

BVGer C-1467/2019 vom 22. Mai 2024

Bundesverwaltungsgericht, 2024-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1467_2019

FR: TAF C-1467/2019 du 22 mai 2024

IT: TAF C-1467/2019 del 22 maggio 2024

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 31 LTAF, sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, non réalisées en l'espèce, et en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 20, et 50 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable.

E. 2

L'objet du 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 13 mars 2019 se révèle bien fondée.

E. 3.1

Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et 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, en relation avec l'annexe VII dudit règlement :

ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5).

E. 3.2

Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. Pierre Moor/Etienne Poltier, *Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs*, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; Benoît Bovay, *Procédure administrative*, 2e 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 ; André Moser et al., *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55).

E. 3.3

En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 13 mars 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

E. 4

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 291 mois (cf. OAIE pce 36 p. 1). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi.

E. 5.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 5.2

Un 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 taux d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 5.3

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI).

E. 5.4

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

E. 6.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). A l'inverse, si l'expert psychiatre identifie un phénomène d'exagération des symptômes ou une constellation similaire chez l'intéressé, aucune atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance ne peut être reconnue (motifs d'exclusion ; ATF 141 V 281 consid. 2.2).

E. 6.2

Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ss) - aussi les

troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 ss) - doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (arrêt du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017) afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi conçu un catalogue d'indicateurs, classés en deux catégories (ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). La première catégorie "degré de gravité fonctionnel" comprend les complexes « atteinte à la santé » (soit l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement ou la résistance à cet égard, le succès de la réadaptation ou la résistance à cet égard ainsi que les comorbidités ; consid. 4.3.1 de l'ATF 141 V 281), « personnalité » (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2 de l'arrêt cité) et « contexte social » (consid. 4.3.3) alors que la seconde catégorie "cohérence (point de vue du comportement)" considère la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1) et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 6.3

En outre, le Tribunal fédéral a remarqué que le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne assurée (ATF 143 V 409 consid. 4.4 et 4.5.2). Il a également souligné que le catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Le Tribunal fédéral a encore précisé que pour des raisons de proportionnalité, il n'est pas nécessaire de procéder à un examen normatif selon l'ATF 141 V 281 lorsque des médecins spécialisés nient, d'une manière fondée et avec motivation, la présence d'une incapacité de travail, que leurs rapports médicaux répondent aux exigences jurisprudentielles et que des éventuels avis contradictoires n'ont pas de force probante notamment parce qu'ils proviennent de médecins qui ne sont pas spécialisés ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5). A titre d'exemple, il n'y a en principe pas besoin de réaliser un examen de preuve structurée dans les cas où il est établi à la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre que d'un trouble dépressif léger qui n'est pas encore chronique et que, de plus, elle ne présente pas de comorbidités (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du TF 9C_580/2017 du 16 janvier 2018 consid. 3.1).

E. 7.1

Selon l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office de l'assurance-invalidité compétent réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. A cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 7.2

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351

consid. 3a ; 135 V 465 consid. 4.4). A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du spécialiste soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 130 V 396).

E. 7.3

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports des médecins rattachés aux assureurs, mais, en de telles circonstances, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé, à la fiabilité et à la pertinence de ces rapports (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 7.4

Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1 ; Michel Valterio, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, art. 57 n° 48). Toutefois le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise privée 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. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées ; arrêts du TF 9C_338/2016 du 21 février 2017 consid. 5.5 ; 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2 ; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2 ; 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 7.5

Dans le domaine des assurances sociales, la décision 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).

E. 8.1

En l'espèce, l'autorité inférieure a rendu la décision litigieuse du 13 mars 2019 sur la base des avis de son service médical, soit la prise de position du 3 décembre 2018 du Dr H._____ et celle du 17 décembre 2018 du Dr J._____, complétée le 20 décembre 2018.

E. 8.2

Il convient en premier lieu de déterminer si le rapport médical du Dr H._____ peut se voir accorder une valeur probante.

E. 8.2.1

Selon le rapport médical du 30 avril 2018, la Dre D._____, médecin généraliste de l'assuré, retient les diagnostics de l'hydrocéphalie sur sténose congénitale de l'aqueduc de Sylvius, pose de drain en 2008, un carcinome papillaire de la thyroïde en 2011, une myopie sévère, une hernie discale L5-S1 et un syndrome dépressif (OAIE pce 15).

E. 8.2.2

Invité à se prononcer sur le plan somatique quant à l'état de santé de l'assurée (OAIE pce 37), le Dr H._____ retient que la thyroïdectomie totale pour carcinome de la thyroïde pratiquée en 2011 n'a aucune répercussion sur la capacité de travail, le cancer étant en rémission depuis 2011. En outre, le Dr H._____ indique que l'intéressée est au bénéfice d'un traitement de substitution hormonale thyroïdienne et qu'au niveau endocrinologique, la situation est parfaitement stabilisée, ne justifiant aucune incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle. A cet égard, le Tribunal constate que le Dr H._____ fait référence au rapport médical du Dr C._____ du 21 février 2018 sans le nommer (cf. OAIE pce 12). S'agissant de l'hydrocéphalie congénitale sur sténose congénitale de l'aqueduc de Sylvius, le Dr H._____ indique que cette atteinte n'a aucune répercussion sur la capacité de travail dans la mesure où elle existe depuis la naissance et s'est décompensée en 2008 lorsqu'une ventriculocisternostomie a été pratiquée, la perméabilité de la stomie étant bonne selon l'IRM cérébrale de 2012. En outre, se référant au rapport médical du 11 juin 2018 des G._____, mais sans le nommer, le Dr H._____ indique que les céphalées fréquentes dont se plaignait la recourante ont été investiguées en juin 2018, que le scanner cérébral n'expliquait pas des céphalées et qu'une possible origine musculaire des céphalées était évoquée. Le Dr H._____ indique que la baisse de concentration, mentionnée par le généraliste de l'intéressé, n'est pas documentée et que la myopie sévère, connue de longue date, n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. A cet égard, le Dr H._____ relève que le dossier ne contient de rapport médical ophtalmologique. S'agissant des lombalgies, soit la hernie discale L5-S1 mentionnée par le généraliste de l'assurée, le Dr H._____ relève que le dossier contient uniquement une radiographie pratiquée en 1990, concluant à l'absence de déficit neurologique et qu'il ne s'agit pas de lombalgies invalidantes. Le Dr H._____ relève également que la Dre D._____ retient la limitation fonctionnelle pour le port de charge et atteste d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En outre, le Dr H._____ mentionne que les consultations pour la médecine générale ne sont pas régulières selon le rapport médical du 30 avril 2018 de la Dre D._____. En outre, le Dr H._____ se réfère aux déclarations du généraliste (recte : psychiatre traitant) de l'intéressée et rapporte que la répercussion de ses troubles est modérée pour les activités quotidiennes. En conclusion, le

Dr H. _____ retient que toutes les atteintes mentionnées sont anciennes et stabilisées et que la recourante ne présente pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Enfin, le Dr H. _____ déclare ne pas effectuer l'évaluation selon la répartition des activités dans la tenue du ménage dès lors qu'il n'y a pas de répercussion importante des atteintes sur les tâches ménagères.

E. 8.2.3

Sur le plan somatique, le Tribunal constate à l'instar de l'autorité inférieure que les atteintes relatives à la thyroïde et à l'hydrocéphalie sont effectivement anciennes et stabilisées. En ce qui concerne la thyroïde, soit la thyroïdectomie totale en septembre 2011 en raison d'un carcinome thyroïdien papillaire, l'intéressée est suivie par le Dr C. _____, endocrinologue. Le dossier démontre que les analyses sanguines ont été effectuées entre 2015 et 2017 (OAIE pce 3 pp. 17-20). Dans son rapport médical du 21 février 2018, le Dr C. _____ déclare que l'assurée n'a présenté aucune évidence de récurrence de ce cancer et peut être considérée comme guérie de ce dernier. En outre, le Dr C. _____ indique qu'il n'y a aucune raison d'envisager la mise au bénéfice d'une rente AI en raison de ce diagnostic (OAIE pce 12). S'agissant de l'hydrocéphalie, la recourante est connue pour une hydrocéphalie sur sténose congénitale de l'aqueduc de Sylvius avec ventriculocisternostomie en 2008 et l'IRM réalisée le 4 octobre 2012 concluait à une discrète diminution de la taille du système ventriculaire, en présence d'un drain DVE en place, et à une bonne perméabilité de la ventriculocisternostomie (OAIE pce 3 p. 21). Selon le rapport médical du 11 juin 2018 des G. _____, la recourante s'est présentée aux urgences en raison de céphalées persistantes depuis une semaine, intenses et constantes depuis trois jours. Le scan cérébral réalisé a conclu à une stabilité de l'hydrocéphalie obstructive et à une sinusopathie chronique sphénoïde droite. Selon le neurologue de garde, le scan réalisé n'explique pas les céphalées et qu'il n'existe pas d'indication pour effectuer des imageries complémentaires ou pour une prise en charge par un neurochirurgien. Selon l'avis de l'ORL, le signe scanographique de la sinusopathie chronique sphénoïde droite n'explique pas la symptomatologie, le sinus étant libre. En outre, ce rapport médical des G. _____ fait état de la mise en évidence de douleur à la palpation de la musculature de la mastication à gauche et d'une possible origine musculaire des céphalées (OAIE pce 32). Toutefois, le Tribunal constate que l'autorité inférieure n'a pas entrepris les mesures d'instruction nécessaires concernant principalement les lombalgies et la myopie sévère alléguée par la recourante. A cet égard, les explications du Dr H. _____ concernant l'absence de rapport médical relatif à ces deux atteintes ne sont pas convaincantes ni suffisantes. Certes, la recourante a uniquement produit le rapport médical du 6 novembre 1990 du Dr F. _____ concernant les lombalgies, mais elle a également informé l'autorité inférieure lors de ses observations du 21 janvier 2019 qu'elle était en possession de rapports médicaux complémentaires concernant les atteintes à sa santé. En outre, elle a indiqué qu'elle ne pouvait pas transmettre ces pièces médicales par la voie postale mais les transmettrait au médecin qui l'« ausculterait » (cf. OAIE pce 42). Dans ses déterminations, l'intéressée n'a pas expliqué pour quels motifs elle ne pouvait pas transmettre les rapports médicaux par la voie postale et l'OAIE ne l'a pas questionnée sur ce sujet non plus. A cet égard, il sied de rappeler que conformément au principe inquisitoire régissant la procédure des assurances sociales, l'autorité inférieure est tenue de recueillir les renseignements nécessaires auprès de l'assuré afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité. Lorsque l'assuré en question refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction,

il appartient à l'assureur d'engager la procédure de mise en demeure et de l'avertir des conséquences juridiques (cf. art. 43 LPG). Quoiqu'il en soit, le Tribunal constate que la recourante était vraisemblablement en possession des documents médicaux relatifs à son état de santé, lesquels n'ont pas été transmis à l'OAIE pour un motif inconnu, et que l'autorité inférieure n'a pas instruit davantage le dossier médical de l'intéressée à la suite de ces informations. De plus, le Tribunal constate que l'assurée présente également un problème au niveau de l'audition. En effet, le Dr E._____ note que l'intéressée présente une hypoacousie (cf. rapport médical du 10 août 2018 [OAIE pce 19]). En outre, le scan cérébral du 11 juin 2018 des G._____ fait état d'une sinusopathie chronique sphénoïde droite. Toutefois, les médecins du I._____ de l'OAIE ne se sont pas prononcés sur ces atteintes.

E. 8.2.4

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que dans son rapport médical du 3 décembre 2018, le Dr H._____ ne se prononce pas sur l'ensemble des atteintes dont souffre la recourante et effectue sa prise de position médicale sur un dossier médical incomplet. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, des mesures d'instruction complémentaire sont nécessaires si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. consid. 7.3 supra). Ainsi, le rapport médical du 3 décembre 2018 du Dr H._____ ne peut pas se voir accorder de valeur probante. Partant, l'instruction médicale sur le plan somatique est lacunaire.

E. 8.3

Sur le plan psychiatrique, le rapport médical du Dr J._____ du 17 décembre 2018 se réfère principalement aux constatations médicales du Dr E._____.

E. 8.3.1

Du dossier, il ressort en particulier que l'assurée est suivie depuis mars 2014 par le Dr E._____, lequel retient les diagnostics de dysthymie (F34.1), de difficultés liées à un événement de vie traumatisant (accident et handicap du mari) avec incidence sur le foyer (Z63.7) et d'un probable trouble de l'humeur organique (F06.3 ; OAIE pces 19 [rapport médical du 10 août 2018] et 31 [rapport médical non signé et non daté mais reçu à l'OAIE le 11 octobre 2018]). Le Dr E._____ décrit une situation où l'intéressée gère essentiellement les activités ménagères de manière organisée et s'occupe de ses enfants et de son époux. En outre, l'état anxieux de l'assurée semble être lié aux problèmes relatifs à ces derniers. Le Dr E._____ mentionne une fatigabilité mentale liée au trouble de l'humeur et des difficultés de concentration et d'organisation en cas d'angoisse ainsi qu'une intolérance au stress. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, le Dr E._____ retient une capacité de travail de 30% à 40% dans une activité simple (OAIE pces 19 et 31).

E. 8.3.2

Le Dr J._____ déclare en substance que l'intéressée présente une défense dépressive légère pouvant être parfois modérée, évoluant en fonction des comorbidités somatiques et des événements de la vie. Le Dr J._____ relève qu'il n'y a pas de critères de gravité décrits dans le dossier et que l'état est plutôt stable avec une médication adaptée. En outre, le Dr J._____ retient que les éléments décrits sont pertinents pour le diagnostic d'un épisode dépressif léger à modéré, que les traitements actuels stabilisent l'état psychique de l'assurée, qu'il existe de nombreuses comorbidités anciennes sans répercussions sur la

capacité de travail, que le complexe personnalité est peu détaillé dans le dossier et que les limitations décrites sont uniformes et font peser un poids quotidien sur les capacités de l'intéressée. Le Dr J. _____ indique qu'il s'agit d'une méthode mixte et que l'activité ménagère doit être évaluée. Enfin, le Dr J. _____ rapporte que l'ensemble des professionnels de santé s'accorde sur la possibilité d'une activité à temps partiel et un 50% de capacité de travail semble adapté (OAIE pce 39). Selon sa prise de position complémentaire du 20 décembre 2018, le Dr J. _____ corrige la méthode applicable au dossier et confirme qu'il s'agit bien de la méthode spécifique pour laquelle seule l'activité dans le ménage devait être évaluée (OAIE pce 40).

