

# **BVGer C-2211/2020 vom 9. März 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2211\\_2020\\_d20200309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2211_2020_d20200309)

FR: TAF C-2211/2020 du 9 mars 2020

IT: TAF C-2211/2020 del 9 marzo 2020

## **Regeste**

Droit &grave; la rente | Assurance-invalidité (décision du 9 mars 2020)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

C-2211/2020

Page 4

temps utile auprès de l'OAIE qui l'a transmis au Tribunal (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA; voir aussi art. 8 al. 1 et 21 al. 2 PA) et il respecte les formes requises par la loi (art. 52 al. 1 PA). Enfin, la recourante a été dispensée du paiement des frais de procédure (décision incidente du 2 septembre 2020; TAF pce 11). Dès lors, le Tribunal peut entrer en matière sur le fond du recours.

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Le TAF définit les faits – avec la collaboration des parties (art. 13 PA et 43 al. 3 LPGA; TAF C-6134/2017 du 3 avril 2018 consid. 5.4) – et apprécie les preuves d'office et 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 entreprise (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, le Tribunal se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le

dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 3e éd. 2022, n. 1.55 p. 29).

### **E. 3.1**

L'affaire contient un aspect d'extranéité dans la mesure où la recourante qui a été assurée à l'assurance-invalidité suisse (TAF pce 13 annexe) est ressortissante portugaise et habite de nouveau au Portugal où elle a également cotisé pendant de nombreuses années (cf. les renseignements concernant la carrière de l'assurée, E 207 PT, du 23 avril 2019 et l'attestation concernant la carrière d'assurance, E 205 PT, du

C-2211/2020

Page 5

23 avril 2019; AI pce 8). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP; RS 0.142.112.681; cf. art. 80a al. 1 LAI), entré en vigueur le 1er juin 2002 (ATF 133 V 269 consid. 4.2.1; 128 V 317 consid. 1b/aa). Son annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement; ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 3.2**

Le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit en l'espèce, jusqu'au 9 mars 2020. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b) et les rapports médicaux, postérieurs à la décision attaquée, ne sont déterminants que pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et références).

### **E. 3.3**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de

C-2211/2020

Page 6

fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 144 V 210 consid.

4.3.1). La présente décision litigieuse ayant été rendue le 9 mars 2020, les modifications de la loi fédérale du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2363), ne sont pas déterminantes en l'occurrence et les anciennes versions des dispositions légales seront citées ci-après (notamment : TF 9C\_477/2021 du 22 juin 2022 consid. 1).

#### **E. 4**

En l'occurrence est litigieuse la question de savoir si c'est de bon droit que la demande de prestations de l'assurée a été rejetée.

#### **E. 5.1**

En vertu de la loi, 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). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2003 3852; FF 2001 3045), 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. 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 (1ère phrase). 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; cf. ATF 116 V 246 consid. 1b). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut aussi

C-2211/2020

Page 7

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA).

#### **E. 5.2**

L'assurance invalidité est régie par le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (cf. ATF 132 V 244 consid. 6.4.1 et références). Ainsi, selon les art. 7 al. 1 LPGA et 28 al. 1 let. a LAI (cf. consid. 5.1 et 7.1 ci-dessous), le droit à la rente d'invalidité revêt un caractère subsidiaire par rapport aux mesures de réadaptation raisonnablement exigibles dans la mesure où celles-ci permettent, conformément à l'art. 8 al. 1 let. a LAI, de rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée. L'Office AI doit examiner d'office si des mesures de réadaptation

doivent être mises en place avant qu'une rente soit octroyée ou son maintien confirmé (cf. TF I 534/02 du 25 août 2003 consid. 4.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 28 n° 3, art. 28a n° 60 et art. 31 n° 7).

### **E. 6.1**

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable (art. 8 al. 1 let. a et al. 1bis LAI, le dernier al. dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2021). Les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel dont le reclassement professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

#### **E. 6.2.1**

L'art. 17 LAI prévoit que la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. La jurisprudence définit ainsi le reclassement professionnel comme l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires, appropriées et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrirait

C-2211/2020

Page 8

son ancienne activité (ATF 139 V 399 consid. 5.4 et 5.5; 130 V 488 consid. 4.2; TF 9C\_244/2010 du 5 août 2010 consid. 3.1). Ils peuvent comprendre l'accomplissement d'un apprentissage ou la fréquentation d'une école professionnelle ou d'une université mais également la rééducation dans le métier exercé avant la survenance de l'invalidité, la fréquentation des cours spécialisés ou de perfectionnement, un simple entraînement dans une nouvelle profession ou une remise à niveau de connaissances. Dès lors, les mesures de reclassement sont de nature et de durée très différentes, dépendant du cas particulier (cf. SILVA BUCHER, *Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung*, 2011, ch. 693 ss pp. 339 ss; PÄRLI/HUG/PETRIK, *Arbeit, Krankheit, Invalidität, Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte*, 2015, ch. 750 s. p. 317).

#### **E. 6.2.2**

Selon la jurisprudence, le fait que la personne assurée ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas à lui seul, à fonder un droit à un reclassement. Il faut encore que la personne subisse, en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain et présente une invalidité de l'ordre de 20% au moins dans toute activité raisonnablement exigible (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 124 V 108 consid. 2a et b et références; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 3e édition 2014, art. 17 n° 3 s. pp. 201 s.) ; la perte de gain, voire le degré d'invalidité, est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués pour déterminer le taux donnant droit à une rente (Pratique VSI 2000 p. 63; RCC 1984 p. 95; cf. consid. 7.2). Plus encore, la personne assurée n'a droit qu'aux mesures nécessaires et suffisantes, propres à atteindre le but de la réadaptation, mais non pas aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 124 V 108 consid. 2a et

références; Pratique VSI 1/2000 p. 25, consid. 2a et 2b). A titre d'exemple, la personne assurée n'a notamment pas droit à un reclassement professionnel lorsqu'elle peut poursuivre une activité adaptée sans formation complémentaire (voir RCC 1963, p. 127).

