



---

Cour VI  
F-2350/2022

## Arrêt du 14 novembre 2023

---

Composition

Gregor Chatton (président du collège),  
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Susanne Genner, juges,  
Mélanie Balleyguier, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_, (France),  
représentée par Maître Thierry Sticher, avocat,  
recourante,

contre

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

---

Objet

Assurance-invalidité ; droit à la rente, nouvelle demande ;  
décision du 11 mai 2022.

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

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante) est une ressortissante française, née en 1978, mariée et sans enfants, actuellement domiciliée en France. Elle a travaillé en Suisse de juillet 2012 à juillet 2020 en qualité d'infirmière diplômée, en cotisant à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (OAIE, pce 39).

**A.b** Le 21 janvier 2014, reçue le 10 février 2014, l'intéressée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en invoquant une subluxation de la hanche gauche, avec lésion musculaire et tendineuse et déchirure musculaire de l'adducteur de la hanche gauche (OAIE, pce 3).

Par décision du 19 décembre 2014, l'Office de l'AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a rejeté la demande de prestations, au motif que la recourante avait progressivement récupéré sa capacité de travail à partir du mois de juin 2014, celle-ci ayant même recommencé à travailler à 100% à compter du mois de septembre 2014 (OAIE, pce 34).

**B.**

**B.a** Le 4 juillet 2019, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant des polyarthralgies de type tendinopathie, une asthénie, un trouble du sommeil avec réveil nocturne, un dérouillage matinal, une désadaptation à l'effort et un trouble de la concentration (OAIE, pce 37).

**B.b** Le 12 mars 2021, un rapport d'expertise bidisciplinaire a été rendu par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (OAIE, pce 89).

Le 17 novembre 2021, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée (OAIE, pces 111 s.).

**B.c** Sur la base du rapport d'expertise et de l'enquête ménagère précités, l'OAIE a adressé, en date du 14 février 2022, un projet de décision à l'assurée tendant au rejet de sa demande (OAIE, pce 116).

Par courrier du 18 mars 2022, l'intéressée s'est opposée au projet de décision précité (OAIE, pce 120).

**B.d** Par décision du 11 mai 2022, l'OAIE a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée (OAIE, pce 126).

**C.**

**C.a** Le 24 mai 2022 (date du sceau postal), l'intéressée a interjeté recours, par l'intermédiaire de son mandataire, contre la décision précitée par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ou TAF) en concluant, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision (act. TAF 1).

Dans sa réponse du 11 août 2022, l'OAIE a conclu au rejet du recours et transmis un préavis de l'Office de l'assurance-invalidité du canton D. \_\_\_\_\_ (ci-après : OAI D. \_\_\_\_\_), daté du 3 août 2022 (act. TAF 7).

**C.b** Dans sa réplique du 19 septembre 2022, la recourante a maintenu les conclusions prises dans son mémoire de recours et produit un rapport médical supplémentaire (act. TAF 9).

Dans sa duplique du 6 décembre 2022, l'OAIE a conclu au rejet du recours et transmis un préavis de l'OAI D. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2022 ainsi qu'un avis médical du Service médical régional de Suisse romande (ci-après : SMR) du même jour (act. TAF 15).

**C.c** Par ordonnance du 13 décembre 2022, le Tribunal a transmis la duplique de l'OAIE à la recourante et signalé que l'échange d'écritures est clos.

Par ordonnance du 9 juin 2023, le Tribunal a communiqué un changement de Cour, pour des motifs d'ordre organisationnel.

**D.**

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

**Droit :**

**1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, 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 LAI (RS 831.20), des recours interjetés par des personnes résidant à l'étranger contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

**1.2** Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 144 II 276 consid. 2.2.4).

**1.3** Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégée à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA et 52 al. 1 PA), l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

## **2.**

L'objet du litige est le bien-fondé de la décision de l'OAIE du 11 mai 2022 rejetant la demande de rente d'invalidité de la recourante, au motif que celle-ci présentait un degré d'invalidité de 22%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

## **3.**

**3.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le RAI (RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

**3.2** De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (ci-après : Circ. DT DC AI, chiffre 1007 s. ;

cf. <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/18439/download> [site consulté en août 2023]), les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

**3.3** En l'espèce, la demande a été déposée le 4 juillet 2019, de sorte que le droit au versement de la rente existerait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI). Ainsi, le Tribunal tiendra compte des règles en vigueur à ce moment-là et ne prendra pas en considération le nouveau droit.

