI 39]), la recourante présente un trouble de l’adaptation avec symptomatologie mixte d’anxiété et de dépression que les traitements ne parviennent pas à améliorer significativement et qui limitent de manière importante sa capacité de travail.

**12.3.4** Compte tenu de ces avis divergents, posés par des spécialistes, à l'issue d'un examen sur la personne de l'assurée ainsi que de l'inefficacité des traitements thérapeutiques prescrits, l'examen du présent cas d'espèce ne se résume pas à l'appréciation d'un état de fait médical non contesté et établi de manière concordante par les médecins, bien au contraire. Dans ces circonstances, l'OAIE ne pouvait pas statuer sur la seule base des prises de position établies sur dossier par son service médical. Compte tenu des doutes planant sur l'état de santé – en particulier rhumatologique et psychique – de la recourante, ainsi que sur l'incidence des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de celle-ci, une instruction complémentaire du dossier aurait dû être requise. Il y a par conséquent lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure en application de l'art. 61 al. 1 PA afin qu'elle complète son instruction en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire qui portera notamment sur les volets psychiatrique et rhumatologique auprès d'experts indépendants (art. 44 LPG), dans le respect des droits de participation de l'assurée (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) et en application de la plateforme d'attribution aléatoire Suisse-MED@P au sens de l'art. 72<sup>bis</sup> al. 2 RAI (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Les experts seront invités à se prononcer de façon précise et appropriée sur l'état de santé – rhizarthrose incluse – ainsi que sur l'incidence de l'ensemble des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail de l'assurée dans sa précédente profession de tenancière d'un café-bar et dans des activités lucratives adaptées à son état de santé, ainsi que sur les limitations fonctionnelles entravant sa capacité ménagère. Ils procéderont à cette évaluation en considération de l'état de santé présenté par la recourante jusqu'au jour de l'expertise (arrêt du TAF C-2039/2017 du 6 mars 2019 consid. 10.4). Si d'autres évaluations que celles initialement retenues dans les domaines de la psychiatrie et de la rhumatologie se révèlent nécessaires, ils en ordonneront la mise en œuvre, attendu qu'il est en dernier ressort de leur devoir d'expert de déterminer la nature des évaluations médicales permettant de répondre au questionnaire qui leur est soumis dans le cas d'espèce (arrêt du TF 8C\_124/2009 du 17 octobre 2008 consid. 6.3.1). Cette nouvelle expertise sera effectuée en Suisse, l'organisme mandaté devant maîtriser les principes d'évaluation prévalant dans la médecine d'assurance suisse (arrêt du TF 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). La recourante étant domiciliée en Espagne, l'on ne voit pas, de surcroît, les motifs pour lesquels l'exécution en Suisse de cette expertise pourrait se révéler une mesure disproportionnée. Bien que le renvoi doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]), il est en l'occurrence justifié dès lors que l'autorité inférieure n'a pas instruit les questions

déterminantes pour l'examen du droit aux prestations (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2).

**12.3.5** Compte tenu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé.

### **13.**

**13.1** Il n'est pas perçu de frais de procédure. En effet, suite au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction et nouvelle décision, la recourante a obtenu gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2) et, à ce titre, elle ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 800 francs, versée par la recourante (pce TAF 3), lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (art. 63 al. 2 PA).

**13.2** Il n'est pas alloué de dépens. En effet, bien que la recourante ait obtenu gain de cause (cf. consid. 12.3.5 *supra*), elle a agi sans représentation professionnelle et n'a pas dû supporter de frais élevés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement 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 admis et la décision du 23 novembre 2016 annulée.

**2.**

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**3.**

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

**4.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec accusé de réception)
- 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

Raphaël Menettrier de Jollin

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF (RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, Suisse, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :