

BVGer C-3769/2018 vom 16. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3769_2018

FR: TAF C-3769/2018 du 16 juillet 2020

IT: TAF C-3769/2018 del 16 luglio 2020

Regeste

Rentes

Erwägungen

E. 1

Au regard des art. 31, 32 et 33 let. d LTAF (RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b 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 LPGA [RS 830.1] et 48 al. 1 PA [RS 172.021]). Le recours a été déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA; art. 52 al. 1 PA), et l'avance sur les frais de procédure présumés de 800 francs a été dûment acquittée (art. 63 al. 4 PA; TAF pces 2 et 3).

E. 1.1

Complexe "atteinte à la santé"

E. 1.1.1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

E. 1.1.2

Succès du traitement ou résistance à cet égard

E. 1.1.3

Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

E. 1.1.4

Comorbidités

E. 1.2

Complexe "personnalité" (structure et développement de la personnalité, ressources personnelles)

E. 1.3

Complexe "contexte social". 2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

E. 2.1

Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

E. 2.2

Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. Le Tribunal fédéral a précisé que ce catalogue 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).

E. 3.1

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 fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (notamment : ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Sauf indication contraire, les dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de la LAI (premier volet), en vigueur dès le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647), s'appliquent au cas d'espèce.

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 (en l'espèce, le 5 juin 2018). 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).

E. 3.3

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la recourante espagnole qui vit dans son pays d'origine a été assurée en Suisse de nombreuses années (TAF pce 14 annexe). 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). Pour la relation avec la Suisse, 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 (RS 0.831.109.268.1) ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). 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; arrêts du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_329/2015 du 5 juin 2015; 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

E. 4

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 17 septembre 2014 (AI pce 12).

E. 5

A titre initial, il est relevé que l'assurée remplit la condition de la durée minimale de cotisations de 3 ans au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente au sens de l'art. 36 LAI, ayant notamment cotisé à l'AVS/AI suisse pendant de nombreuses années (cf. TAF pce 14 annexe; voir aussi le formulaire E 205 du 13 octobre 2014, attestant la carrière d'assurance en Espagne [AI pce 11 pp. 1 à 4]). Il convient d'examiner si la recourante est invalide au sens de la loi suisse et a droit à une rente.

E. 6.1

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), - elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), - au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée 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. L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 6.2

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, tels à titre d'exemple, l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 8 al. 3, 1ère phrase, LPGA et art. 27 RAI [RS 831.201]). L'invalidité 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. 6, 1ère phrase 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 l'assuré à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. L'assurance-invalidité suisse ne couvre donc pas la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques ou les empêchements constatés dans les travaux habituels, liés à une atteinte à la santé, sont assurés. En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais l'incapacité de gain ou l'empêchement dans les travaux habituels probablement permanente ou de longue durée qui en résulte et qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA; voir aussi l'art. 8 al. 3, 2e phrase, 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, 2e phrase LPGA). La notion d'invalidité, en droit suisse, est donc de nature économique/juridique et non médicale.

E. 6.3

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 pas raisonnablement

exiger qu'elle en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (cf. à ce sujet l'art. 27 RAI cité sous consid. 6.2). 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 dans l'accomplissement des travaux habituels. Pratiquement, concernant l'activité dans le ménage, la détermination du taux d'invalidité résulte de règle générale d'une enquête de ménage menée sur place par une personne qualifiée (cf. art. 69 al. 2 RAI) qui 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). L'appréciation des limitations intervient, de plus, sur la base d'un tableau établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; cf. ch. 3087 du Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance, CIIAI). Le contenu du rapport d'enquête doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillé en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le tribunal ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle 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 et 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). L'appréciation de l'incapacité de la personne assurée résidant à l'étranger dans l'accomplissement des travaux habituels doit se fonder sur des principes analogues. Si l'on peut admettre qu'en raison de circonstances liées au domicile à l'étranger, l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels soit effectuée avec le concours d'un médecin et non d'un enquêteur qualifié, encore faut-il que le praticien mandaté à ce titre se détermine de manière circonstanciée et détaillée sur les limitations alléguées par la personne concernée, en principe après entretien avec cette dernière (arrêt du TF I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2; notamment : arrêt du TAF C-4872/2017 du 10 octobre 2019 consid. 6.3.3 et références).

E. 6.4

La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré du taux d'invalidité. 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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 LPGA) en Suisse. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI n'est pas applicable lorsque la personne assurée est une ressortissante suisse ou d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) et réside dans l'un des Etats membres (ATF 130 V 253 consid. 2.3 et 3.1; art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004).

E. 7.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un-e spécialiste psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2; 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

E. 7.2

Les troubles psychiques et la capacité de travail exigible de la personne souffrante sont évalués dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (cf. pour les troubles douloureux somatoformes : ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2; les affections psychosomatiques assimilées, telles la fibromyalgie : ATF 141 V 281 consid. 4.2; 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324; toutes les affections psychiques : ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.; aussi les troubles dépressifs de degré moyen ou léger : ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.). Cette procédure est basée sur une vision ouverte et tient compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Elle permet, d'une part, de mettre en lumière les facteurs d'incapacité de la personne assurée et, d'autre part, les ressources de celle-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.5 et 3.6; arrêts du TF 8C_569/2015 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.3 et références). Les limitations constatées doivent ensuite être examinées à travers les indicateurs se rapportant à la cohérence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.3). Concrètement, le Tribunal fédéral a conçu le catalogue d'indicateurs suivant, classés en deux catégories (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) : 1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

E. 7.3

Le Tribunal fédéral a par ailleurs souligné la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA (cf. consid. 6.2) laquelle exige, d'une part, que seules les limitations, comme conséquences de l'atteinte à la santé, sont prises en considération et impose, d'autre part, un examen objectif de l'exigibilité de l'exercice d'une activité (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et 6; cf. arrêt du TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015 consid. 3.2). Les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne sont pas explicables d'un point de vue médical ne peuvent pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; voir aussi consid. 8.3.3 s'agissant de la preuve du trouble avancé).

E. 7.4

Le Tribunal fédéral a également remarqué qu'il n'y a pas d'invalidité lorsque les limitations résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui dépasse clairement une simple tendance (inconsciente) à l'extension et à l'accentuation des symptômes (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1; 9C_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2). Toutefois, les indices d'incohérences, d'aggravation ou de simulation ne motivent pas dans tous les cas une exclusion du caractère invalidant de l'atteinte psychique ; un examen approfondi de la gravité fonctionnelle de l'atteinte sera nécessaire (ATF 143 V 418 consid. 7.1; arrêt du TF 9C_501/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1).