#### **4.**

**4.1** Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATAF 2014/24 consid. 2.2 ; 2009/57 consid. 1.2 ; arrêt du TF 1C\_214/2015 du 6 novembre 2015 consid. 2.2.2). Aussi peut-il admettre ou rejeter le pourvoi pour d'autres motifs que ceux invoqués. Cela étant, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c).

**4.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 138 V 218 consid. 6). Il ne suffit 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Partant, l'autorité ne

peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

**4.3** Vu par ailleurs les éléments d'extranéité ressortant du dossier, sont applicables l'ALCP (RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi que le règlement [CE] n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement [CE] n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11]). Néanmoins, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004 ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C\_465/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 5.5).

## 5.

Selon l'art. 36 LAI, l'assuré qui compte trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité a droit à une rente d'invalidité ordinaire (al. 1). En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI suisse pendant plus de trois ans (cf. *supra* consid. A). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

## 6.

**6.1** L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI) et est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2020 5137 ; FF 2018 1597), est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité

de gain. Selon l'art. 6 LPGA, on entend par incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (1<sup>ère</sup> phrase).

En Suisse, l'objet assuré n'est donc pas l'atteinte à la santé en tant que telle, mais l'incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui 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 aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>e</sup> phrase, LPGA).

**6.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; elle a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, elle est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

**6.3** L'évaluation du taux d'invalidité se fait principalement sur la base de trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente.

Si l'assuré exerçait une activité lucrative à temps partiel parallèlement à l'accomplissement de travaux habituels, il convient de pondérer les deux méthodes (générale et spécifique) en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (méthode mixte ; art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1 et 4.1 ; arrêt du TF 9C\_333/2022 du 10 mai 2023 consid. 3). Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé (cf. ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; arrêt du TF 9C\_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2). Le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. L'obligation de réduire le dommage en organisant son travail et en recourant à l'aide des proches dans les travaux ménagers, notamment les plus lourds, s'applique également à l'assuré dont l'invalidité est évaluée selon la méthode mixte

(ATF 133 V 504, consid. 4.2 ; arrêt du TF 8C\_119/2023 du 15 juin 2023 consid. 5.3.3).

**6.4** L'art. 27<sup>bis</sup> RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3).

Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

## 7.

**7.1** S'agissant en l'espèce de l'examen à effectuer par le Tribunal, il est rappelé que la demande précédente de prestations de l'assurée a été rejetée par décision de l'OAIE du 19 décembre 2014. Cette décision, non contestée, est entrée en force et limite – théoriquement – l'examen de la nouvelle demande de prestations de l'intéressée.

**7.2** En effet, selon la jurisprudence, lorsque l'administration – comme en l'occurrence – entre en matière sur une nouvelle demande de prestations et examine l'affaire au fond, elle doit analyser si une modification du degré d'invalidité est intervenue. Elle doit procéder de manière analogue à la révision au sens de l'art. 17 LPGA selon lequel, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir (ATF 147 V 167 consid. 4.1).

La jurisprudence a précisé que tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré

inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 147 V 161 consid. 4.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 145 V 141 consid. 5.4).

**7.3** En l'espèce toutefois, la première demande de l'intéressée avait été déposée suite à une subluxation de la hanche gauche, avec lésion musculaire et tendineuse et déchirure musculaire de l'adducteur de la hanche gauche. Cette demande avait par la suite été rejetée, l'assurée ayant récupéré une pleine capacité de travail et repris son emploi.

La nouvelle demande ayant été déposée en invoquant des polyarthralgies de type tendinopathie, une asthénie, un trouble du sommeil avec réveil nocturne, un dérouillage matinal, une désadaptation à l'effort et un trouble de la concentration, atteintes étant toutes apparues après le début de l'année 2018, le Tribunal n'analysera pas plus avant la situation ayant mené au prononcé de la première décision de refus de prestations, mais s'intéressera immédiatement à la situation à compter de 2018, comme l'a du reste fait l'autorité inférieure.

## **8.**

**8.1** Pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêt du TF 8C\_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1.3). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. 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 concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 143 V 418 consid. 6).

**8.2** Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le juge. Si elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles, la jurisprudence a toutefois posé des lignes directrices en matière d'appréciation des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c ; arrêt du TF 8C\_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3).

**8.2.1** Ainsi, 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. A cet égard, l'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il convient donc de s'assurer que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées 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 du médecin sont dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; arrêt du TF 9C\_344/2022 du 20 février 2023 consid. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise est de plus liée à la condition que le médecin qui se prononce dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêts du TF 8C\_225/2021 du 10 juin 2021 consid. 3.2 ; 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1).

**8.2.2** Le but des expertises interdisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et de regrouper en un résultat global les limitations de la capacité de travail qui en découlent (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; 137 V 210 consid. 1.2.4). Il en va de même en ce qui concerne la délimitation parfois difficile entre les états assurés au sens de l'art. 4 al. 1 LAI et les facteurs étrangers à l'invalidité. L'appréciation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt ainsi une grande importance lorsqu'elle est effectuée sur la base d'une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes qui participent à l'expertise. Une telle évaluation récapitulative basée sur une discussion consensuelle

entre les différents experts ou sous la direction d'un médecin responsable du cas pour rassembler et exposer les résultats des différentes spécialités est idéale, mais pas obligatoire (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 et les références citées).

**8.2.3** Au contraire des expertises, les rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 et 3 RAI et du service médical interne de l'OAIE 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 (arrêt du TF 8C\_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 et les références citées).

**8.2.4** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, qu'ils soient médecins de famille généralistes ou spécialistes, il convient de les apprécier avec une certaine réserve en raison de la relation de confiance, issue du mandat thérapeutique confié au médecin traitant, qui unit celui-ci à son patient (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 9C\_54/2021 du 25 février 2022 consid. 5.4). Toutefois, le simple fait qu'un rapport médical soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 141 III 433 consid. 2.3).

## **9.**

Il convient de rappeler que la recourante a déposé une demande de prestations pour adultes le 4 juillet 2019, en invoquant des polyarthralgies de type tendinopathie, une asthénie, un trouble du sommeil avec réveil nocturne, un dérouillage matinal, une désadaptation à l'effort et un trouble de la concentration. Dans le cadre de son recours, l'assurée conteste la capacité de travail retenue par l'OAIE pour déterminer sa capacité de gain, et plus particulièrement la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 12 mars 2021 et dont l'OAIE reprend les conclusions, pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20%.

### **9.1**

**9.1.1** Sur le plan rhumatologique, les médecins ayant eu l'occasion d'examiner la recourante ont notamment rédigé les rapports suivants.

Dans un rapport adressé le 10 juillet 2018 à l'assureur-maladie de la recourante (OAIE, pce 40), la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de la recourante, fait état d'une suspicion de diagnostic de connectivité indifférenciée, en relevant notamment les polyarthralgies ainsi que la présence d'anticorps antinucléaires positifs.

Dans son rapport, adressé le 27 novembre 2018 à l'assureur-maladie (OAIE, pce 40 p. 222 ss), la Dre E. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de connectivité préalablement suspecté. Elle considère toutefois que l'exercice d'une activité adaptée demeure exigible.

Dans son rapport d'expertise (assessment) du 20 février 2019 (OAIE, pce 40 p. 186 ss), le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie mandaté par l'assureur-maladie perte de gain de la recourante, considère que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde débutante paraît le plus approprié. Il se prononce également en défaveur d'une connectivité, malgré la présence d'anticorps antinucléaires positifs, et rejette les autres diagnostics possibles, notamment ceux de lupus érythémateux disséminé et de lupus discoïde. Il considère de plus que l'état de santé de la recourante n'est pas encore stabilisé. Enfin, il fixe la capacité de travail à 50% avec une amélioration possible, si de nouvelles poussées inflammatoires n'émergent pas, pour atteindre une capacité de travail entière en septembre 2019.

Dans son rapport du 17 avril 2019 (OAIE, pce 43), la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin au Service de médecine interne du Centre Hospitalier H. \_\_\_\_\_, pose le diagnostic de lupus cutané articulaire probable, devant l'association des symptômes de polyarthralgies distales symétriques d'horaire inflammatoire, de photosensibilité et d'anticorps antinucléaires fluctuants (entre 1/640 et 1/1280). Elle relève toutefois le manque d'un critère immunologique.

Dans son rapport du 18 novembre 2019 (OAIE, pce 51), le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine du sport, retient le diagnostic de lupus cutané-articulaire depuis le mois d'avril 2018. Il relève à titre de limitations fonctionnelles un déficit d'attention et de concentration, des douleurs au port de charges ainsi que des douleurs globales. Il considère que sa patiente dispose d'une capacité de travail de quatre heures par jour, indépendamment de l'activité exercée.

Dans son rapport du 8 juin 2020 (OAIE, pce 62), le Dr J. \_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires

K. \_\_\_\_\_, retient le diagnostic de connectivité indifférenciée avec des arthralgies.

Dans son rapport du 16 juillet 2020 (OAIE, pce 63), le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, pose les diagnostics de syndrome anxiodépressif réactionnel / lupus (F32) et de personnalité anxieuse (F40). Il considère que sa patiente fait face à une maladie organique ayant des répercussions psychologiques et estime qu'une réorientation professionnelle s'impose.

Dans son rapport reçu par l'OAIE le 10 août 2020 (OAIE, pce 67), la Dre E. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de lupus et relève une asthénie, différentes douleurs (poignets, coudes, épaules, genoux, chevilles, hanche) ainsi qu'une perte de moral et un trouble de l'humeur et du sommeil. Elle considère que la capacité de travail de la recourante varie entre 20% et 60% en raison de la douleur et de la fatigue.

**9.1.2** Dans son rapport d'expertise du 12 mars 2021 (OAIE, pce 89), le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, retient le diagnostic incapacitant de connectivité indifférenciée (M35). Il écarte le diagnostic de lupus érythémateux systémique, ainsi que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde débutante. Enfin, il écarte le diagnostic de myosite, faute d'atteinte viscérale certaine, et souligne l'absence de syndrome inflammatoire sanguin et de cytopénie, ainsi que le fait que les anticorps antinucléaires soient dans la norme. A titre de diagnostics non-incapacitants, l'expert retient un status après toxidermie sévère ainsi qu'un status après lésion avec arrachement partiel du tendon du psoas au niveau du petit trochanter suite à une chute.

Il considère par ailleurs les plaintes de la recourante comme cohérentes et plausibles, compte tenu du dossier et de l'anamnèse, et fixe la capacité de travail à 50% dans son activité habituelle. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert considère que celle-ci est entière, avec une diminution de rendement de 20%, tant que les limitations fonctionnelles (port des charges supérieures à cinq kilos fréquent, marche prolongée, mouvements répétés et en force sollicitant les articulations digitales et des poignets) sont respectées. Il estime enfin que cette capacité de travail dans une activité adaptée est présente depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**9.1.3** En l'espèce, le Tribunal prend acte de l'opinion de la recourante selon laquelle l'expert se contredit dans son expertise, en excluant puis en retenant le diagnostic de connectivité indifférenciée. Cela étant, à la lecture du

rapport d'expertise, force est de constater que l'expert est demeuré constant dans son appréciation selon laquelle ce diagnostic doit être retenu, quand bien même il considère que cette connectivité indifférenciée n'est que modérément active au moment de l'expertise.

S'agissant ensuite du diagnostic de lupus érythémateux, l'expert a souligné que les critères de classification internationaux n'étaient pas remplis, de sorte que ce diagnostic ne pouvait être retenu. A cet égard, la critique de la recourante selon laquelle l'expert a écarté ce diagnostic, « de manière péremptoire » et sans s'expliquer, tombe à faux. Par surabondance, on relèvera que l'expert mandaté par l'assureur-maladie en 2019 avait également écarté le diagnostic de lupus érythémateux. Face à l'opinion de deux spécialistes, formulée après examen de la recourante et analyse du dossier, les diagnostics posés par les médecins de la recourante, lesquels ne sont au demeurant pas motivés, pouvaient dès lors être écartés.

S'agissant enfin du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde débutante, retenu par le Dr F. \_\_\_\_\_ et exclu par l'expert, celui-ci a justifié sa position en soulignant l'absence de toute synovite documentée, tant par le passé que lors de son examen de la recourante en date du 26 janvier 2021. Cela étant, le Dr F. \_\_\_\_\_, s'il a effectivement retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde débutante, a souligné dans son expertise que celui-ci « paraissait le plus approprié », ainsi qu'avoir « plutôt observé un tableau évoquant un tel diagnostic », expressions ne faisant pas état d'une franche certitude. Par ailleurs, si le Dr F. \_\_\_\_\_ retient que les critères de polyarthrite rhumatoïde débutante sont remplis, ceux-ci le sont de manière minimum (score de six sur dix, avec un score minimum nécessaire de six). En outre, aucun des autres médecins ayant examiné la recourante n'a jamais considéré que ce diagnostic devait être retenu. Dès lors, le fait que l'expert n'ait pas retenu ce diagnostic, en justifiant sa position, ne saurait être critiqué, d'autant plus qu'il avait connaissance du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ et en a tenu compte dans le cadre de son appréciation.