E. 8.3.3

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal constate que les rapports médicaux du Dr E. _____ se base essentiellement sur les déclarations de la recourante et contiennent des contradictions. En effet, le Dr E. _____ mentionne des difficultés de concentration et d'organisation en cas d'angoisse ainsi qu'une perte d'efficacité (tendance à la panique), en cas d'événement stressant relatif à ses enfants ou à son mari. Toutefois, le psychiatre traitant indique également que les fonctions cognitives sont conservées et que l'assurée reste organisée dans son quotidien. En outre, le Dr E. _____ rapporte que depuis le 31 mars 2014, le trouble de l'humeur s'est partiellement amélioré, les angoisses étant moins aiguës et la dépression étant modérée, et que le traitement antidépresseur, composé de Fluoxétine 20 mg, est bien suivi et que les bénéfices du traitement sont significatifs mais partiels. En ce qui concerne le trouble mental organique, soit l'hydrocéphalie, le Dr E. _____ considère que cette atteinte n'a pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée si elle est bien contrôlée, ce qui est le cas selon les pièces médicales au dossier. Toutefois, le psychiatre traitant retient une capacité de travail de 30% à 40% dans une activité simple sans autre explication motivée. Ainsi, le Tribunal constate que le Dr E. _____ mentionne peu d'éléments symptomatologiques significatifs relatifs à l'état dépressif de l'assurée et qu'il démontre par ses constatations que l'assurée présente une intolérance au stress dans certaines situations décrites par le psychiatre traitant dans ses rapports médicaux. Par ailleurs, dans sa prise de position médicale du 17 décembre 2018, le Dr J. _____ affirme que les éléments décrits sont pertinents pour le diagnostic d'épisode dépressif léger à modéré. Toutefois, le Dr J. _____ ne relève pas d'éléments significatifs relatifs à l'épisode dépressif lors de son appréciation du cas mais s'aligne sur la capacité de travail retenue par le médecin généraliste de l'assurée sans autre explication motivée et circonstanciée. Partant, le Tribunal retient que le rapport médical du 17 décembre 2018 du Dr J. _____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels dans la mesure où l'état psychiatrique de la recourante n'a pas fait l'objet d'un examen circonstancié et motivé.

E. 8.3.4

Dans le cadre de son recours, l'intéressée n'a produit aucun document médical probant.

E. 8.4

Par conséquent, il convient de constater que l'instruction effectuée par l'autorité inférieure n'est pas suffisante pour apprécier l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante dans son ensemble.

E. 9

du formulaire « questionnaire à l'assuré » dûment complété (OAIE pce 34). B.e Selon la prise de position médicale du 3 décembre 2018 du Dr H. _____ (ci-après : Dr

H._____), médecin I._____) et expert certifié SIM, l'assurée ne présente pas d'atteinte incapacitante dans le sens de l'AI et toutes les atteintes mentionnées sont anciennes et stabilisées. En outre, le Dr H._____) retient qu'en l'absence d'atteinte incapacitante, il n'y a pas de répercussions importantes d'atteintes rapportées sur les tâches ménagères et que pour cette raison, l'évaluation selon la répartition des activités dans la tenue du ménage n'est pas effectuée (OAIE pce 37). B.f Selon la prise de position médicale du 17 décembre 2018 du Dr J._____) (ci-après : Dr J._____), membre FMH et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'intéressée présente une défense dépressive légère, pouvant être parfois modérée, évoluant en fonction des comorbidités somatiques et des événements de vie. Le Dr J._____) rapporte qu'il n'y a pas de critères de gravité décrits dans le dossier et l'état est plutôt stable avec une médication adaptée. Le Dr J._____) indique aussi qu'il s'agit d'une méthode mixte, que l'activité dans le ménage doit être évaluée et que la description clinique montre que l'assurée assume ses tâches ménagères et parentales d'autant plus que son mari est gravement handicapé à la suite d'un accident grave de la voie publique. En outre, le Dr J._____) mentionne que l'ensemble des professionnels de santé s'accorde sur la possibilité d'une activité à temps partiel et qu'un 50% de capacité de travail semble adapté. Enfin, le Dr J._____) indique qu'une révision psychiatrique pour suivre l'évolution est nécessaire dans

C-1467/2019 Page 5 un délai de trois ans avec un rapport psychiatrique complet, si possible, établi par le médecin psychiatre de l'assurée (OAIE pce 39). Par réponse du 20 décembre 2018 et se référant à sa prise de position médicale du 17 décembre 2018, le Dr J._____) confirme que la méthode spécifique est applicable, pour laquelle seule l'activité dans le ménage devait être évaluée. B.g Par projet de décision du 9 janvier 2019, l'OAIE a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité suisse au motif qu'il existe une incapacité dans l'accomplissement des travaux habituels de 24%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (OAIE pce 41). B.h Par correspondance du 21 janvier 2019, l'assurée s'est déterminée sur le projet de décision de l'autorité inférieure du 9 janvier 2019 en déclarant en substance qu'elle exige un examen médical sérieux de sa situation et que les documents médicaux en sa possession ne pouvant pas être postés, elle les transmettrait au médecin qui l'auscultera (OAIE pce 42). B.i Par décision du 13 mars 2019, l'OAIE a confirmé son projet de décision du 9 janvier 2019 (OAIE pce 43). C. C.a Par acte du 25 mars 2019 (timbre postal), l'assurée a interjeté recours contre la décision du 13 mars 2019 de l'OAIE par-devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal ; TAF pce 1). Elle déclare en substance avoir refusé une rente d'invalidité de l'AI dans les années nonantes, avoir bénéficié des mesures de réadaptation proposées par l'AI, ayant ainsi obtenu son diplôme de secrétaire, avoir cessé son activité professionnelle en 2006 afin de s'occuper de ses enfants et avoir été opérée en 2008 (pose de draine entre les troisième et quatrième ventricules du cerveau). L'intéressée indique que dès janvier 2010, elle s'est occupée de son mari, ayant été victime d'un accident en 2009, et de ses enfants, ce qui a contribué à la dégradation de son état de santé. En outre, elle déclare qu'elle-même, ses nerfs et sa vue ont souffert et qu'elle aimerait que son état de santé soit évalué afin de déterminer le pourcentage exact de son invalidité (TAF pce 1). C.b Par décision incidente du 28 mars 2019, le Tribunal a invité la recourante à verser une avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs dans les 30 jours dès réception de ladite décision incidente sur

C-1467/2019 Page 6 le compte du Tribunal (TAF pce 3). Le montant a été versé dans le délai imparti (TAF pce 7). C.c Par réponse du 4 juillet 2019, l'OAIE a transmis au Tribunal le dossier complet de la cause et conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF pce 9). C.d Par correspondance spontanée du 12 juillet 2019, l'autorité inférieure a transmis au Tribunal une copie de ses échanges de courriers avec l'OAI- B. _____ (TAF pce 10). Il ressort de ces échanges que l'autorité inférieure a demandé à l'OAI-B. _____ si cet office disposait d'une documentation antérieure en référence à une éventuelle première demande de prestations AI dans la mesure où la recourante a déclaré dans son mémoire de recours qu'une rente AI lui aurait été proposée à la suite de la cessation de son activité de vendeuse en 1990. L'OAI-B. _____ a informé l'OAIE que les dossiers dans lesquels ni décision ni facture n'ont été émises depuis au moins 15 ans, concernant des assurés qui ne perçoivent pas de rente d'invalidité ni n'ont bénéficié un jour d'un moyen auxiliaire, ont été supprimés de manière définitive conformément à la procédure applicable. Dès lors, aucune copie du dossier ne pouvait être remise à l'OAIE. C.e Constatant l'absence de réaction de la recourante pour répliquer dans le délai imparti, le Tribunal a signalé aux parties la clôture de l'échange d'écritures, sous réserve d'autres mesures d'instruction, par ordonnance du 2 octobre 2019 (TAF pce 13). D. Les autres faits et arguments pertinents de la cause sont retranscrits et examinés, en tant que de besoin, dans les considérants qui suivent. Droit : 1. 1.1 Selon l'art. 31 LTAF, sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, non réalisées en l'espèce, et en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b LAI (RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par l'OAIE. 1.2 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie

C-1467/2019 Page 7 par la PA dans la mesure où la LPGA (RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA. 1.3 Conformément à l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce. 1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 20, et 50 PA ; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA), le recours est recevable. 2. L'objet du 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 13 mars 2019 se révèle bien fondée. 3. 3.1 Compte tenu des éléments d'extranéité ressortant du dossier, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et 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, en relation avec l'annexe VII dudit règlement : ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_465/2022 du 1er mars 2023 consid. 5.5). 3.2 Le Tribunal administratif fédéral définit, avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4), et apprécie les preuves librement (cf. art. 12 PA) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, le Tribunal examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs

invoqués dans le recours (cf. art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision attaquée (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s. ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Toutefois,

C-1467/2019 Page 8 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 ; ANDRÉ MOSER et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 n. 1.55). 3.3 En outre, il y a lieu en principe d'appliquer les règles de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve des dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Le juge des assurances sociales apprécie en outre la légalité des décisions d'après les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b ; 99 V 98 consid. 4 ; arrêts du TF 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1 ; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3). Dans le cas d'espèce, la décision litigieuse ayant été rendue le 13 mars 2019, il y a lieu de s'en tenir aux faits survenus jusqu'à cette date et d'appliquer le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là. Dès lors, la modification de la LAI du 19 juin 2020 (RO 2121 705 ; FF 2017 2559), dans la mesure où elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2022, ne trouve pas application dans le cas d'espèce. 4. 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 291 mois (cf. OAIE pce 36 p. 1). Elle remplit donc la condition de durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi. 5. 5.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 5.2 Un 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%

C-1467/2019 Page 9 au moins (art. 28 al. 2 LAI). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un d'eux (art. 29 al. 4 LAI ; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004). 5.3 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI) et sous réserve d'un délai d'attente d'une année à compter du début de l'atteinte à la santé (art. 28 al. 1 let. b LAI). 5.4 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en

considération. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Selon la jurisprudence constante, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c).

C-1467/2019 Page 10 6. 6.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du

E. 9.1

Il convient également de déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité à prendre en compte, plus particulièrement d'examiner si la méthode spécifique retenue par l'OAIE est pertinente dans le cas d'espèce. A cet égard, le Tribunal relève que l'assurée ne conteste pas de manière explicite la méthode d'évaluation retenue, étant précisé que tant les déterminations de l'intéressée que son mémoire de recours contiennent peu d'informations utiles à sa demande. Toutefois, selon les informations au dossier, la recourante a indiqué devant l'autorité inférieure qu'elle souhaitait reprendre une activité professionnelle à raison de 50% (cf. OAIE pce 29).

E. 9.2

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. Il faut se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf.

C-1467/2019 Page 19 notamment arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.2 ; 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2). A cette fin, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles, soit de la situation familiale, sociale, financière et professionnelle (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; arrêt du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2) ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de la personne assurée qui comme fait interne ne peut

toutefois être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (cf. arrêts du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_883/2017 du 28 février 2018 consid. 4.1.2 ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3). L'évaluation doit se fonder sur des éléments établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (cf. ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 et références citées ; arrêt du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2 ; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3). Enfin, selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2).

E. 9.2.1

S'agissant d'une personne exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Conformément à l'art. 16 LPGa, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité (cf. notamment ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; arrêt du TF 8C_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1).

E. 9.2.2

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de la personne assurée qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé et de laquelle on ne peut raisonnablement exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Il s'agit de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. On compare alors les activités que la personne exerçait avant la survenance de son invalidité ou qu'elle exercerait sans elle, avec l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré l'invalidité. L'incapacité de travail correspond à la diminution du rendement fonctionnel

C-1467/2019 Page 20 dans l'accomplissement des travaux habituels (cf. art. 27 RAI s'agissant de la définition des travaux habituels). Concrètement, la détermination du taux d'invalidité selon la méthode spécifique résulte souvent d'une enquête ménagère menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) laquelle a connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). Afin de garantir un traitement égal des personnes assurées, l'appréciation des limitations intervient sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) qui tient compte des différents domaines de la gestion du ménage et fixe leur part maximale à prendre en considération dans le cas concret dont le total doit correspondre à une valeur de 100 %. Ce tableau a été modifié en 2018 et ne distingue désormais plus que 5 domaines partiels, soit l'alimentation, l'entretien du logement ou de la maison et la garde des animaux domestiques, les achats et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements ainsi que les soins et l'assistance aux enfants et aux proches (cf. ch. 3087 1/2018 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Un rapport d'enquête doit de plus être rédigé. Son contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment

détaillée en ce qui concerne les diverses limitations retenues et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait le remettre en cause que s'il est évident que l'appréciation repose sur des erreurs manifestes (arrêts du TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012 consid. 2 ; 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 ; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1).

E. 9.2.3

L'art. 28a al. 3 LAI décrit la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité qui s'applique notamment lorsque la personne assurée exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et accomplit des travaux habituels. Le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité selon les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI cités ci-dessus et l'invalidité globale est déterminée selon les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, pondérée en fonction du temps alors attribué à chacune des activités précitées (ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1). Il sied par ailleurs de rappeler que selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation d'entreprendre de

C-1467/2019 Page 21 son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 123 V 230 consid. 3c et les références citées). S'agissant à titre d'exemple d'un assuré qui s'occupe du ménage, l'on peut ainsi attendre de lui qu'il facilite ses tâches, qu'il répartisse différemment son travail, en aménageant des pauses ou en repoussent les travaux peu urgents. Il doit également recourir à l'aide des membres de sa famille. D'après la jurisprudence, cette aide va dans ce contexte au-delà de ce que l'on peut attendre d'eux si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêts du TF 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 ; I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2 ; I 681/02 du 11 août 2003 consid. 4.4) et il y a lieu de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable dans la même situation et les mêmes circonstances pour alléger les tâches domestiques de l'assuré (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3 et les références citées ; arrêt du TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4 ; voir aussi VALTERIO, op. cit., art. 28a LAI n° 109). Si la personne assurée ne prend pas de dispositions en vue de réduire l'impact de son invalidité, il ne sera pas tenu compte, lors de l'évaluation de l'invalidité, de la diminution de sa capacité de travail qui en résulte.

E. 9.3

Selon les informations au dossier, étant précisé que celui-ci ne contient pas d'extrait de compte individuel de la recourante, cette dernière a d'abord travaillé en qualité de vendeuse à plein temps de 1982 à 1990, a suivi une formation de secrétaire du 1er septembre 1991 au 23 décembre 1993 et a obtenu le diplôme de secrétaire. De 1995 à 2000, la recourante a travaillé auprès de divers employeurs en tant qu'employée de bureau, réceptionniste ou assistante administrative à des taux d'activité inconnus et dès le 1er janvier 2001, elle a exercé en qualité de commise administrative sur la base d'un contrat à l'heure, selon ses déclarations, elle effectuait 35 heures par semaine. L'intéressée a cessé cette dernière activité au 31 janvier 2006 (OAIE pces 1, 2 et 10).

E. 9.4

Par correspondance du 10 octobre 2018, l'intéressée a répondu au questionnaire adressé par l'OAIE. Il ressort notamment de ses réponses que la recourante a interrompu son activité professionnelle le 31 janvier 2006 afin de s'occuper de ses enfants, nés en 2003 et en 2004,

et qu'à la suite de l'accident de son époux, en 2009, elle s'est également occupée de ce dernier (OAIE pce 29 pp. 4-5). En outre, la recourante a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité professionnelle de 50%

C-1467/2019 Page 22 « de suite » et qu'elle effectuait des recherches d'emploi dans les domaines de la vente, de l'accueil et du secrétariat, sans toutefois indiquer les données des employeurs au motif qu'elle ne s'en souvenait pas (OAIE pce 29 pp. 5-6). L'intéressée a également indiqué que ses enfants étaient actuellement âgés de 13 et 15 ans et que son époux travaillait dans une activité adaptée à raison de 35% auprès d'une institution (OAIE pce 29 p. 8).

E. 9.5

En outre, lors de son recours, l'intéressée a déclaré qu'elle aimerait rejoindre l'institution dans laquelle travaille son époux dès lors que ses enfants avaient grandi (TAF pce 1). Ces explications étant postérieures à la décision litigieuse, le Tribunal de céans n'en tiendra pas en compte.

E. 9.6

Toutefois, même en l'absence des déclarations faites par l'assurée lors de son recours, le Tribunal constate que le dossier contient suffisamment d'éléments pour retenir la méthode d'évaluation mixte au degré de la vraisemblance prépondérante, en particulier, en tenant compte de l'ensemble des circonstances personnelles de la recourante, soit de sa situation familiale, sociale, financière et professionnelle ainsi que ses déclarations du 10 octobre 2018. En effet, il sied de constater que la recourante a interrompu son activité professionnelle afin de s'occuper de ses enfants, alors en bas âge, que par la suite, elle a présenté des atteintes à la santé, en particulier la pose d'un drain en raison d'une hydrocéphalie en 2008 et un carcinome papillaire de la thyroïde en 2011, et qu'elle s'est occupée de son époux à la suite de l'accident de ce dernier en 2009. Dans l'intervalle, il sied de constater que les circonstances personnelles de l'assurée ont évolué, à savoir que ses enfants ont grandi et que l'état de santé de son époux semble s'être améliorée dans la mesure où il a repris une activité adaptée à raison de 35% depuis une date inconnue. Partant, c'est à tort que la décision litigieuse a retenu le statut ménage dans le cas de la recourante, appliquant la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Par ailleurs, en présence de la méthode mixte, l'administration doit effectuer une enquête ménagère respectant les critères de la jurisprudence (cf. not. ATF 141 V 15 consid. 4.5 ; 137 V 334 consid. 3.1 ; TAF C-3657/2018 du 3 mai 2022 consid. 8.2 et les réf. citées) ou motiver sa position lorsqu'une telle enquête n'est pas nécessaire. Depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : CourEDH) n° 7186/09 Di Trizio du 2 février 2016, l'application de la méthode mixte est restreinte (ATF 144 I 28 consid. 4.2 s. et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3), mais toujours déterminante

C-1467/2019 Page 23 en dehors de la situation décrite dans l'arrêt de la CourEDH (not. arrêts du TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.2 et 9C_33/2017 du 18 septembre 2017 consid. 4.2 et les références). Le Conseil fédéral a de son côté élaboré un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, et modifié le règlement sur l'assurance-invalidité en conséquence, avec effet au 1er janvier 2018. Dorénavant, le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative, toujours régi par l'art. 16 LPGa, se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps, la perte de gain exprimée en pourcentage étant ensuite

pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait la personne concernée si elle n'était pas invalide. 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 dans laquelle serait la personne concernée si elle n'était pas invalide, et on pondère ce pourcentage par la différence entre le taux d'occupation de la personne concernée sans invalidité et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 2 à 4 RAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2018). En outre, le Tribunal constate que la présente cause n'entre pas non plus dans les situations visées par l'arrêt de la CourEDH. En effet, selon le Tribunal fédéral, ce n'est que lorsqu'une rente est supprimée ou réduite dans le cadre d'une révision, et dans la mesure où la suppression, respectivement la diminution de la rente, intervient à la suite d'un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » qui trouve sa cause dans des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle), que l'application de la méthode mixte se révèle contraire à la CEDH (arrêt du TF 9C_387/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5 et les réf. cit.). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, depuis l'entrée en vigueur de la modification du RAI susmentionnée, la méthode mixte est conforme à la CEDH (cf. ATF 144 I 21 consid. 4.3 à 4.7 et 147 V 124 consid. 5 et 6).

E. 9.7

En outre, le Tribunal constate que l'autorité inférieure n'a mis en place aucune enquête ménagère malgré la méthode d'évaluation retenue afin de déterminer les limitations dans l'accomplissement des travaux habituels, respectivement expliquer de manière convaincante la non-nécessité ou l'impossibilité d'une telle enquête. L'OAIE s'est limité aux indications sommaires de la recourante concernant les tâches ménagères (cf. OAIE pce 34). En outre, le Tribunal constate que pour le cinquième domaine du tableau de la gestion du ménage, soit les soins et assistance aux enfants

C-1467/2019 Page 24 et aux proches, aucune indication n'a été retenue alors que l'assurée est connue pour prendre soin de son époux qui a eu un accident grave (cf. OAIE pce 39 p. 7). Partant, l'instruction est lacunaire également à cet égard.

E. 9.8

En conséquence, le Tribunal constate que tant les rapports des médecins traitants de la recourante que l'instruction effectuée par l'OAIE ne sont pas suffisants pour apprécier l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante dans son ensemble. En outre, l'autorité inférieure n'a pas effectué toutes les mesures d'instruction, ni recueilli tous les renseignements nécessaires à l'établissement complet des faits déterminants sur le plan médical afin de pouvoir statuer en connaissance de cause sur la demande de prestations d'invalidité du recourant, cela en violation de l'art. 43 LPGA. Partant, il s'avère ainsi nécessaire de clarifier les faits de la cause dans son ensemble. 10. 10.1 Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux

prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références citées). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires (sur le plan médical et économique, en particulier l'application de la méthode mixte conformément à la jurisprudence dans l'hypothèse où la situation de l'intéressée reste inchangée depuis le 13 mars 2019), puis rende une nouvelle décision.

C-1467/2019 Page 25 10.2 Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et des travaux ménagers ainsi que la capacité de gain de la recourante. Pour ce faire, l'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressée auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en œuvre une expertise médicale en Suisse, en particulier dans les domaines de la médecine interne, de la psychiatrie et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée, travaux habituels) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). Ensuite, l'autorité inférieure complètera le dossier par une enquête ménagère valable si la situation de la recourante n'a pas subi de changement depuis le prononcé de la décision du 13 mars 2019 et si la méthode mixte reste toujours applicable (cf. consid. 9.6 supra). 11. Partant, le recours doit être admis et la décision du 13 mars 2019 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 10.1

Selon l'art. 61 al. 1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou, exceptionnellement, la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de célérité de la procédure (art. 29 Cst. ; arrêt TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsqu'un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avèrent nécessaires (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3038/2016 du 2 avril 2019 consid. 12 et les références citées). En l'espèce, il ressort du dossier que l'appréciation médicale de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante n'a pas été instruite comme il se doit et mérite des éclaircissements. Partant, il se justifie, en application de l'art. 61 al. 1 PA, de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires (sur le plan médical et économique, en particulier l'application de la méthode mixte conformément à la jurisprudence dans l'hypothèse où la situation de l'intéressée reste inchangée depuis le 13 mars 2019), puis

rende une nouvelle décision.

E. 10.2

Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et des travaux ménagers ainsi que la capacité de gain de la recourante. Pour ce faire, l'autorité inférieure requerra le dossier médical complet de l'intéressée auprès de ses médecins traitants et, ensuite, mettra en oeuvre une expertise médicale en Suisse, en particulier dans les domaines de la médecine interne, de la psychiatrie et de la rhumatologie, ainsi que dans toute autre discipline jugée nécessaire par les experts (art. 44 LPG A ; ATF 139 V 349 consid. 3.3). La question de savoir comment les différentes incapacités de travail (activité habituelle, activité adaptée, travaux habituels) et comment les différentes limitations fonctionnelles s'articulent fera l'objet d'une discussion consensuelle entre les experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du TF 8C_483/2020 du 26 octobre 2020 consid. 4.1). Ensuite, l'autorité inférieure comblera le dossier par une enquête ménagère valable si la situation de la recourante n'a pas subi de changement depuis le prononcé de la décision du 13 mars 2019 et si la méthode mixte reste toujours applicable (cf. consid. 9.6 supra).

E. 11

Partant, le recours doit être admis et la décision du 13 mars 2019 annulée. La cause doit être renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 12

Vu l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA) et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral. Au demeurant, aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 première phrase PA). La recourante, qui n'est pas représentée, n'allègue pas avoir engagé des frais relativement élevés dans le cadre de la présente cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

C-1467/2019 Page 26

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.