E. 8.1

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 prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies - comme en l'occurrence (cf. consid. 5) - les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet pour pouvoir déterminer la capacité de travail médico-théorique et évaluer l'invalidité de la

personne concernée, l'administration, ou le tribunal en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du TF 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1). Le Tribunal fédéral a jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne concernée est incapable de travailler, compte tenu de ses limitations (ATF 143 V 418 consid. 6; 132 V 93 consid. 4; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; voir également ATF 140 V 193 consid. 3.2 et références). Dans ce contexte, on rappellera qu'il n'appartient pas au tribunal de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2017 consid. 5.2; 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3). Cela étant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire le point de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, le cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 140 V 193 consid. 3.2).

E. 8.2

Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique de manière générale à toute procédure de nature administrative, que ce soit devant l'administration ou le tribunal (notamment : ATF 144 V 50 consid. 4.3; cf. consid. 2.2). Il implique que tous les moyens de preuve doivent être examinés de manière objective quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8). Il sied alors de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

E. 8.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b et 3c).

E. 8.3.1

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 prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 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 (arrêts du 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 (LAI), Commentaire, 2018, art. 57 n° 33).

E. 8.3.2

Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert-e étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition afin d'éclairer les aspects médicaux. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes, ignore des éléments essentiels ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert-e. On ne peut exclure, dans ces cas, une interprétation divergente des conclusions de l'expert-e par le tribunal ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/aa; arrêts du TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits - même émanant de spécialistes - ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1; U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

E. 8.3.3

Concernant de l'appréciation d'un trouble psychiatrique, le Tribunal examinera si les médecins ont suivi les conditions cadres normatives décrites par la jurisprudence (cf. consid. 7.2), s'ils n'ont pris en considération que les limitations fonctionnelles de l'atteinte à la santé et si l'examen de l'exigibilité de la capacité de travail est fondé sur des critères objectifs (ATF 141 V 281 consid. 5.2.2; cf. consid. 7.4.1). Il ne s'agit pas de procéder à un examen juridique parallèle (ATF 141 V 281 consid. 5.2.3; Andreas Traub, BGE 141 V 281 - Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2016, 2017, p. 142 ch. 3.3.3), mais d'examiner si les conséquences fonctionnelles de l'atteinte ont été déterminées d'une façon convaincante et cohérente et, partant, dans le respect des critères normatifs (ATF 141 V 281 consid. 6). Si la preuve d'une incapacité de travail durable et importante due au trouble psychiatrique ne peut pas être apportée selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la personne assurée en supporte les conséquences conformément aux règles (matérielles) sur le fardeau de la preuve (ATF 144 V 50 consid. 4.3; 143 V 418 consid. 6; 143 V 409 consid. 4.5.2; 141 V 281 consid. 6; voir aussi arrêt du TF 8C_628/2018 du 31 octobre 2018 consid. 4.3).

E. 8.3.4

Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par la personne assurée en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd; arrêts du TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2015 consid. 6.2; 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2, Plädoyer 2009 p. 72 ss).

E. 8.4

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. 9.1

Lorsque l'OAIE a pris la décision contestée, il disposait dans un premier temps notamment des documents médicaux suivants : - le rapport du 4 février 2011 de la Dresse C. _____ qui informe que l'assurée est connue pour des douleurs généralisées de longue date, avec paresthésies aux mains et aux membres inférieurs apparaissant principalement la nuit ; elle pose comme diagnostic un syndrome fibromyalgique et fait état d'hernies discale L5-S1 et cervicales C5-C6 et C6-C7 et d'un examen par électromyogramme (EMG) normal (AI pce 8), - le résultat du 3 mai 2012 de l'examen cardiologique par électrocardiogramme (ECG) établi par le Dre D. _____ qui pose comme hypothèse le diagnostic de l'angor d'effort (AI pce 21), - les résultats du 16 juillet 2013 des examens radiologiques des 3 et 26 juin 2013 de la colonne lombaire qui relèvent une discopathie dégénérative L4-L5 avec petite hernie discale paramédiane droite (AI pce 16), - le rapport rhumatologique du 9 octobre 2013, établi par le Dr E. _____ lequel note que l'assurée le consulte pour des douleurs amplifiées et généralisées depuis des années ; il fait état des résultats des examens par imagerie médicale et clinique et retient comme diagnostics une spondylarthrose cervicale et lombaire avec des lésions disco-vertébrales dégénératives et hypodensité minérale osseuse dans l'os transverse définie par densimétrie et un syndrome fibromyalgique (AI pce 6), - les résultats du 25 avril 2014 de l'examen neurologiques par électroencéphalogramme (EEG) établis par les Drs F. _____ et G. _____ qui concluent que les crises enregistrées ne correspondent pas à des crises épileptiques et que les résultats montrent un EEG pathologique avec d'abondantes décharges à prévalence bitemporale (AI pce 30), - la lettre de sortie neurologique du 6 mai 2014 de la Dresse H. _____ faisant état d'épisodes paroxystiques sans mise en évidence d'une crise épileptique après une surveillance de 2 semaines ; elle indique le traitement et les examens prévus (AI pce 19), - le rapport psychiatrique manuscrit du 18 juin 2014 de la Dresse H. _____ duquel il ressort qu'un examen et un suivi est demandé (AI pce 18), - le rapport neurologique du 18 juillet 2014 de la Dresse H. _____ laquelle a été consultée pour l'examen des épisodes de pertes de connaissance de l'assurée. Elle conclut que l'examen neurologique ainsi que l'examen cardiologique sont normaux (AI pce 7), - le rapport psychiatrique du 21 août 2014 de la Dresse I. _____ qui mentionne que l'assurée est suivie depuis juin 2014 pour un trouble dépressif ; elle fait état de la maladie actuelle, de l'examen clinique et du traitement médicamenteux instauré (AI pce 5), - le rapport psychiatrique du 29 août 2014 de la Dresse I. _____ qui fait état d'une certaine amélioration de l'état bien qu'un engourdissement émotionnel et une apathie persistent (AI pce 25), - le rapport médical du 2 septembre 2014 signé par le Dr J. _____ du service de la sécurité sociale lequel informe que l'assurée est suivie depuis de nombreuses années et qu'elle présente notamment un syndrome de fibromyalgie, un syndrome anxio-dépressif, une polioarthrose au niveau de la colonne lombaire, L4 et S1, et cervical C5-C7, une enthésite du poignet gauche depuis janvier 2014, une ostéoporose traitée, une douleur rétrosternale lors de l'effort, accompagnée de dyspnée, un état de syncope récidivante et de céphalées de tension dans des situations de stress, chaleur et nervosité, une hyperlipidémie, une chirurgie pour méniscopathie gauche, un

kyste radiculaire de Tarlov, une kératose séborrhéique et une presbytie (AI pce 4), - le rapport médical détaillé E 213 du 6 octobre 2014, établi par la Dresse K. _____ laquelle retient comme diagnostic un trouble anxio-dépressif, une discopathie axiale dégénérative et une syncope encore en examen. Elle mentionne également un sentiment subjectif d'incapacité et conclut qu'il n'y a actuellement pas des lésions organiques et fonctionnelles objectives pouvant limiter la capacité de travail (AI pce 10), - les rapports des consultations rhumatologiques des 18 avril et 4 juillet 2011, 3 juin, 15 et 31 juillet et 13 septembre 2013 ainsi que du 20 octobre 2014, signés du Dr E. _____ (AI pce 29), - le rapport d'hospitalisation du 27 octobre 2014, signé du Dr L. _____ qui fait état des antécédents, de la mise en place d'un implant de Holter et du traitement (AI pce 27), - la prescription médicamenteuse, imprimée le 25 novembre 2014, du Dr J. _____ (AI pce 26), - le rapport rhumatologique du 28 novembre 2014, établi par le Dr E. _____ lequel fait état des différents examens et confirme les diagnostics déjà posés (AI pce 28), - la prise de position médicale du 14 janvier 2015 du Dr M. _____, médecin interne générale FMH travaillant pour l'OAIE lequel a retenu comme diagnostics une fibromyalgie, une arthrose cervicale et lombaire, des syncopes récidivantes sans pathologie objective ainsi qu'un trouble dépressif-anxieux réactionnel (AI pce 33).

E. 9.2

Suite au projet de décision du 3 février 2015 auquel l'assurée s'est opposée, ont été produites en cause les nouvelles pièces médicales suivantes : - le résultat du 27 novembre 2014 de l'examen radiologique du genou, établi par la dresse N. _____ (AI pce 38), - le résultat du 15 décembre 2014 des examens par l'électroneuromyographie (ENMG) du Dr O. _____ (AI pce 35), - le suivi des consultations rhumatologiques du 15 décembre 2014, signé du Dr E. _____ (AI pce 36), - la prise de position du 1er avril 2015 du Dr M. _____ lequel conclut que les nouveaux documents ne permettent pas de retenir une situation plus grave (AI pce 43).

E. 9.3

Dans la procédure C-3216/2015 devant le Tribunal ont été versés notamment les nouveaux documents suivants : - le rapport cardiologique du 12 avril 2016, relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 8 au 12 avril 2016 pour des douleurs thoraciques ; le Dr P. _____ qui a établi le rapport fait état des antécédents, de l'anamnèse, du résultat des examens divers et pose comme diagnostics une douleur thoracique avec artères coronaires épicaudiques sans lésions significatives selon l'angiographie, des syncopes sans évidence cardiaque (porteuse d'un Holter), une composante émotionnelle importante ainsi qu'une hyperlipémie (AI pce 58), - le rapport cardiologique de la consultation du 20 mai 2016, établi par le Dr Q. _____ lequel indique notamment l'évolution de la situation et décrit le traitement et les médicaments prescrits (AI pce 59), - la prescription médicamenteuse, imprimée le 29 juillet 2016, du Dr J. _____ (AI pce 57).

E. 9.4

Suite à l'arrêt du C-3216/2015 du TAF, ont été transmis au dossier les nouveaux documents médicaux suivants : - le rapport du 24 octobre 2014, signé de la Dresse R. _____, suite à l'implantation du Holter ; ce médecin fait état des antécédents de l'assurée, décrit l'intervention et le traitement prescrit (AI pce 100), - le rapport psychiatrique du 3 mars 2015 établi par le Dr S. _____ lequel indique que l'assurée est suivie depuis juin 2014 pour un trouble dépressif ; il décrit une humeur dépressive, une anxiété flottante et

somatisée, des pensées dépressives, des idées noires, une clinophilie, une apathie, une asthénie, un retrait social actif, une labilité affective, un trouble du sommeil etc. ; il mentionne le traitement médicamenteux actuel et observe que les différents traitements ont eu peu de succès (AI pce 63), - l'attestation du 31 mars 2017 du Dr J. _____ s'agissant des contraintes de voyage et problèmes de santé actuels (AI pce 71), - le résultat du 4 avril 2017 de l'examen radiologique du pubis, établi par la Dresse T. _____ (AI pce 95), - le rapport du 17 avril 2017, établi par la Dresse U. _____ laquelle informe que l'assurée est suivie pour une réhabilitation de l'atteinte dégénérative fémoro-patellaire à gauche ; le médecin fait état de l'examen radiologique et conseille un traitement par infiltrations (AI pce 99 p. 1), - le rapport psychiatrique du 17 avril 2017 du Dr S. _____ qui décrit une situation clinique inchangée ; il indique le traitement et observe que l'atteinte est chronique et le pronostic sombre (AI pce 99 p. 2), - le rapport rhumatologique du 24 avril 2017 du Dr E. _____ qui informe des résultats des différents examens ; il confirme ses diagnostics antérieurs et ajoute une ostéopathie du pubis ainsi qu'une coxarthrose bilatérale et une gonarthrose de prédominance gauche avancée ; il indique encore qu'une arthroplastie du genou gauche est examinée (AI pce 93), - le rapport neurologique du 28 avril 2017 de la Dresse V. _____ laquelle informe que l'assurée est suivie depuis 2009 pour des épisodes de pertes de connaissance lesquelles peuvent être déclenchées par des facteurs stressants ; elle note que les examens neurologique et cardiologique sont normaux (AI pce 98), - le rapport cardiologique du 5 mai 2017 du Dr W. _____ qui note les antécédents de dyslipidémie, de syndrome anxieux-dépressif, de fibromyalgie et d'ostéoporose et informe des antécédents s'agissant des syncopes avec suivi cardiologique et neurologique ; il mentionne que l'assurée avait présenté cette semaine deux nouveaux épisodes de syncopes de durée plus longue qu'habituellement mais avec pleine récupération ; il conseille un examen neurologique (AI pce 101), - le rapport médical du 22 juin 2017 du Dr J. _____ qui énumère les diagnostics connus (AI pce 96), - une prescription médicamenteuse du 17 novembre 2017 du Dr J. _____ (AI pce 94), - le rapport d'expertise du 6 février 2018 de l'examen pluridisciplinaire, psychiatrique, cardiologique, rhumatologique et neurologique qui a eu lieu du 11 au 14 décembre 2017 à la Policlinique B. _____, établi par les Drs X. _____, psychiatre, Y. _____, cardiologue, Z. _____, rhumatologue, Aa. _____, neurologue de la Policlinique B. _____. Le rapport est, de plus, signé des Drs Bb. _____ et Cc. _____, médecins internistes. En substance, les experts ont conclu que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux persistant, des troubles dissociatifs (syncope), une gonarthrose gauche, des migraines communes ainsi qu'une dyslipidémie traitée et que sa capacité de travail était entière (AI pce 109), - les prises de position des 22 février et 14 mars 2018 des Drs M. _____ et Dd. _____ de l'OAIE lesquelles ont confirmé les conclusions de l'expertise (AI pces 112 et 114).

E. 9.5

Suite au projet de décision du 20 mars 2018 (AI pce 115), l'assurée a encore versé la prescription médicamenteuse du 12 avril 2018 du Dr J. _____ (AI pce 126) et son rapport médical du 14 avril 2018 dans lequel ce médecin, comme dans ses rapports précédents, énumère les diagnostics connus (AI pce 122). Le Dr M. _____, dans sa prise de position du 31 mai 2018, conclut que ces nouveaux documents n'apportent aucun élément médical inconnu et susceptible de modifier l'appréciation de l'expertise médicale pluridisciplinaire (AI pce 130).

E. 9.6

Enfin, dans le dossier se trouvaient encore notamment les pièces suivantes : - le questionnaire à l'assurée, signé et rempli le 26 novembre 2014 par l'assurée laquelle déclare qu'elle n'a plus exercé de travail depuis son retour en Espagne en 1996 (AI pce 31 pp. 1 à 5), - le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, signé et rempli le 10 décembre 2014 par l'assurée qui indique notamment qu'elle prépare parfois les repas mais qu'elle ne lave pas la vaisselle et ne nettoie pas la cuisine et les sols et qu'elle ne passe pas l'aspirateur, ne fait pas les lits et les vitres et qu'elle ne fait pas la lessive mais étend et dépend parfois le linge et qu'elle ne peut pas porter de charges ; elle mentionne qu'elle se fait aider par des membres de sa famille (AI pce 31 pp. 6 à 9).

E. 10

L'OAIE qui a rejeté la demande de prestations de l'assurée a expliqué que sur la base de l'expertise médicale effectuée et la nouvelle documentation médicale en sa possession, aucune atteinte avec répercussion sur la capacité d'accomplir les travaux habituels n'aurait été attestée. L'Office se fonde ainsi essentiellement sur le rapport de l'expertise pluridisciplinaire du 6 février 2018 (AI pce 109; cf. consid. 9.4) dont la mise en oeuvre a été ordonnée par l'arrêt C-3216/2015 du Tribunal de céans. Les médecins de l'OAIE, les Drs M. _____ et Dd. _____, ont confirmé les conclusions des experts, estimant que l'expertise médicale bénéficiait de pleine valeur probante (prises de position des 22 février et 14 mars 2018 [AI pces 112 et 114; consid. 9.4]). L'assurée réclame l'octroi d'une rente d'invalidité de 60% au moins. Invoquant ses différents problèmes de santé qui seraient chroniques et irréversibles, elle prétend pour l'essentiel que sa capacité fonctionnelle et de travail serait gravement restreinte, la limitant dans sa vie quotidienne ainsi que dans la vie professionnelle où elle ne saurait plus poursuivre aucun travail, même léger et sédentaire. Elle décrit comme limitations le port de charges, la marche et la station debout ainsi qu'une surcharge de la colonne vertébrale et prétend qu'elle ne pourrait plus effectuer des tâches qui impliquent des positions forcées et des efforts physiques même légers. Elle souligne par ailleurs ses douleurs en raison de la fibromyalgie et un trouble de l'humeur avec anxiété et difficulté de sommeil et avance qu'en raison des épisodes d'évanouissements dont elle souffre, elle ne serait pas à même de sortir de son domicile, craignant de perdre connaissance dans la rue (TAF pce 1). Il résulte en outre du dossier qu'elle se fait aider pour les tâches ménagères par son mari, son fils et sa belle-fille (AI pce 31 pp. 6 à 9, consid. 9.6; AI pce 109 pp. 6 et 11). Elle a aussi fait état d'une perte de force et de lâchage de plusieurs objets qui l'empêcheraient de réaliser plusieurs activités de la vie quotidienne (AI pce 109 p. 6). Pour les raisons exposées ci-après, le TAF ne saurait en l'état du dossier suivre ni la position de l'OAIE ni celle de la recourante.

E. 11.1

Initialement, il est remarqué que l'assurée ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait que la sécurité sociale espagnole lui aurait reconnu des degrés d'incapacités de 58% (TAF pce 1). Son droit à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.3 ci-dessus).

E. 11.2

En outre, selon le dossier, l'invalidité de l'assurée doit être déterminée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels dans le ménage conformément aux art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI cités (cf. consid. 6.2 et 6.3). En effet, selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut

se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2; 129 V 150 consid. 2.1; 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). Il convient alors de tenir compte de sa situation familiale, sociale, financière et professionnelle (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt du TF 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2), établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; 137 V 334 consid. 3.2 et références; arrêts du TF 9C_279/2018 cité consid. 2.2; 9C_339/2014 du 31 juillet 2014 consid. 2.3; voir aussi consid. 8.4), ainsi que notamment de l'âge de la personne concernée (ATF 137 V 334 consid. 3.2) et de prendre en compte l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Dans le cas concret, il apparaît que l'assurée n'a plus exercé d'activités professionnelles depuis son retour en Espagne en 1996 et s'est occupée exclusivement de son ménage (questionnaire à l'assuré du 26 novembre 2014 [AI pce 31 pp. 1 à 5; consid. 9.6]). Il est donc établi qu'après une aussi longue absence du marché du travail, l'assurée n'aurait pas repris une activité lucrative en 2014 lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations AI, même si elle n'avait pas souffert de ses problèmes de santé. De plus, l'on ne saurait pas exiger d'elle qu'elle poursuive une profession. Dès lors, les limitations fonctionnelles à déterminer par les médecins doivent permettre d'évaluer l'incapacité de l'assurée à effectuer les tâches ménagères. A cette fin, l'assurée a d'ailleurs rempli le 10 décembre 2014 le questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage (AI pce 31 pp. 6 à 9). L'incapacité dans une activité professionnelle n'est pas déterminante et les remarques de l'assurée selon lesquelles elle ne serait plus en mesure de poursuivre une activité professionnelle ne sont pas pertinentes.

E. 12.1

S'agissant du rapport d'expertise du 6 février 2016 (AI pce 109) sur lequel l'OAIE se fonde principalement, le Tribunal note, eu égard aux exigences jurisprudentielles (consid. 8.3.1), qu'il se base non seulement sur les pièces fondamentales du dossier et sur l'anamnèse (pp. 2 à 8 du rapport) mais également sur des vastes examens paracliniques (pp. 9 ss) et cliniques, effectués sur le plan psychiatrique (pp. 10 à 12), cardiologique (pp. 12 à 14), rhumatologique (pp. 14 à 16) et neurologique (pp. 17 à 19), par des médecins spécialisés dans ces domaines médicaux. Du reste, le rapport a également été signé par des médecins internistes. Nonobstant, le Tribunal ne saurait pas, en l'état du dossier, confirmer les conclusions des experts selon lesquelles l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail. C'est par ailleurs ce point qui est litigieux entre les parties.

E. 12.2.1

Sur le plan somatique, les experts ont principalement retenu comme diagnostics une gonarthrose gauche, des migraines communes ainsi qu'une dyslipidémie traitée (AI pce 109 p. 19). L'expert rhumatologue a également fait état d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie (p. 16 du rapport) et l'experte cardiologue a encore noté des douleurs thoraciques atypiques et une dyspnée, des syncopes d'origine indéterminée et multi-investiguées, une arthrose cervicale et lombaire, un status après poliomyélite dans l'enfance, une tendinite ainsi qu'une rhizarthrose bilatérale (p. 12).

E. 12.2.2

Le Dr Z. _____, rhumatologue (AI pce 109 pp. 14 à 16 et 21) a expliqué qu'il a observé à l'examen une symptomatologie douloureuse diffuse, touchant tant l'hémicorps supérieur

qu'inférieur, droit que gauche. Il a en outre précisé qu'il ne met pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assurée. Toutefois, il a estimé que l'intensité et la persistance de la symptomatologie ne pouvait pas être expliquées entièrement par l'imagerie médicale qui selon les rapports médicaux consultés faisaient état des troubles dégénératifs à la région cervicale et lombaire, au genou gauche ainsi qu'aux hanches. L'expert a alors remarqué que l'assurée présentait davantage un syndrome polyalgique idiopathique diffus, possiblement de type fibromyalgie, sans mise en évidence de lésion anatomique structurelle. Du seul point de vue rhumatologique, il n'a admis des limitations fonctionnelles que pour la gonarthrose avancée au genou gauche pour laquelle l'assurée se trouvait sur une liste d'attente pour la mise en place d'une prothèse totale du genou. Concrètement, l'expert a retenu des limitations pour les activités exclusivement debout, accroupies ou à genou, nécessitant la montée et/ou la descente d'escaliers, le soulèvement de charges en position accroupie, voire le port de charges de manière régulière supérieures à 7.5 kg, ainsi que des limitations du périmètre de marche. Il a alors conseillé l'exercice d'une activité professionnelle en position assise, avec possibilité de varier la position toutes les 2 heures durant un bref instant. Mis à part ces limitations fonctionnelles, il a retenu une capacité de travail complète dans une activité qui respecte ces limitations au niveau des mouvements. Le TAF n'a en l'état pas de raisons de mettre en cause ces observations de l'expert, considérant en particulier que selon la jurisprudence, l'évaluation des limitations et de l'incapacité de travail due à une fibromyalgie appartient à un spécialiste psychiatre (cf. consid. 7.1 et 7.2). Par ailleurs, le Tribunal constate que les médecins espagnols confirment que l'assurée souffre de douleurs amplifiées et généralisée de longue date, soit d'un syndrome de fibromyalgie. Ils ont aussi fait état d'une spondylarthrose cervicale et lombaire, d'une coxarthrose bilatérale et d'une gonarthrose de prédominance gauche (cf. notamment rapport du 4 février 2011 de la Dresse C. _____ [AI pce 8], rapports rhumatologiques du 9 octobre 2013, 28 novembre 2014 et du 24 avril 2017 du Dr E. _____ (AI pces 6, 28 et 93; consid. 9.1 et 9.4) et ses rapports de consultations du 18 avril 2011 au 15 décembre 2014 [AI pces 29 et 36 ; consid. 9.1 et 9.2]). Par contre, il apparaît que les médecins espagnols ne se sont pas prononcés sur les limitations et la capacité de travail de l'assurée. Cela étant, le TAF ne saurait pas suivre les experts qui concluent que malgré les limitations observées au niveau du genou, l'assurée ne présente aucune incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-cuisinière et de ménagère et que ces activités restaient adaptées à l'état de santé de l'assurée (AI pce 109 pp. 22 et 23 du rapport). Le Tribunal remarque au contraire qu'au regard des limitations attestées, il sied d'admettre des incapacités, au moins partielles, tant dans l'activité d'aide-cuisinière que dans celle déterminante de ménagère (cf. consid. 11.2), puisque celles-ci ne sont pas des activités sédentaires et impliquent la position debout, des positions forcées, telles accroupies ou à genou, ainsi que le port de charges et la marche. Le Dr M. _____ de l'OAIE, qui a confirmé dans sa prise de position du 14 mars 2018 (AI pce 114) les conclusions des experts, sans les nuancer, ne peut dès lors pas non plus être suivi. Par ailleurs, le début des limitations et de l'incapacité de travail aurait également dû être déterminé.

E. 12.2.3

Sur les volets neurologique et cardiologique, le TAF n'a pas de remarques particulières à formuler. Il constate que la conclusion du Dr Aa. _____, neurologue (AI pce 109 pp. 17 à 20), écartant une origine comitiale aux phénomènes de perte de connaissance, est confirmée par les avis des Drs H. _____ et V. _____, lesquels ont notamment indiqué que les examens neurologiques étaient normaux (rapports des 6 mai et 18 juillet 2014 et du 28 avril

2017 [AI pces 7, 19 et 98; consid. 9.1 et 9.4]). De plus, le Tribunal retient que selon l'expert neurologue, les plaintes concernant le manque de force avec lâchage d'objets et les douleurs rachidiennes et des 4 extrémités avancées par l'assurée, entraînent dans le cadre de la fibromyalgie, le bilan n'ayant pas apporté d'arguments en direction de troubles d'origine neurologique. En conséquence, l'expert n'a pas retenu une incapacité de travail significative pour toutes ces plaintes, celles entrant dans la fibromyalgie devant être évaluées par l'expert psychiatre (cf. consid. 7.1, 7.2 et 12.2.2). Le Dr Aa. _____ n'a pas non plus attesté une incapacité de travail pour les migraines dont l'assurée souffre, en raison de leurs fréquences. L'experte cardiologue, la Dresse Y. _____ (AI pce 109 pp. 12 à 14, 20 et 21) dont l'avis a été demandé en raison des syncopes et des douleurs thoraciques survenant au repos dont l'assurée se plaint, n'a pas non plus attesté une incapacité de travail dans toute activité ne nécessitant pas d'engagement physique au vu de la bonne fonction ventriculaire au repos et en l'absence d'une origine cardiaque aux syncopes (AI pce 109 pp. 12 à 14 et 20 s.). Les Drs P. _____ et W. _____ dans les rapports des 12 avril 2016 et 5 mai 2017 (AI pces 58 et 101; consid. 9.3 et 9.4) n'ont pas non plus mis en évidence des maladies ou des causes cardiaques pour les syncopes et les douleurs thoraciques (voir aussi le rapport du 20 mai 2016 du Dr Q. _____ [AI pce 59; consid. 9.3]) et la Dresse V. _____ a mentionnée dans ses rapports des 18 juillet 2014 et 28 avril 2017 que les examens cardiologiques étaient normaux (AI pces 7 et 98; consid. 9.1 et 9.4). Par ailleurs, l'assurée a bénéficié en 2016 d'une coronarographie qui ne montrait pas de lésion coronarienne significative (AI pce 109 p. 14; voir aussi AI pce 58, consid. 9.3). Il est néanmoins rappelé que pour traiter les évanouissements, une implantation à demeure d'un capteur Holter a été mise en place en 2014 (cf. rapport du 24 octobre 2014 de la Dresse R. _____ et le rapport d'hospitalisation du 27 octobre 2014 du Dr L. _____ [AI pces 27 et 100; consid. 9.1 et 9.4]).

E. 12.2.4

En conclusion, d'un point de vue somatique, le TAF constate à l'encontre des experts que l'assurée présente en raison de la gonarthrose une incapacité de travail dans l'activité de ménagère notamment (cf. consid. 11.2 et 12.2.2). Cette incapacité de travail ainsi que son début doivent encore être déterminés (12.2.2), le Tribunal ne pouvant pas se prononcer sur ces questions qui sont médicales (cf. 8.1). Par ailleurs, les limitations et l'incapacité de travail due à la fibromyalgie dont les experts ont fait état, doivent être analysées par un expert psychiatre (cf. consid. 7.1, 7.2, 12.2.2 et 12.2.3).

E. 12.3.1

Sur le plan psychiatrique, le Dr X. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a retenu un trouble somatoforme douloureux persistant et des troubles dissociatifs (syncopes; pp. 11 et 19).

E. 12.3.2

Le Tribunal n'a pas de raisons de mettre en cause ces diagnostics, l'expert les ayant motivés d'une manière circonstanciée, compte tenu des éléments pertinents (ATF 142 V 106 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du TF 9C_634/2015, 9C_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1). Dès lors, s'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant (AI pce 109 pp. 10, 11 et 22; à ce sujet voir ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 4.3.1.1 et références; Anne-Sylvie Dupont, Le trouble somatoforme : un peu plus douloureux ? Plaidoyer 2016 p. 20; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Einordnung von BGE 141 V 281 aus rechtswissenschaftlicher Sicht, REAS 4/2015 pp. 435 ss), l'expert a avancé le tableau douloureux qui n'est pas

entièrement expliqué par les altérations somatiques, ce que les experts somatiques ont confirmé, et ce qui est incontesté parmi les médecins (cf. consid. 12.2.2 et 12.2.3). Le Dr X._____ a également observé que ce trouble douloureux a engendré chez l'assurée une détresse qui se manifestait sous la forme d'un état dépressif, de gravité modérée au moment de l'expertise, l'état s'étant amélioré depuis une décompensation dépressive en avril 2014 avec tentamen. L'expert a aussi considéré que s'il était difficile de mettre en évidence un stressor psychosocial particulier, le décès de la mère de l'assurée [en 1993; p. 5 du rapport] avait apparemment précédé de peu l'apparition des lères douleurs [au genou gauche qui a motivé une arthroscopie en 1996; p. 10]. Quant aux troubles dissociatifs (AI pce pp. 11 et 21), le Dr X._____ a expliqué que les syncopes décrites par l'assurée ont très probablement une origine psychogène car aucune cause somatique n'a pu être décelée, ce que les experts somatiques ont confirmé (cf. consid. 12.2.3). Il a en outre remarqué que ces troubles étaient apparus concomitamment au projet de réalisation du mariage du fils unique de l'assurée et que les évanouissements étaient actuellement de fréquence basse, ne durant que quelques minutes sans laisser des séquelles particulières à court ou moyen terme. L'expert a, de plus, exposé les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu pour l'état dépressif constaté une comorbidité en soi, remarquant que sa gravité n'était que modérée et qu'il faisant donc partie du syndrome somatoforme douloureux.

E. 12.3.3

Toutefois, le TAF ne peut pas suivre, en l'état du dossier, la conclusion de l'expert (AI pce 109 pp. 11 s. et 22) selon laquelle les troubles psychiatriques observés ne rassembleraient pas les critères de gravité suffisants pour les considérer comme incapacitants. En effet, le Tribunal constate d'une part que la conclusion manque de motivation, l'expert ayant simplement soulevé quelques indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 7.2) sans expliquer la pondération de ceux-ci. D'autre part, il n'a discuté que très brièvement certains indicateurs, sans les approfondir et sans analyser d'autres indicateurs déterminants encore au regard du dossier.