Enfin, le rapport du 12 septembre 2022 du Dr I. \_\_\_\_\_ (act. TAF 13), produit en cours de procédure, ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. En effet, indépendamment des discussions entre médecins relatives au diagnostic, le Dr I. \_\_\_\_\_ remettant en cause le diagnostic retenu par l'expert, force est de constater que celui-ci ne conteste par contre pas les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de sa patiente ou aux limitations fonctionnelles qu'elle rencontrerait dans le cadre d'une activité professionnelle, de sorte que les conclusions de l'expert peuvent être suivies sur ces questions.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le Tribunal peut suivre les conclusions convaincantes et motivées de l'expert et retenir la valeur probante du volet rhumatologique du rapport d'expertise du 12 mars 2021.

**9.2** S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 12 mars 2021, le Tribunal constate que celui-ci n'est, en tant que tel, pas remis en cause par la recourante, que ce soit s'agissant de son contenu ou de ses conclusions.

De plus, ce volet a été rédigé par un expert spécialisé en psychiatrie. Celui-ci disposait dès lors de la formation nécessaire et des connaissances requises pour juger valablement de l'état de santé de la recourante. Par ailleurs, son volet de l'expertise a été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, puisqu'il a rencontré la recourante le 19 janvier 2021 dans le cadre d'un entretien. En outre, l'expert a tenu compte de l'intégralité des éléments du dossier mis à sa disposition et avait ainsi pleinement connaissance du dossier médical déterminant. Ce dernier contient l'anamnèse complète, constituée notamment de tous les avis, rapports et certificats médicaux formulés par les praticiens ayant eu à connaître et à s'exprimer sur l'état de santé de l'assurée. L'expertise tient de surcroît compte des plaintes exprimées par cette dernière et comporte des évaluations détaillées des traitements, ressources et difficultés de la recourante, ainsi que de la cohérence et de la plausibilité des différents rapports.

Sur le vu de ces différents points, et compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-avant (cf. *supra* consid. 8.2.1), le Tribunal considère que le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 12 mars 2021 a pleine valeur probante.

**9.3** Enfin, la recourante reproche aux experts de ne pas avoir procédé à une évaluation consensuelle, alors que tel était requis par le mandat de l'OAIE.

Cela étant, le Tribunal constate que le rapport d'expertise débute précisément par une « évaluation consensuelle », de sorte que la recourante ne saurait être suivie dans sa critique. Par ailleurs, quand bien même les experts n'auraient pas procédé à une telle évaluation consensuelle, leurs conclusions auraient tout de même pu être suivies, compte tenu de la jurisprudence en la matière (cf. *supra* consid. 8.2.2).

**9.4** Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à bon droit que l'autorité inférieure a estimé que la recourante était en mesure de travailler à

temps plein, avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des arthralgies récidivantes inopinées et des troubles du sommeil.

Le Tribunal a en outre eu la possibilité de se convaincre que les faits mis en évidence par l'instruction menée par l'autorité inférieure présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourront plus modifier son appréciation (cf. *supra* consid. 4.2). Dans ces conditions, les requêtes de la recourante, tendant à l'audition de témoins et de la recourante ainsi qu'à la mise en œuvre de mesures d'observations professionnelles judiciaires et d'une expertise médicale multidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) judiciaire, doivent être rejetées.

#### **10.**

Il reste à déterminer si le taux d'invalidité de 22% dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019 peut être confirmé. Pour aboutir à ce taux, l'OAIE a recouru à la méthode mixte et considéré que l'assurée présentait une invalidité de 5,9% dans son activité ménagère et de 16% dans une activité professionnelle adaptée.

Le choix de la méthode de calcul n'est pas remis en cause par la recourante. Il est par ailleurs conforme au droit (cf. *supra* consid. 6.3), l'intéressée ayant travaillé à 80% avant son atteinte à la santé et n'envisageant pas un changement de taux d'activité.