### **E. 6.3**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où la personne assurée fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

### **E. 6.4**

L'art. 9 al. 1bis LAI précise encore les conditions d'assurance que la personne assurée doit remplir pour avoir droit à des mesures de

C-2211/2020

Page 9

réadaptation : ce droit prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative AVS/AI et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement. En conséquence, aussi longtemps que la personne intéressée n'est pas assurée obligatoirement à l'AVS/AI suisse, en particulier parce qu'elle ne vit plus en Suisse et qu'elle n'y travaille plus (cf. art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] auquel l'art. 1b LAI renvoie), elle n'a en principe pas droit aux mesures de réadaptation. L'art. 2 al. 1 LAVS concernant l'assurance facultative ainsi que la prolongation d'assurance en vertu de l'ALCP (cf. le point 8 de la let. i du par. 1 de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP, dans sa teneur en vigueur dès le 1er avril 2012; cf. aussi ATAF 2017 V 7 consid. 6.6) sont réservés mais ils ne sont pas déterminants dans le cas concret.

### **E. 7.1**

Conformément à 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). De plus, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité 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 son 18e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 7.2**

Aux termes de l'art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), le degré d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est en principe déterminé en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus selon laquelle le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

C-2211/2020

être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). La différence entre ces deux revenus détermine le degré d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4.2; TF 8C\_536/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.1). Les revenus sans et avec invalidité à comparer doivent être déterminés de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par la personne assurée avant et après la survenance de ses problèmes de santé (s'agissant du salaire sans invalidité : ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_708/2017 du 23 février 2018 consid. 8.1; pour le salaire avec invalidité : ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). De plus, les salaires doivent se fonder sur un même marché du travail puisque les niveaux de rémunération et des coûts de la vie ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre et, partant, ne permettent pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; 110 V 273 consid. 4b; TF 8C\_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1). A défaut d'un salaire de référence, des salaires théoriques doivent être évalués sur la base des données statistiques qui résultent, pour le marché du travail suisse, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb; TF 9C\_363/2016 du

### **E. 7.3**

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. Au regard de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), la personne assurée a droit à un quart de rente si elle est invalide à 40% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 29 al. 4 LAI prévoit que les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas lorsque la personne assurée est ressortissante suisse ou ressortissante d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un de ces pays (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

C-2211/2020

### **E. 7.4**

S'agissant de la condition d'assurance qu'une personne doit remplir pour avoir droit à une rente d'invalidité suisse, il ressort de l'art. 36 al. 1 LAI que tout requérant doit avoir versé, lors de la survenance de l'invalidité, des cotisations à l'AVS/AI durant trois années au total, dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065). Dans le cas concret, il est incontesté que l'assurée remplit ladite condition de cotisation minimale, ayant cotisé plusieurs années en Suisse et au Portugal (TAF pce 13 annexe et AI pce 8). Il reste à examiner si elle est invalide au sens de la loi mentionnée. 8. Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG) mais aussi art. 12 PA) – aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) –

l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'occurrence (cf. consid. 7.4 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). 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 (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Il revient ensuite aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1). 9.

C-2211/2020

Page 12

9.1 Lorsque l'OAIE a pris la décision attaquée, il disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants : – une liste avec des dates de consultations, non signée (AI pce 13), – un certificat non daté du Dr B. \_\_\_\_\_ de (...), attestant que l'assurée peut exercer toute profession qui n'implique pas de soulever et de porter de charges lourdes et qui n'est pas astreignante physiquement (AI pce 34 p. 22), – le rapport non daté du Dr C. \_\_\_\_\_, pneumologue (AI pce 25), – le rapport d'opération du 24 août 1999 concernant une septoplastie et une turbinectomie (AI pce 31), – le rapport du 22 décembre 2006 du Dr D. \_\_\_\_\_ lequel informe de l'hospitalisation d'urgence de l'assurée du 19 décembre 2006 pour un infarctus aigu du myocarde (AME) sans sus-décalage du segment ST ; il fait état des examens entrepris et des médicaments prescrits (AI pce 27), – le rapport du 14 octobre 2009 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, cardiologue, rapportant que l'assurée a été hospitalisée le 19 décembre 2006 pour un infarctus du myocarde, que l'examen par cathétérisme cardiaque du 21 décembre 2006 n'avait pas démontré de lésions significatives et que l'échocardiogramme du 22 décembre 2006 a relevé une légère régurgitation mitrale et tricuspidiennne sans autres altérations ; le médecin note aussi le traitement médicamenteux instauré et a relaté que l'assurée avait été suivie dans leur service pour suspicion de maladie coronarienne jusqu'au 16 mai 2007, que son état était stable, sans plaintes cardiovasculaires (AI pce 26), – les résultats du 14 janvier 2015 d'examens, établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_, neurophysiologue, laquelle conclut à un syndrome de tunnel carpien modéré à droite ainsi qu'à des altérations de types neurogéniques au niveau des muscles dépendants de myotomes à C6 bilatérale, à évaluer comme souffrance radiculaire cervicale (AI pce 23), – les rapports des 10 mars et 7 novembre 2016 du Dr G. \_\_\_\_\_, orthopédiste qui pose comme diagnostics une discopathie C6-C7 avec