E. 12.3.4

Concrètement, afin d'évaluer le « degré de gravité fonctionnel » des atteintes (Catégorie 1 du catalogue d'indicateurs; consid. 7.2), le Dr X._____ a premièrement tenu compte des éléments pertinents pour le diagnostic (indicateur 1.1.1; cf. consid. 12.3.2 ci-dessus). Ainsi, le TAF rappelle qu'il est établi que l'assurée souffre sur le volet psychiatrique depuis de nombreuses années d'une symptomatologie douloureuse diffuse, touchant tout son corps et impliquant de surcroît un état dépressif, de gravité modérée, ainsi que de syncopes (cf. consid. 12.3.2). De plus, il sied de considérer que le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant présuppose une certaine gravité de l'affection (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 4.3.1.1; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2; arrêt du TF 8C_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1) dont il sied de tenir compte dans l'évaluation de sa répercussion sur la capacité de travail. En tant que ressources, l'expert a ensuite indiqué le bon réseau amical et familial de l'assurée dans sa ville natale (indicateur 1.3). Il appert effectivement à plusieurs endroits du rapport que l'assurée qui vit avec son mari est bien entourée par ses frères et soeurs, qu'elle passe du temps à jouer avec son petit-fils et son fils, qu'elle entretient plusieurs relations de voisinage, qu'elle fait des visites et reçoit à la maison (AI pce 109 pp. 6, 8 et 11). Néanmoins, l'intensité et la régularité de ces rapports ne sont pas précisées. L'expert a également considéré qu'au niveau de la personnalité (cf. indicateur 1.2), l'assurée ne disposait pas de capacités pour faire face à ses différentes atteintes. Il a

remarqué que les multiples investigations auraient peut-être contribué à les faire apparaître comme graves et que l'assurée se serait progressivement enlisée dans un vécu subjectif de malade sévère et qu'au vu de son incapacité, ce vécu serait probablement difficile de modifier (pp. 11, 12 et 22). Cet aspect de la personnalité de l'assurée doit être pris en compte en tant qu'indice de gravité des troubles psychiques. Sur le plan thérapeutique (indicateur 1.1.2), l'expert a remarqué que le suivi psychothérapeutique et le traitement pharmacologique au niveau psychiatrique était adapté. En effet, l'assurée suit depuis juin 2014 un traitement psychiatrique (cf. rapports psychiatriques des 18 juin, 21 et 29 août 2014 ainsi que des 3 mars 2015 et 17 avril 2017 des Drs I. _____ et S. _____ [AI pces 5, 18, 25, 63 et 93; consid. 9.1 et 9.4]) et les examens paracliniques du 11 décembre 2017 que les experts ont fait pratiquer ont confirmé une bonne adhésion médicamenteuse de l'assurée aux antidépresseurs prescrits (AI pce 109 p. 9). Nonobstant, l'expert a omis de soulever, de surcroît, que l'assurée consulte également depuis de nombreuses années en raison de ses douleurs diffuses des rhumatologues (cf. notamment le rapport du 4 février 2011 de la Dresse C. _____ qui informe que l'assurée est connue pour des douleurs généralisées de longue date [AI pce 8; consid. 9.1], mais aussi tous les autres rapports rhumatologiques [AI pces 6, 29, 28, 36, 93, 99 p. 1; consid. 9.1, 9.2 et 9.4] et les résultats des examens radiologiques [AI pces 16, 38, 95; consid. 9.1, 9.2 et 9.4]), qu'en raison de ses crises d'évanouissement un implant d'Holter a été mis en place en octobre 2014 (AI pces 27 et 100; consid. 9.1 et 9.4) et qu'elle s'est soumise à des investigations médicales exhaustives aussi au niveau cardiologique et neurologique pour les syncopes et les douleurs thoraciques (AI pces 7, 16, 19, 21, 30, 35 et 98; consid. 9.1, 9.2 et 9.4). De plus, le TAF remarque que malgré cette prise en charge pluridisciplinaire, l'assurée n'a constaté une amélioration de son état qu'au niveau des syncopes et du trouble dépressif (AI pce 109 pp. 5, 6, 14 à 16 et 21) mais que par ailleurs ses douleurs ont persisté. Au moment de l'expertise, l'assurée se trouvait, du reste, sur une liste d'attente pour une prothèse totale du genou gauche. Or, ces consultations médicales nombreuses, le suivi des traitements et la persistance des douleurs sont tant des indicateurs pour la gravité des atteintes (indicateur 1.1.2; cf. ATF 143 V 409 consid. 4.4, 4.5.2) que pour le poids effectif de la souffrance de l'assurée (indicateur 2.2) que l'expert n'a - à tort - pas non plus discutés dans le rapport (cf. ci-dessous). L'expert n'a, en outre, pas avancé que l'assurée souffre de comorbidités (indicateur 1.1.4) - voir les diagnostics retenus (consid. 12.2.1 et 12.3.1) - un autre indicateur de gravité des atteintes. Le Tribunal fédéral a précisé que tous les troubles, quel que soit leur diagnostic, peuvent former une comorbidité juridiquement déterminante (indicateur 1.1.4 « comorbidités ») dans la mesure où ils limitent, dans le cas concret, les ressources de la personne concernée (ATF 143 V 418 consid. 8.1; 141 V 281 consid. 4.3.1.3). En effet, conformément aux lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la SSPP (cf. Annexe 3, Evaluation du pronostic et de la sévérité des troubles du point de vue de la psychiatrie d'assurance, p. 31), la diversité et l'ampleur des troubles (par ex. troubles fonctionnels, douleurs, épuisement) sont des indices de sévérité de l'atteinte. S'agissant des indicateurs se rapportant à la catégorie 2 « cohérence », le Dr X. _____ a d'une part avancé une discordance entre l'importance des limitations fonctionnelles avancées et leur constatation clinique. Or, à ce sujet, il sied également de considérer que l'expert rhumatologue a observé lors de son examen des nombreuses limitations en raison des douleurs de l'assurée (cf. AI pces 109 pp. 15 et 16) et qu'il a précisé qu'il ne met pas en doute ces plaintes (consid. 12.2.2). De plus, à juste titre, le Dr X. _____ ne prétend pas que le dossier contient des indices d'incohérences, d'aggravation ou de simulation (cf. consid. 7.4). L'expert a aussi