**10.1** Dans sa décision du 11 mai 2022, l'OAIE a considéré que la recourante serait en mesure de retrouver une activité adaptée à ses limitations, en tant qu'infirmière, notamment en service ambulatoire ou comme coordinatrice de transplantation, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de procéder à un calcul détaillé. L'autorité inférieure a dès lors retenu que celle-ci présentait un empêchement de travailler de 20% dans son activité professionnelle, soit un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle global de 16% pour un taux d'activité de 80% avec une perte de rendement de 20%.

**10.2** Pour sa part, la recourante conteste cette manière de procéder, considérant que sa requalification en tant qu'infirmière « administrative » entraînera une baisse de ses revenus, s'appuyant pour ce faire sur la CCT applicable au canton (...) pour les infirmières d'établissements privés. Elle estime également qu'il est irréaliste de se baser sur le revenu qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé, en se contentant de déduire la perte de rendement fixée par les experts.

Compte tenu de ces considérations, la recourante est d'avis qu'il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité dans l'activité professionnelle en recourant aux tableaux statistiques usuels de l'Office fédéral de la statistique 2018 (OFS ; TA1\_tirage\_skill\_level) et en tenant compte d'un abattement de 20% au vu des limitations qu'elle rencontre. A titre principal, elle estime qu'une activité d'infirmière n'est plus exigible et se réfère ainsi à la ligne « totale » pour les femmes de niveau un et, à titre subsidiaire, à la ligne « santé humaine et action sociale » (86-88), pour calculer son degré d'invalidité.

## 11.

**11.1** De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; arrêt du TF 9C\_149/2023 du 5 juillet 2023 consid. 9.2.1).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêt du TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3) ; la jurisprudence relève à cet égard que la notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité ; elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (arrêts du TF 9C\_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5.2; 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.1). On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, mais il ne faut pas non plus poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (arrêt du TF 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 et les références citées).

**11.2** En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêts du TF 9C\_584/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3 ; 9C\_2602013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (cf. art. 8 LPGA).

La jurisprudence a encore précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision -, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du TF 8C\_3/2022 du 18 janvier 2023 consid. 6.3.3 et les références citées).

**11.3** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation (ATF 148 V 419 consid. 5.3). En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence, tout comme d'éventuelles restrictions liées à la santé déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail (ATF 148 V 174 consid. 6.3). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 419 consid. 5.1).

**12.** En l'espèce, la manière de procéder de l'OAIE ne peut être suivie, la requérante ayant exercé une activité lucrative avant la survenance de son atteinte à la santé et le revenu qu'elle serait en mesure de réaliser dans une activité adaptée, par exemple en qualité d'infirmière administrative ou

en service ambulatoire, étant parfaitement estimable sur la base des statistiques usuelles des données de l'OFS.

Il convient dès lors de procéder au calcul du degré d'invalidité de la recourante sur la base du dossier.

**12.1** S'agissant en premier lieu du revenu sans invalidité, celui-ci peut être déterminé sur la base du questionnaire rempli par l'employeur le 23 août 2019. Celui-ci fait état d'un revenu annuel pour l'année 2019 de 85'148,70 francs, correspondant à un équivalent plein temps (40 heures par semaine) de 106'435,85 francs, soit 8'869,65 francs par mois, montant qui peut être repris tel quel.

**12.2** S'agissant ensuite du revenu avec invalidité, celui-ci doit être déterminé, comme le requiert la jurisprudence, sur la base des tableaux statistiques de l'ESS pour les femmes. En l'espèce, vu les limitations fonctionnelles retenues par les experts (port des charges supérieures à cinq kilos fréquent, marche prolongée, mouvements répétés et en force sollicitant les articulations digitales et des poignets), la poursuite d'une activité dans le domaine de la santé demeure exigible de la part de la recourante.