C-2211/2020

Page 13

compression de la racine C6 droite et une spondylolyse L5-S1 sans listhésis ; il note qu'une intervention chirurgicale sera nécessaire en cas d'aggravation (AI pces 21 et 22), – le

rapport médical ainsi que le rapport médical détaillé E 213 du 21 avril 2017, remplis et signés par le Dr H. \_\_\_\_\_ lequel fait état comme antécédents de cervico-brachialgies, de lombalgies et de paresthésies aux mains avec diminution de la force à la main droite ainsi que d'un infarctus du myocarde il y a 10 ans ; il décrit le résultat de l'examen clinique et note s'agissant des membres supérieurs des omalgies, des paresthésies aux mains et une diminution de la force à droite ; comme diagnostics il retient une ostéoarthrose, un syndrome du tunnel carpien ainsi qu'une hypertension artérielle et estime que le cadre clinique correspond à une incapacité de degré moyen ; il indique également que selon la législation du pays de résidence, l'assurée présente une incapacité de 50% à exercer sa dernière activité qui est compatible avec la pathologie dans le sens que l'assurée peut gagner au moins le 1/3 d'un exercice normal (AI pces 6 et 7), – les résultats du 5 juin 2017 de l'endoscopie digestive haute, signés par la Dresse I. \_\_\_\_\_ laquelle conclut à une hernie hiatale et à une gastropathie discrète à caractériser par l'histologie (AI pce 19) ainsi que les résultats des 20 juillet 2016, 8 juin 2017 et 8 février 2018 de biopsies des fragments de la mycose gastrique, signés par les Drs J. \_\_\_\_\_ et de K. \_\_\_\_\_ (AI pces 17, 18 et 20), – les différents résultats d'examens de la colonne lombo-sacrée, cervicale et vertébrale ainsi que de l'épaule gauche, soit les résultats du 28 février 2007 de l'examen par TAC de la colonne lombo-sacrée, signés par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (AI pce 29), les résultats des 6 février 2007, 18 juin 2008 et 26 novembre 2014 de l'examen radiologique de la colonne cervicale et vertébrale signés de la Dresse M. \_\_\_\_\_ (AI pces 24, 28 et 30), les résultats du 17 septembre 2018 de l'examen par tomographie assistée par ordinateur de la colonne cervicale, établis par la Dresse N. \_\_\_\_\_ e O. \_\_\_\_\_ (AI pce 16) ainsi que les résultats du 22 février 2019 de l'échographie de l'épaule gauche, signés par le Dr G. \_\_\_\_\_ (AI pce 15), – le rapport médical du 6 septembre 2019 du P. \_\_\_\_\_, lequel informe que l'assurée a été victime d'un infarctus du myocarde en 2012, que

C-2211/2020

Page 14

des traitements contre l'hypertension et par un modificateur de lipides ont été initiés en 2013, que le diagnostic d'un syndrome du tunnel carpien a été posé en 2015 et celui d'une hernie hiatale en 2016 et qu'en 2019 des douleurs généralisées situées à des endroits multiples ainsi que des bursites, tendinites et synovites à l'épaule droite ont été observées ; il indique aussi les médicaments prescrits et relève que l'assurée suit actuellement des traitements de médecine physique et de réadaptation (AI pce 14) ; par ailleurs, ce médecin a signé des prolongations de l'incapacité de travail de l'assurée à exercer son activité habituelle, du 8 août au 6 octobre 2019 (AI pce 32). Le Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et expert certifié SIM qui travaille pour l'OAIE a été invité à prendre position dans le dossier (prises de positions médicales des 22 novembre et 5 décembre 2019; et AI pces 40 et 42; voir aussi consid. 10.1 ci-dessous). 9.2 Suite au projet de décision du 22 janvier 2020, l'assurée qui s'y est opposée, a déposé le rapport médical du 17 février 2020 du P. \_\_\_\_\_ qui fait état des résultats des examens de l'imagerie médicale des membres supérieurs et inférieurs ainsi que de la colonne cervicale (AI pce 45). Le Q. \_\_\_\_\_ de l'OAIE s'est une nouvelle fois prononcé dans le dossier (prise de position du 4 mars 2020; AI pce 48; cf. consid. 10.1 ci-dessous). 9.3 Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assurée a encore produit des prolongations d'incapacités de travail, du 7 octobre 2019 au 3 avril 2020, signées par les Drs M. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ (TAF pce 1 annexes 3 à 8). 9.4 Enfin, dans le dossier se sont encore trouvés les documents ci-après : – les différents

certificats et attestations de formation, de travail, de salaire et de chômage en Suisse de 1997, 1998 et 1999 (AI pces 5 et 34 pp. 19 ss), – la déclaration du 18 novembre 2009 du commencement de l'activité ainsi que la déclaration du 15 mai 2017 de la cessation de l'activité (AI pce 38 pp. 7 ss), – l'extrait du 10 octobre 2019 des mouvements annuels enregistrés dans le système de sécurité sociale portugaise, de 2002 à 2017 (AI pce 37),  
C-2211/2020

Page 15

– les questionnaires à l'assurée remplis et signés les 6 septembre et

## **E. 8**

Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA) - aussi celle devant le Tribunal de céans (cf. consid. 2.2 ci-dessus) - l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (Pierre Moor/Etienne Poltier, op. cit., p. 255). Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (RO 2002 3721), prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 7.4 ci-dessus) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations. L'Office AI récolte en particulier des rapports médicaux bien que la notion d'invalidité soit de nature économique/juridique et non médicale (cf. consid. 5.1). 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 (notamment : ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références). Il revient ensuite aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2; au niveau psychiatrique : TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1).

## **E. 9.1**

Lorsque l'OAIE a pris la décision attaquée, il disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants : - une liste avec des dates de consultations, non signée (AI pce 13), - un certificat non daté du Dr B. \_\_\_\_\_ de (...), attestant que l'assurée peut exercer toute profession qui n'implique pas de soulever et de porter de charges lourdes et qui n'est pas astreignante physiquement (AI pce 34 p. 22), - le rapport non daté du Dr C. \_\_\_\_\_, pneumologue (AI pce 25), - le rapport d'opération du 24 août 1999 concernant une septoplastie et une turbinectomie (AI pce 31), - le rapport du 22 décembre 2006 du Dr D. \_\_\_\_\_ lequel informe de l'hospitalisation d'urgence de l'assurée du 19 décembre 2006 pour un infarctus aigu du myocarde (AME) sans sus-décalage du segment ST ; il fait état des examens entrepris et des médicaments prescrits (AI pce 27), - le rapport du 14 octobre 2009 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, cardiologue, rapportant que l'assurée a été hospitalisée le 19 décembre 2006 pour un infarctus du myocarde, que l'examen par cathétérisme cardiaque du 21 décembre 2006 n'avait pas démontré de lésions significatives et que l'échocardiogramme du 22 décembre 2006 a relevé une légère régurgitation mitrale et tricuspidiennne sans autres altérations ; le médecin note aussi le traitement médicamenteux instauré et a relaté que l'assurée avait été suivie dans leur service pour suspicion de maladie coronarienne jusqu'au 16 mai 2007, que son état était stable, sans plaintes cardiovasculaires (AI pce 26), - les

résultats du 14 janvier 2015 d'examens, établis par la Dresse F.\_\_\_\_\_, neurophysiologue, laquelle conclut à un syndrome de tunnel carpien modéré à droite ainsi qu'à des altérations de types neurogéniques au niveau des muscles dépendants de myotomes à C6 bilatérale, à évaluer comme souffrance radiculaire cervicale (AI pce 23), - les rapports des 10 mars et 7 novembre 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_, orthopédiste qui pose comme diagnostics une discopathie C6-C7 avec compression de la racine C6 droite et une spondylolyse L5-S1 sans listhésis ; il note qu'une intervention chirurgicale sera nécessaire en cas d'aggravation (AI pces 21 et 22), - le rapport médical ainsi que le rapport médical détaillé E 213 du 21 avril 2017, remplis et signés par le Dr H.\_\_\_\_\_ lequel fait état comme antécédents de cervico-brachialgies, de lombalgies et de paresthésies aux mains avec diminution de la force à la main droite ainsi que d'un infarctus du myocarde il y a 10 ans ; il décrit le résultat de l'examen clinique et note s'agissant des membres supérieurs des omalgies, des paresthésies aux mains et une diminution de la force à droite ; comme diagnostics il retient une ostéoarthrose, un syndrome du tunnel carpien ainsi qu'une hypertension artérielle et estime que le cadre clinique correspond à une incapacité de degré moyen ; il indique également que selon la législation du pays de résidence, l'assurée présente une incapacité de 50% à exercer sa dernière activité qui est compatible avec la pathologie dans le sens que l'assurée peut gagner au moins le 1/3 d'un exercice normal (AI pces 6 et 7), - les résultats du 5 juin 2017 de l'endoscopie digestive haute, signés par la Dresse I.\_\_\_\_\_ laquelle conclut à une hernie hiatale et à une gastropathie discrète à caractériser par l'histologie (AI pce 19) ainsi que les résultats des 20 juillet 2016, 8 juin 2017 et 8 février 2018 de biopsies des fragments de la mycose gastrique, signés par les Drs J.\_\_\_\_\_ et de K.\_\_\_\_\_ (AI pces 17, 18 et 20), - les différents résultats d'examens de la colonne lombo-sacrée, cervicale et vertébrale ainsi que de l'épaule gauche, soit les résultats du 28 février 2007 de l'examen par TAC de la colonne lombo-sacrée, signés par la Dresse L.\_\_\_\_\_ (AI pce 29), les résultats des 6 février 2007, 18 juin 2008 et 26 novembre 2014 de l'examen radiologique de la colonne cervicale et vertébrale signés de la Dresse M.\_\_\_\_\_ (AI pces 24, 28 et 30), les résultats du 17 septembre 2018 de l'examen par tomographie assistée par ordinateur de la colonne cervicale, établis par la Dresse N.\_\_\_\_\_ e O.\_\_\_\_\_ (AI pce 16) ainsi que les résultats du 22 février 2019 de l'échographie de l'épaule gauche, signés par le Dr G.\_\_\_\_\_ (AI pce 15), - le rapport médical du 6 septembre 2019 du P.\_\_\_\_\_, lequel informe que l'assurée a été victime d'un infarctus du myocarde en 2012, que des traitements contre l'hypertension et par un modificateur de lipides ont été initiés en 2013, que le diagnostic d'un syndrome du tunnel carpien a été posé en 2015 et celui d'une hernie hiatale en 2016 et qu'en 2019 des douleurs généralisées situées à des endroits multiples ainsi que des bursites, tendinites et synovites à l'épaule droite ont été observées ; il indique aussi les médicaments prescrits et relève que l'assurée suit actuellement des traitements de médecine physique et de réadaptation (AI pce 14) ; par ailleurs, ce médecin a signé des prolongations de l'incapacité de travail de l'assurée à exercer son activité habituelle, du 8 août au 6 octobre 2019 (AI pce 32). Le Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et expert certifié SIM qui travaille pour l'OAIE a été invité à prendre position dans le dossier (prises de positions médicales des 22 novembre et 5 décembre 2019; et AI pces 40 et 42; voir aussi consid. 10.1 ci-dessous).

## **E. 9.2**

Suite au projet de décision du 22 janvier 2020, l'assurée qui s'y est opposée, a déposé le rapport médical du 17 février 2020 du P.\_\_\_\_\_ qui fait état des résultats des examens de l'imagerie médicale des membres supérieurs et inférieurs ainsi que de la colonne cervicale (AI pce 45). Le Q.\_\_\_\_\_ de l'OAIE s'est une nouvelle fois prononcé dans le dossier (prise

de position du 4 mars 2020; AI pce 48; cf. consid. 10.1 ci-dessous).

### **E. 9.3**

Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assurée a encore produit des prolongations d'incapacités de travail, du 7 octobre 2019 au 3 avril 2020, signées par les Drs M. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ (TAF pce 1 annexes 3 à 8).

### **E. 9.4**

Enfin, dans le dossier se sont encore trouvés les documents ci-après : - les différents certificats et attestations de formation, de travail, de salaire et de chômage en Suisse de 1997, 1998 et 1999 (AI pces 5 et 34 pp. 19 ss), - la déclaration du 18 novembre 2009 du commencement de l'activité ainsi que la déclaration du 15 mai 2017 de la cessation de l'activité (AI pce 38 pp. 7 ss), - l'extrait du 10 octobre 2019 des mouvements annuels enregistrés dans le système de sécurité sociale portugaise, de 2002 à 2017 (AI pce 37), - les questionnaires à l'assurée remplis et signés les 6 septembre et 13 octobre 2019 desquels il ressort notamment que l'assurée est sans formation professionnelle et qu'elle a travaillé comme commerçante indépendante de 2009 à 2015 à 100%, qu'elle a cessé son activité pour des raisons de santé, que son activité impliquait notamment de porter et de soulever de charges lourdes en chargeant, déchargeant et nettoyant des produits tels des aliments, la quincaillerie et des vêtements, et qu'elle avait gagné, avant ses atteintes à la santé, 500 euros par mois (AI pce 34 pp. 1 ss et pce 38 pp. 1 ss), - des documents fiscaux de 2013 à 2016 (AI pce 38 pp. 12 ss), - l'évaluation du 21 janvier 2020 de l'invalidité en application de la méthode générale ; l'OAIE a fixé que dès le 14 janvier 2015, la diminution de l'incapacité de gain s'élevait à 30% (incapacité de travail dans l'ancienne activité) et dès le 11 avril 2017 à 1% ; ce dernier taux a été déterminé sur la base des données statistiques suisses de l'année 2016 ; (AI pce 43).

### **E. 10.1**

D'un point de vue médical, l'OAIE a fondé sa décision querellée sur les avis du Q. \_\_\_\_\_ qui a été invité à prendre position dans le dossier (AI pces 40, 42 et 48). Ce médecin de l'OAIE a retenu comme diagnostics principaux un syndrome de spondylarthrose cervicale chronique-récurrente avec irritations radiculaires intermittentes (M47.8/M501), un syndrome de spondylarthrose lombaire chronique-récurrente avec altérations dégénératives et une périarthrite de l'épaule droite (M75.1) ainsi que comme diagnostics associés, sans répercussion sur la capacité de travail, une cardiopathie ischémique chronique, status après un infarctus du myocarde le 19 décembre 2006, une hypertension artérielle, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, plus prononcé à droite, et une hernie hiatale. S'agissant des incapacités de travail, le Q. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 30% dès le 14 janvier 2015 (voir les résultats neurophysiologiques du 14 janvier 2015 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ ; AI pce 23) ainsi qu'une incapacité de 70% dès le 11 avril 2017 (voir le rapport médical détaillé E 213 du Dr H. \_\_\_\_\_ ; AI pce 7). Dans une activité adaptée, l'incapacité de travail serait de 20%, respectivement de 30% à compter des mêmes dates mentionnées. Le médecin a exposé qu'en raison d'altérations dégénératives au niveau cervical et lombaire dont l'assurée souffrait et qui causaient des douleurs chroniques avec crises aiguës intermittentes, celle-ci ne pouvait plus effectuer un travail exercé principalement en position debout et impliquant fréquemment le port de charge. De plus, selon le médecin, la périarthrite de l'épaule droite aurait impliqué des limitations à soulever de charges ainsi que des travaux ou de

mouvements répétitifs au-dessus des épaules. Il a, par ailleurs, précisé que l'assurée devait au besoin prendre des pauses de 10 minutes, que la position de travail devait être assise, que l'assurée ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête ou se pencher, qu'elle ne pouvait pas porter de charges de plus de 5 kg et qu'elle devait éviter des mouvements répétitifs ainsi que le froid, l'humidité et des intempéries. Le médecin de l'OAIE a encore remarqué que les autres pathologies n'avaient pour l'instant pas influencé la capacité de travail de l'assurée, notamment la cardiopathie qui était asymptomatique sous traitement pharmaceutique adapté. Dans sa prise de position du 4 mars 2020, le Q.\_\_\_\_\_ de l'OAIE a maintenu son évaluation. Il a considéré que le rapport médical du 17 février 2020 du P.\_\_\_\_\_ (AI pce 45), produit par l'assurée avec son opposition au projet de décision ne relevait pas de nouvelles pathologies ou de nouvelles limitations fonctionnelles (AI pce 48).

## **E. 10.2**

Il sied d'examiner si l'appréciation du Q.\_\_\_\_\_ peut être confirmée.

### **E. 10.3.1**

L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais son contenu. Ainsi, avant de lui conférer la valeur probante, le Tribunal s'assurera que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport médical 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 sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et références). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (TF 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; Michel Valterio, loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, art. 57 n° 33).

### **E. 10.3.2**

Il n'est pas interdit à l'administration et aux tribunaux de se fonder uniquement ou principalement sur les prises de position du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ou du service médical de l'OAIE qui ne se basent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne de l'assuré-e (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C\_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références).

### **E. 10.3.3**

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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

#### **E. 10.4.1**

Le Tribunal est d'avis que l'évaluation du Q. \_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences susmentionnées.

#### **E. 10.4.2**

En effet, si ce médecin de l'OAIE s'est certes basé sur le rapport cardiologique du 14 octobre 2009 (de la Dresse E. \_\_\_\_\_; AI pce 26), les résultats du 14 janvier 2015 de l'examen neurophysiologique (signés par la Dresse F. \_\_\_\_\_; AI pce 23), le rapport orthopédique du 7 novembre 2016 (du Dr S. \_\_\_\_\_; AI pce 21), le rapport E 213 du 11 (recte : 21) avril 2017 du Dr H. \_\_\_\_\_ (AI pce 7), les résultats des 17 septembre 2018 et 22 février 2019 d'examens de la colonne cervicale et de l'épaule gauche (établis par les Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_; AI pces 15 et 16) et le rapport médical du 6 septembre 2019 (du P. \_\_\_\_\_; AI pce 32), dont il a cité les conclusions (AI pces 40, 42 et 48), et que les diagnostics retenus par le Q. \_\_\_\_\_ sont similaires à ceux indiqués par les médecins portugais, il apparaît toutefois que ces pièces médicales, établies en vue du traitement des plaintes de l'assurée, ne fournissent pas toutes les indications utiles. Ainsi, le rapport neurophysiologique de la Dresse F. \_\_\_\_\_ (AI pce 23), les rapports orthopédiques du Dr G. \_\_\_\_\_ (AI pces 21 et 22) et le rapport du P. \_\_\_\_\_ (AI pce 14) ne font pas état d'un examen clinique et ne relatent - tout comme les pièces 15 et 16 - que les résultats des examens de l'imagerie médicale entrepris ainsi que les diagnostics posés. Cela étant, il est constant que les diagnostics et les résultats de l'imagerie médicale, quelle que soit sa nature, n'ont pas de valeur sans confrontation clinique. Plus encore, il n'existe en principe aucune corrélation entre un diagnostic et une incapacité de travail, cette dernière dépendant des limitations fonctionnelles observées lors d'un examen clinique (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; TF 9C\_570/2018 du 18 février 2019 consid. 3.2.1; 9C\_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2; 9C\_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4). Les rapports et résultats cités n'exposent donc pas, dans leurs domaines respectifs, l'état de santé complet de l'assurée et s'avèrent, partant, insuffisants. Le Dr H. \_\_\_\_\_ qui, dans le rapport médical détaillé E 213 du 21 avril 2017 (AI pce 7; voir aussi AI pce 6) a brièvement relaté son examen clinique, n'a pas non plus décrit les limitations concrètes de l'assurée. Dès lors, les conclusions de ce médecin, dont la spécialisation médicale est d'ailleurs inconnue, selon lesquelles le cadre clinique correspondait à une incapacité de degré moyen et que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans l'exercice de l'ancienne activité professionnelle, sont dépourvues de motivation et ne pourraient ainsi être suivies.

#### **E. 10.4.3**

Les autres pièces se trouvant au dossier ne sauraient combler les lacunes constatées. En particulier, les documents que l'assurée a encore versés en cause, voire le rapport médical du 17 février 2020 du P. \_\_\_\_\_ qui ne fait état que des résultats des examens de l'imagerie médicale (AI pce 45) et les prolongations d'incapacités de travail, signées par les Drs M. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, ne décrivent pas non plus, dans les domaines concernés, l'état de santé complet de l'assurée.

#### **E. 10.4.4**

Compte tenu de ce dossier médical lacunaire, les conclusions du Q. \_\_\_\_\_ qui s'y réfèrent manquent de fondements. En vertu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 8), il lui aurait appartenu de demander le complément du dossier. En effet, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur (cf. consid. 10.3.2) ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; TAF C 2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2).

#### **E. 10.4.5**

En conclusion, le TAF ne saurait confirmer en l'état du dossier les incapacités de travail retenues par l'OAIE.

#### **E. 11**

Dans cette situation, le TAF ne peut pas non plus se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assurée qui dépend de la capacité de travail résiduelle à fixer.

#### **E. 12**

décembre 2016 consid. 5.3.1 s.; 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

#### **E. 12.1**

A la vue des arguments avancés par l'assurée, il est encore remarqué que l'âge n'est de règle générale pas déterminant pour l'évaluation de l'invalidité. Ce n'est que lorsque la personne assurée se trouve proche de l'âge de la retraite suisse (cf. art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance- vieillesse et survivants [LAVS; RS 8310.10]), vers 60 ans environ (TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2018 consid. 5.2), qu'il faut se demander si, de manière réaliste et en appréciant la situation dans son ensemble, celle- là est en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle, attestée d'un point de vue médical (cf. ATF 145 V 2 consid. 5.3.1; 138 V 457 consid. 3.1, 3.3 et 3.4). En vertu de la jurisprudence, il faut, de surcroît, que l'assurée présente des obstacles importants qui l'empêchent de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle afin qu'il soit admis que ses chances d'embauche ne sont plus

C-2211/2020

Page 20

intactes même sur un marché du travail équilibré (cf. TF 8C\_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7; TAF C-683/2015 du 20 septembre 2016 consid. 8.5).

#### **E. 12.2**

Il est aussi rappelé que l'assurance-invalidité fait référence à un marché du travail équilibré (cf. art. 7 al. 1 et 16 LPGA; consid. 5.1 et 7.2) qui est une notion théorique et abstraite et 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 large éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2; 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1; MICHEL VALTERIO, op. cit., art. 28a n° 65). Le Tribunal fédéral a aussi jugé que ce marché du travail équilibré était en mesure d'offrir des postes de travail non qualifiés pour n'importe quel âge et ne nécessitant aucune formation particulière (TF 9C\_898/2017 du 25 octobre 2018 consid. 3.4; voir aussi TF I

222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1).

### **E. 12.3**

Enfin, selon un principe général, valable en assurances sociales, il appartient à la personne assurée de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour solliciter le moins lourdement possible l'assurance-invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; TF 8C\_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.2; ANNE SYLVIE DUPONT, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, Intro. gén. n° 44). Afin de réduire la perte de gain, cette obligation implique notamment que, le cas échéant, l'on peut exiger de la part de l'assurée qu'elle accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé même si celle-ci diffère de l'activité habituelle (TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 4.2; cf. art. 6 LPGA cité; consid. 5.1) et qu'elle s'intègre de son propre chef dans le marché du travail (à titre d'exemple : TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). 13. Au regard de tout ce qui précède, le Tribunal ne saurait se déterminer sur le droit de la recourante à une mesure professionnelle ou/et à une rente d'invalidité et il convient d'admettre le recours en ce sens que la décision contestée est annulée et le dossier renvoyé à l'OAIE pour compléments d'instruction et nouvelle décision. Le renvoi de la cause est en l'espèce indiqué bien qu'il doive rester exceptionnel au regard de l'exigence de la célérité de la procédure

C-2211/2020

Page 21

(cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst.; RS 101]; TF 8C\_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). En effet, selon la jurisprudence, le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est justifié lorsqu'il s'agit notamment d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 139 V 99 consid. 1.1; 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C\_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'occurrence, l'état de santé complet de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail n'ont pas encore été établis à satisfaction de droit (cf. consid. 10, notamment 10.4). Il appartiendra à l'Office AI de mettre en place une expertise médicale en Suisse pour garantir que les experts maîtrisent les principes d'évaluation de la médecine d'assurance suisse (cf. TF 9C\_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2). L'expertise devra porter au moins sur les plans de la médecine rhumatologique et interne. Afin d'évaluer si l'expertise devra concerner d'autres disciplines médicales encore, notamment la cardiologie (cf. le rapport de la Dresse E. \_\_\_\_\_ ainsi que les prises de positions du Q. \_\_\_\_\_; AI pces 26, 40, 42 et 48), l'OAIE actualisera d'abord le dossier. Par ailleurs, s'agissant de la sélection des disciplines médicales nécessaires, l'art. 44 al. 5 LPGA sera observé aux termes duquel les disciplines médicales sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises mono- et bidisciplinaires (al. 1 let. a et b de la disposition) et par le centre d'expertises pour les expertises pluridisciplinaires (al. 1 let. c). L'expertise sera, en outre, organisée dans le respect des droits de participation de la recourante (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9) ainsi que de l'art. 72bis RAI qui précise les règles d'attribution des expertises bi- et pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 3 à 5). L'OAIE fixera ensuite le taux d'invalidité de l'assurée (cf. consid. 11.2) et déterminera le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et/ou à une rente. Il rendra des décisions y relatives. 14. Il n'est pas perçu de frais de procédure. La recourante qui du reste a obtenu gain de cause suite à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier pour complément d'instructions et nouvelle

décision (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1; 132 V 215 consid. 6.2) a été dispensée de l'avance de frais (AI pce 11). L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas participer aux frais (cf. art. 63 al. 2 PA).

C-2211/2020

Page 22

En outre, il n'est pas alloué de dépens à la recourante qui n'est pas professionnellement représentée et qui n'a pas invoqué qu'elle avait supporté des frais indispensables et relativement élevés en raison du recours. De tels frais ne ressortent pas non plus du dossier (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 et 8 du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Le dispositif se trouve à la page suivante.

C-2211/2020

Page 23

### **E. 13**

octobre 2019 desquels il ressort notamment que l'assurée est sans formation professionnelle et qu'elle a travaillé comme commerçante indépendante de 2009 à 2015 à 100%, qu'elle a cessé son activité pour des raisons de santé, que son activité impliquait notamment de porter et de soulever de charges lourdes en chargeant, déchargeant et nettoyant des produits tels des aliments, la quincaillerie et des vêtements, et qu'elle avait gagné, avant ses atteintes à la santé, 500 euros par mois (AI pce 34 pp. 1 ss et pce 38 pp. 1 ss), – des documents fiscaux de 2013 à 2016 (AI pce 38 pp. 12 ss), – l'évaluation du 21 janvier 2020 de l'invalidité en application de la méthode générale ; l'OAIE a fixé que dès le 14 janvier 2015, la diminution de l'incapacité de gain s'élevait à 30% (incapacité de travail dans l'ancienne activité) et dès le 11 avril 2017 à 1% ; ce dernier taux a été déterminé sur la base des données statistiques suisses de l'année 2016 ; (AI pce 43). 10. 10.1 D'un point de vue médical, l'OAIE a fondé sa décision querellée sur les avis du Q.\_\_\_\_\_ qui a été invité à prendre position dans le dossier (AI pces 40, 42 et 48). Ce médecin de l'OAIE a retenu comme diagnostics principaux un syndrome de spondylarthrose cervicale chronique-récurrente avec irritations radiculaires intermittentes (M47.8/M501), un syndrome de spondylarthrose lombaire chronique-récurrente avec altérations dégénératives et une périarthrite de l'épaule droite (M75.1) ainsi que comme diagnostics associés, sans répercussion sur la capacité de travail, une cardiopathie ischémique chronique, status après un infarctus du myocarde le 19 décembre 2006, une hypertension artérielle, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, plus prononcé à droite, et une hernie hiatale. S'agissant des incapacités de travail, le Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 30% dès le

### **E. 14**

juillet 2008 consid. 3.2; 9C\_341/2007 du

### **E. 16**

novembre 2007 consid. 4.1). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de la personne assurée (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical non contesté, établi de manière concordante par les médecins (cf. TF 9C\_335/2015

du 1er septembre 2015 consid. 5.2; 8C\_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C\_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également TF 9C\_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et références). 10.3.3 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 (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3). 10.4 10.4.1 Le Tribunal est d'avis que l'évaluation du Q.\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences susmentionnées. 10.4.2 En effet, si ce médecin de l'OAIE s'est certes basé sur le rapport cardiologique du 14 octobre 2009 (de la Dresse E.\_\_\_\_\_ ; AI pce 26), les

C-2211/2020

Page 18

résultats du 14 janvier 2015 de l'examen neurophysiologique (signés par la Dresse F.\_\_\_\_\_ ; AI pce 23), le rapport orthopédique du 7 novembre 2016 (du Dr S.\_\_\_\_\_ ; AI pce 21), le rapport E 213 du 11 (recte : 21) avril 2017 du Dr H.\_\_\_\_\_ (AI pce 7), les résultats des 17 septembre 2018 et 22 février 2019 d'examens de la colonne cervicale et de l'épaule gauche (établis par les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ; AI pces 15 et 16) et le rapport médical du 6 septembre 2019 (du P.\_\_\_\_\_ ; AI pce 32), dont il a cité les conclusions (AI pces 40, 42 et 48), et que les diagnostics retenus par le Q.\_\_\_\_\_ sont similaires à ceux indiqués par les médecins portugais, il apparaît toutefois que ces pièces médicales, établies en vue du traitement des plaintes de l'assurée, ne fournissent pas toutes les indications utiles. Ainsi, le rapport neurophysiologique de la Dresse F.\_\_\_\_\_ (AI pce 23), les rapports orthopédiques du Dr G.\_\_\_\_\_ (AI pces 21 et 22) et le rapport du P.\_\_\_\_\_ (AI pce 14) ne font pas état d'un examen clinique et ne relatent – tout comme les pièces 15 et 16 – que les résultats des examens de l'imagerie médicale entrepris ainsi que les diagnostics posés. Cela étant, il est constant que les diagnostics et les résultats de l'imagerie médicale, quelle que soit sa nature, n'ont pas de valeur sans confrontation clinique. Plus encore, il n'existe en principe aucune corrélation entre un diagnostic et une incapacité de travail, cette dernière dépendant des limitations fonctionnelles observées lors d'un examen clinique (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1 s. et références; TF 9C\_570/2018 du 18 février 2019 consid. 3.2.1; 9C\_793/2016 du 3 mars 2017 consid. 4.1.2; 9C\_514/2015 du 14 janvier 2016 consid. 4). Les rapports et résultats cités n'exposent donc pas, dans leurs domaines respectifs, l'état de santé complet de l'assurée et s'avèrent, partant, insuffisants. Le Dr H.\_\_\_\_\_ qui, dans le rapport médical détaillé E 213 du 21 avril 2017 (AI pce 7; voir aussi AI pce 6) a brièvement relaté son examen clinique, n'a pas non plus décrit les limitations concrètes de l'assurée. Dès lors, les conclusions de ce médecin, dont la spécialisation médicale est d'ailleurs inconnue, selon lesquelles le cadre clinique correspondait à une incapacité de degré moyen et que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans l'exercice de l'ancienne activité professionnelle, sont dépourvues de motivation et ne pourraient ainsi être suivies. 10.4.3 Les autres pièces se trouvant au dossier ne sauraient combler les lacunes constatées. En particulier, les documents que l'assurée a encore

C-2211/2020

versés en cause, voire le rapport médical du 17 février 2020 du P. \_\_\_\_\_ qui ne fait état que des résultats des examens de l'imagerie médicale (AI pce 45) et les prolongations d'incapacités de travail, signées par les Drs M. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, ne décrivent pas non plus, dans les domaines concernés, l'état de santé complet de l'assurée.

10.4.4 Compte tenu de ce dossier médical lacunaire, les conclusions du Q. \_\_\_\_\_ qui s'y référerait manquent de fondements. En vertu de la maxime inquisitoire (cf. consid. 8), il lui aurait appartenu de demander le complément du dossier. En effet, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les prises de position médicales internes de l'assureur (cf. consid. 10.3.2) ne peuvent pas, en règle générale, constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (TF 9C\_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; TAF C-2843/2016 du 30 mai 2018 consid. 8.2). 10.4.5 En conclusion, le TAF ne saurait confirmer en l'état du dossier les incapacités de travail retenues par l'OAIE. 11. Dans cette situation, le TAF ne peut pas non plus se prononcer sur le taux d'invalidité de l'assurée qui dépend de la capacité de travail résiduelle à fixer. 12.