remarqué qu'il n'y a pas de limitation uniforme du niveau d'activités dans tous les domaines comparables de la vie, l'assurée se montrant peu limitée dans sa vie familiale (indicateur 2.1). Si cet élément doit certainement être pris en considération, le TAF a déjà remarqué que les descriptions à ce sujet sont rapportées d'une manière sommaire, sans précision concernant l'intensité et la régularité des rapports (cf. ci-dessus). De plus, l'expert a omis de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé ce qui est recommandé dans la mesure du possible (cf. CIIAI, Annexe VI : Indicateurs standards en détail, p. 238). Plus encore, il est remarqué que depuis la jurisprudence introduite le 3 juin 2015 avec l'ATF 140 V 8 (cf. consid. 7.2), le manque d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie ne constitue plus qu'un indicateur parmi d'autres à prendre en considération pour évaluer les limitations fonctionnelles et ne saurait dès lors pas justifier à lui seul la négation de toute incapacité de travail. Enfin, le TAF vient de remarquer que l'expert n'a pas discuté comme indicateur de la cohérence le « poids de la souffrance effective » de l'assurée dont les consultations médicales nombreuses et le suivi des traitements font état (indicateur 2.2).

E. 12.3.5

Le TAF constate, du reste, qu'à tort, l'expertise ne se prononce pas sur l'évolution de la situation de l'assurée qui a présenté en avril 2014 une décompensation dépressive avec tentamen et dont les syncopes sont apparues concomitamment au projet de réalisation du mariage du fils de l'assurée (cf. consid. 12.3.2). Dans la mesure où un éventuel droit à une rente d'invalidité peut dans le cas concret naître le 1er mars 2015, au plus tôt, conformément à l'art. 29 al. 1 et 3 LAI (consid. 6.1), puisque la demande de prestations a été déposée le 17 septembre 2014 (AI pce 12), l'évolution de la situation de l'assurée doit être déterminée d'une façon aussi précise que possible.

E. 12.3.6

Pour toutes ces raisons, l'évaluation de l'état de santé de l'assurée par l'expertise psychiatrique n'apparaît ni ouverte ni globale et, partant, les conclusions relatives aux limitations et à la capacité de travail de l'assurée ne sont pas convaincantes. Le TAF ne saurait donc pas non plus suivre l'avis du Dr Dd._____, psychiatre et psychothérapeute, de l'OAIE qui a confirmé les conclusions sur le volet psychiatrique (AI pce 112).

E. 12.3.7

Le Tribunal remarque encore que les autres rapports psychiatriques se trouvant dans le dossier (AI pces 5, 18, 25, 63 et 93; consid. 9.1 et 9.4) ne permettent pas non plus de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée puisqu'ils ne répondent pas aux exigences jurisprudentielles (consid. 7). Par ailleurs, le Tribunal ne saurait pas se fonder sur les seules descriptions subjectives de l'assurée.

E. 12.3.8

En conclusion, faute d'une appréciation ouverte et globale de la situation de l'assurée, voire d'une pondération motivée de tous les indicateurs déterminants, le Tribunal doute que la capacité de travail résiduelle de celle-ci a été évaluée conformément aux critères jurisprudentiels. En particulier, au regard des nombreux éléments ressortant du dossier lesquels font état des facteurs d'incapacité et de cohérence (consid. 12.3.3 et 12.3.4), le TAF ne peut pas confirmer en l'état que l'assurée n'a présenté au moment de l'expertise aucune incapacité de travail. De plus, l'évolution de la capacité de travail de l'assurée n'a pas été déterminée (consid. 12.3.5).

E. 12.4

Eu égard à tout ce qui précède, le Tribunal constate que l'état de santé de l'assurée et ses conséquences sur la capacité de travail dans le ménage (consid. 11.2) n'ont pas encore été établis selon le degré de la vraisemblance prépondérante déterminante (consid. 8.4) sur le plan somatique (consid. 12.2.4) et psychiatrique (cf. consid. 12.3.8). En conséquence, le Tribunal ne peut pas se prononcer sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et, en particulier, ne saurait donner suite à la conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une rente de 60% au moins.

E. 13

A toutes fins utiles, il convient encore de rappeler que selon un principe général, valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; Ulrich Meyer Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Par conséquent, on peut attendre d'une personne qui s'occupe du ménage qu'elle facilite ses tâches, qu'elle répartisse différemment son travail, en aménageant des pauses ou en repoussent les travaux peu urgents. Dans la mesure du possible et dans une mesure habituelle, elle doit également recourir à l'aide des membres de sa famille. D'après la jurisprudence, cette aide va 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 509 consid. 4.2; arrêts du TF I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 et I 681/02 du 11 août 2003). 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 la personne assurée (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3 et références; arrêt du TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; Michel Valterio, op. cit., art. 28a, n° 109 et 110). Si la personne assurée ne prend pas de telles dispositions en vue de réduire son invalidité, l'évaluation des limitations peut s'en trouver impactée pour chaque activité considérée (CIIAI, n° 3090 1/18).

E. 14

Eu égard à ce qui précède, il sied d'admettre partiellement le recours et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède à des instructions complémentaires. Ce nouveau renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 Cst. [RS 101]; arrêt du 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 notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI n'a pas encore instruit l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail dans le ménage d'une manière suffisante (11.2 et 12.4). L'administration doit notamment demander une nouvelle expertise psychiatrique qui au sens de la jurisprudence (cf. notamment consid. 7.2 ss) doit faire état d'une étude circonstanciée et objective de l'état de santé de l'assurée et de ses répercussions sur sa capacité de travail dans le ménage et de l'évolution de ceux-ci (consid. 12.3.5). En outre, l'incapacité de travail que l'assurée présente dans le ménage en raison de la gonarthrose doit être déterminée, ainsi que son début (consid. 12.2.4). De plus, pour sa nouvelle décision, il appartiendra à l'OAIE d'actualiser la situation somatique afin de pouvoir se prononcer valablement sur l'ensemble de la situation de l'assurée aussi compte

tenu de l'évolution intervenue depuis la dernière expertise. Si nécessaire, l'OAIE organisera une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Enfin, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

E. 15

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Suite au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction et nouvelle décision, la recourante est considérée avoir obtenu gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2) et à ce titre, elle ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 800 francs, versée par la recourante (TAF pces 2 et 3), lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt. L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA). Il n'est pas non plus alloué de dépens, la recourante n'étant pas représentée, pas plus qu'elle n'a établi avoir supporté des frais indispensables et relativement élevés en raison du recours (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.

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