Par ailleurs, il appert que la recourante est au bénéfice d'une excellente formation. En effet, il ressort de son curriculum vitae (OAIE, pces 13 p. 40 et 89 p. 495) qu'elle est non seulement titulaire d'un diplôme d'Etat infirmier, mais également qu'elle a bénéficié de très nombreuses formations intra-hospitalières, notamment en matière de manutention (établissement), de gestion de la douleur (N. \_\_\_\_\_), de gestion du stress (N. \_\_\_\_\_), de réanimation cardio-pulmonaire (établissement), d'incendie et mise en sécurité des patients (établissement), de transmission ciblée et orale (N. \_\_\_\_\_), de gestion du patient diabétique types 1 et 2, d'accueil des patients et de leur famille, de prise en charge d'une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer et de gestion des conflits et de la communication des familles, ainsi que de sensibilisation aux soins palliatifs (O. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_) et de dispensation de médicaments en EMS (R. \_\_\_\_\_) (OAIE, pces 13 p. 40 et 89 p. 495).

Ces excellentes qualifications se traduisent également dans le dernier salaire réalisé, puisque, comme déjà relevé, celui-ci se montait pour l'année 2019 à un équivalent plein temps de 106'434,60 francs par an, soit 8'869,55 francs par mois. Or, les statistiques de l'ESS 2018 estiment le revenu mensuel d'une femme travaillant dans le domaine de la santé avec le plus haut niveau de compétence possible à 7'253.- francs. De même, la

grille des salaires CCT Clinique privée M. \_\_\_\_\_ 2017, sur laquelle la recourante propose de se baser pour déterminer le salaire qu'elle serait en mesure de réaliser, chiffre la plus haute classe de salaire d'une infirmière diplômée avec spécialisation à 6'023.- francs.

Il est dès lors admissible de considérer que, compte tenu des nombreuses formations suivies et d'une expérience professionnelle de plus de vingt ans dans le domaine des soins médicaux, la recourante soit en mesure de retrouver un poste adapté à ses limitations, impliquant une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé. Dès lors, il sera retenu un niveau de compétences de 4 dans les tableaux statistiques.

Compte tenu de ces différents éléments, le revenu avec invalidité de la recourante doit être calculé sur la base du salaire mensuel brut réalisé par une femme dans le domaine de la santé avec un niveau de compétence 4, soit 7'253.- francs, et indexé selon l'Indice des prix à la consommation pour obtenir un salaire en 2019 de 7'296.- francs par mois. Compte tenu encore de la perte de rendement de 20% déterminée par les experts, la recourante est ainsi en mesure de réaliser un revenu avec invalidité en équivalent plein temps de 5'837.- francs.

Contrairement à ce que prétend la recourante, il ne se justifie pas de procéder à un abattement supplémentaire sur ce revenu, les limitations fonctionnelles ayant été prises en compte dans le choix de la catégorie de revenu et la fatigue et les douleurs que l'intéressée rencontre se traduisant dans la perte de rendement.

**12.3** Sur la base d'un revenu sans invalidité de 8'869,65 francs par mois et d'un revenu avec invalidité de 5'837.- francs par mois, la perte de gain de la recourante dans son activité professionnelle (80%) peut être fixée à 27,4% ( $(8'869,65 - 5'837.-) \times 100 / 8'869,65 \times 80\%$ ).

A cela s'ajoute le taux d'invalidité de la recourante dans l'exercice de ses tâches ménagères que l'autorité intimée a fixé à 5,9% et que la recourante ne conteste pas. Celui-ci, reprenant les résultats de l'enquête économique sur le ménage du 17 novembre 2021, correspond aux exigences jurisprudentielles en la matière et peut être repris tel quel.

Dès lors, le degré d'invalidité total de la recourante peut être fixé à 34%, soit un degré d'invalidité insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente (cf. *supra* consid. 6.2).

**13.**

En dépit de la substitution de motifs, rendue nécessaire par l'approche erronée de l'OAIE dans le calcul du degré d'invalidité, il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 11 mai 2022 confirmée.

**13.1** Vu l'issue du litige, les frais judiciaires – fixés à 800.- francs – sont mis à la charge de la recourante (art. 63 PA en relation avec les art. 2 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

**13.2** Il n'est pas alloué de dépens (art. 7 al. 1 *a contrario* et 7 al. 3 FITAF).

(dispositif en page suivante)

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

**1.**

Le recours est rejeté.

**2.**

Les frais de procédure de 800.- francs sont mis à la charge de la recourante. Ils sont prélevés sur l'avance du même montant déjà fournie.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**4.**

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'Office fédéral des assurances sociales.

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

Le président du collège :

La greffière :

Gregor Chatton

Mélanie Balleyguier

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit être rédigé dans une langue officielle, 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 :